

Медицинская

4 апреля 2014 г.
пятница
№ 25 (7450)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году

Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ

События

Врач будущего: каким ему быть?

На этот вопрос вместе с министром ответили участники III Всероссийского форума студентов медицинских и фармацевтических вузов России



Как уже сообщала «Медицинская газета» (см. № 20 от 19.03.2014), в С.-Петербурге в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова прошла ежегодная встреча посланцев студенческих общественных объединений.

Делегаты от 51 учебного заведения, входящего в национальную систему подготовки и усовершенствования врачей и провизоров, принимали участие в двухдневном разговоре о стратегиях, проблемах и нынешних координатах заданного реформирования учебного процесса, которое не первый год счи-

тается мейнстримом модернизации отечественного здравоохранения. Кроме того, они обсуждали роль студенческих инициатив в развитии образовательной, научной и общественно-социальной сфер вузовской деятельности.

«На полях» форума состоялось общее собрание Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России.

Будучи межрегиональной общественной организацией, созданной 6 лет назад при отраслевом министерстве в качестве консультативного органа, совет формулирует и реально доносит до специалистов Минздрава мнение авангарда медико-фармацевтического корпуса.

Кроме того, подставляя «методическое плечо» центральному штабу отрасли, ректоры помогают сами себе, ибо готовят к претворению в жизнь действительно необходимые и вполне реализуемые решения. В русле исповедования ректорским сообществом именного такого, бинарного подхода к тесному взаимодействию с Минздравом проходят встречи руководителей вузов.

(Окончание на стр. 6.)

НА СНИМКЕ: собрание Совета ректоров с участием министра В.Скворцовой – это живое мероприятие.

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.

Дежурный по номеру: Виктор СЕВАСТЬЯНОВ

Главный врач Центра патологии речи и нейрореабилитации в Йошкар-Оле, профессор кафедры радиотехнических и медико-биологических систем Поволжского государственного технологического университета, депутат Госсовета Республики Марий Эл, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ и Республики Марий Эл.



На контроль!

Где больше всего нарушителей?

Росздравнадзор увеличит в этом году количество плановых проверок медицинских организаций до 7 тыс. против 5,4 тыс. в 2013 г. Об этом было сообщено на коллегии этого ведомства.

Согласно данным Правительства РФ, в сообщении о ходе выполнения поручений Президента России по предоставлению медицинской помощи населению, в прошлом году Росздравнадзором выявлено 4156 нарушений порядков оказания медпомощи и её стандартов. Из проведённых в 2013 г. 5403 проверок их соблюдения медицинскими организациями 4 тыс. прошли на основании жалоб на качество медицинской помощи. Число внеплановых проверок составило 3626. В их числе:

– на основании обращений граждан, содержащих сведения о возникновении угрозы жизни и здоровью, – 1811.

Наибольшее количество обращений – в республиках Дагестан, Тыва, Ставропольском крае, Амурской, Иркутской, Костромской, Курской, Московской, Новгородской, Новосибирской и Саратовской областях, а также в Москве;

– по обращениям граждан, содержащих сведения о причинении вреда жизни и здоровью, – 635. Наибольшее число – в республиках Калмыкия, Татарстан и Тыва, Алтайском и Пермском краях, Волгоградской, Московской, Новосибирской, Саратовской, Свердловской и Томской областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Москве.

Несоблюдение порядков оказания медицинской помощи отмечено в 3073 случаях в республиках Калмыкия, Саха (Якутия) и Чувашской, а также в Забайкальском крае, Астраханской, Владимирской, Волгоградской, Иркутской и Костромской областях.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Перспективы

Трансплантологи настроены на успех

В здравоохранении Красноярского края началось время трансплантологии: две первые операции по пересадке почки успешно выполнены в краевой клинической больнице.

Как отмечают в Министерстве здравоохранения региона, в течение 3 лет специалисты Красноярской ККБ готовились к тому, чтобы проводить трансплантацию органов. Больница была оснащена необходимым лабораторным и хирургическим оборудованием, здесь организована служба

трансплантационной координации, получена лицензия на оказание данного вида высокотехнологичной медицинской помощи, а врачи прошли обучение в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова. Кстати, первые операции врачи Красноярской ККБ выполнили под руководством заведующего хирургическим отделением ФНЦ им. В.И.Шумакова Яна Мойсока.

Главный врач больницы Егор Корчагин сообщил, что до конца

этого года в клинике планируют провести 10 операций пересадки почек. В настоящее время в Красноярском крае 480 больных ХПН находятся на аппаратном гемодиализе, а в листе ожидания на трансплантацию почки уже более 30 человек.

Следующим этапом развития трансплантологии в регионе станет пересадка печени – таковы планы хирургов краевой больницы.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Интервью с президентом Российского национального конгресса «Человек и лекарство» академиком РАН Александром Чучалиным о предстоящем XXI форуме и проблемах здравоохранения.

Стр. 5.

Как проводить профилактику, лечение и реабилитацию позвоночника на аппаратах «ОРМЕД».

Стр. 7–10.

Новости

О медицине снова и снова

В эти дни Национальным фондом развития здравоохранения проводится конкурс «Библиотеки и музеи в современном обществе». Его цель – выявить и распространить лучший опыт по пропаганде здорового образа жизни, формированию здоровья граждан и др.

Литературно-мемориальный музей-заповедник Н.А. Некрасова «Карабиха» представил экспозицию, посвящённую 100-летию со дня открытия ЦРБ Ярославского района.

По словам главного врача ЦРБ Александра Катушкина, выставка вызвала большой интерес не только жителей муниципального района, но и специалистов. В её рамках состоялась научно-практическая конференция, где были представлены доклады о методах диагностики и лечения, применяемых врачами этой больницы.

Музей истории областного центра заявил на конкурс тематическую экспозицию «Из истории медицины Ярославля», которая работает более 10 лет. Здесь с помощью интересных экспонатов и документов представлена деятельность ведущих больниц, рассказывается о знаменитых династиях врачей. С удовольствием посещают специальные занятия в музее студенты образовательных медицинских учреждений, где у них есть возможность ознакомиться с развитием медицины в крае.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Подарок от «академиков»

Фельдшерско-акушерский пункт села Соловьёвка Полтавского района Омской области пополнился новым медицинским оборудованием.

Это сельское медучреждение здравоохранения на южной окраине Прииртышья местные жители уважительно называют больницей. И не без оснований. Во-первых, сюда обращаются не только живущие на центральной усадьбе одноимённого сельскохозяйственного кооператива. В зоне обслуживания медиков Соловьёвского ФАП и население деревень Лубянской, Мечебилово, Ольвиополь и Смелое. А это ещё несколько тысяч человек, как говорится, от мала до стара. А во-вторых, здесь можно получить не только первичную медицинскую помощь, но и подлечиться у врача общей практики, пройти курс необходимых процедур в физиокабинете и даже сдать некоторые анализы.

Всё оборудование общей стоимостью около 200 тыс. руб. было закуплено на средства Омской государственной медицинской академии, многие выпускники которой работают в ЦРБ и других медучреждениях Полтавского района, а немало его уроженцев учится сейчас в прославленном сибирском вузе по так называемым целевым направлениям. Между муниципалитетом этой сельской административной территории и Омской медакадемией заключён договор о содружестве и взаимопомощи. В его рамках «академики» и помогли Соловьёвскому ФАПу.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омская область.

Дали денег — получили результат

По данным Иркутского областного противотуберкулёзного диспансера, заболеваемость туберкулёзом в Приангарье начала снижаться. До сих пор ежегодно выявлялось в среднем 3,5 тыс. случаев заболевания, а в 2013 г. – всего 3 тыс. Есть динамика и по другому важному показателю – смертности от туберкулёза, здесь снижение на 7%.

Главный врач диспансера Михаил Кощеев связывает произошедшие позитивные перемены с тем, что областная власть уделила значительное, в том числе финансовое, внимание проблеме туберкулёза. Так, в прошлом году из регионального бюджета было выделено 116 млн руб. на укрепление материально-технической базы противотуберкулёзной службы.

Не обошли вниманием и самих больных. В качестве стимула для формирования приверженности к лечению 1225 пациентов регулярно получали продуктовые наборы, а 270 больным был оплачен проезд из отдалённых районов области к месту лечения.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Защити свой слух!

В Ижевске состоялся «круглый стол», посвящённый старту региональной программы «Защити свой слух», которая в 2014 г. пройдёт на предприятиях Удмуртской Республики.

Цель программы – рассказать о вреде, который причиняет организму повышенный уровень шума, объяснить, какой шум считается опасным и как от него защищаться.

В течение года для работников предприятий будут проводиться «пятиминутки слуха», обучающие семинары и различные конкурсы, мотивирующие внимательно относиться к собственному здоровью – правильно применять средства индивидуальной защиты.

– В Удмуртской Республике около 42 тыс. промышленных предприятий, около 33% населения занято на производствах с вредными факторами, почти каждый третий работник сталкивается с повышенным уровнем шума на производстве, – прокомментировал ситуацию начальник Управления охраны труда Минтруда республики Александр Салтыков. Он отметил, что к программе уже присоединились более 20 крупнейших предприятий Удмуртии, среди которых концерн «Калашников», Воткинский и Сарапульский электрогенераторный заводы и др.

В «круглом столе» также приняли участие руководители Главного бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике, Федерации профсоюзов Удмуртии, руководители департаментов охраны труда предприятий – участников программы.

Марина СЕМЁНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

Признание

Вновь зажётся
огонь нейроолимпиады

Финал 2-й Национальной олимпиады «Будущие неврологи XXI века»



И вновь, как год назад, наполнился конференц-зал в Научном центре неврологии шумной, весёлой, талантливой молодёжью, жаждущей участия в научных поисках в борьбе с тяжёлыми болезнями нового века. Национальная олимпиада собрала студентов старших курсов медицинских вузов страны. Это волнующее событие стало возможным благодаря организаторам молодёжного форума – Научному центру неврологии и ЗАО «ФИРН М» при поддержке некоммерческого партнёрства «Здоровое будущее» и Международной ассоциации организаций в области неврологии и нейронаук. Как и на 1-й Национальной олимпиаде, ставилась цель – привлечь талантливых выпускников к клинической и экспериментальной неврологии, наиболее бурно развивающейся области медицинской науки.

Более 250 участников из 31 медицинского вуза страны сражались за возможность выхода в финал.

Отбор происходил на основании результатов он-лайн-тестирования. Всего более тысячи вопросов, а в каждом билете сто, при этом они распределялись автоматически. Отметим, что со времени 1-й олимпиады более 30% из них обновилось. Но проходной балл остался на том же уровне – 65. Такое количество баллов смогли набрать около 30 человек.

И вот финал. Видим счастливые лица олимпийцев, да и погода в этот день порадовала солнышком, словно благословляя на победу. В Центре неврологии финалистов и их болельщиков члены оргкомитета встречали чаем и ватрушками. Затем, по установившейся доброй традиции, прошла экскурсия по ведущей неврологической клинике – крупнейшей в России и Европе. Научные сотрудники познакомили студентов с отделением, оснащённым самым передовым оборудованием, с современными и высокотехнологичными методами диагностики и лечения, научными разработками, применяемыми на практике. Дополним: в НЦН постоянно проводятся международные испытания новейших лекарственных препаратов, здесь также проходят подготовку и повышение квалификации врачи из многих регионов России, стран СНГ. Этот уникальный федеральный центр клинических и фундаментальных нейронаук имеет богатую историю, в которую внесли огромный вклад видней-

шие учёные России. Руководит Научным центром неврологии академик РАН Зинаида Суслина.

Можно было рассказать значительно больше об этом храме науки и о врачах, возвращающих к жизни тяжёлых больных, но «гонг» олимпиады призывает всех к вниманию. Заместитель директора по научной работе член-корреспондент РАН Михаил Пирадов даёт напутствие участникам финала и желает им удачи, а учёный секретарь кандидат медицинских наук Елена Гнедовская и главный научный сотрудник 2-го неврологического отделения профессор Марина Максимова обещают судить строго, но справедливо. Поблажек сегодня не будет никому. Только честная борьба. Это подтвердили и члены счётной комиссии в лице руководителя отделения нейро-реабилитации и физиотерапии доктора медицинских наук Натальи Супоновой и аспирантов научного центра. Оглашаются результаты предварительного конкурса финала: прекрасные эссе написали 5 участников, за что получили дополнительный бонус: по 5 баллов к общей турнирной таблице.

– Итак, начинаем, – кандидаты медицинских наук Максим Домашенко и Анна Хорошун предложили представить себя и свой вуз каждому участнику. Первый тур – «Неврология в кино». В этом конкурсе участники были показаны фрагменты из различных фильмов, где демонстрировались люди с теми или иными неврологическими синдромами, и по каждому произведению были заданы 2 или 3 вопроса. Расплывчатые

ответы на вопросы не принимались. «Дух Спарты» витал в воздухе. Каждый участник постарался сосредоточиться и дать наибольшее количество правильных ответов.

В конкурсе «У постели больного» участники общались с ведущими экспертами центра, а «Кот в мешке» достался каждому свой. Наибольшее количество баллов по результатам всех этапов финала набрали Евгений Нужный, Мария Иванова, Дмитрий Лагода. Места распределились следующим образом:

лауреат I премии – Евгений Нужный, Первый С.-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова;

лауреат II премии – Мария Иванова, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова;

лауреат III премии – Дмитрий Лагода, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

Как знать, может быть через несколько лет настоячивых поисков и исследований из участников олимпиады получатся новые яркие неврологические звёзды. Кто-то сказал, что вершины науки сродни айсбергу. Они сияют и манят к себе в ярких солнечных лучах, и чтобы их достигнуть, нужно изучить всё, что сделали учителя, и отталкиваясь от этого богатого наследия, внести свою лепту в продвижение к новому научному открытию. К счастью, вечно прав М.Ломоносов, что российская земля может рождать немало Платонов и Ньютонов, немало талантов, способных своим упорством в научных изысканиях удивить мир. В добрый путь!

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Москва.

НА СНИМКЕ: организаторы и участники олимпиады, с наградными лентами в центре – три призёра.

Решения

Устав закрепил объединение академий

На Общем собрании членов Российской академии наук подавляющим большинством голосов был принят новый Устав РАН, который окончательно закрепил объединение трёх академий – Российской академии наук, Российской академии медицинских наук и Российской академии сельскохозяйственных наук. Это было сделано в соответствии с Федеральным законом № 253-ФЗ от 27.09.2013 «О Российской академии наук, реорганизации государственных академий наук и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Устав направлен на утверждение в Правительство РФ.

Накануне проект устава РАН был рассмотрен и единогласно рекомендован к принятию на Общем собрании РАН (Отделения медицинских наук РАН). Открывая собрание, президент РАН академик Иван Дедов отметил, что члены РАН участвовали в подготовке проекта устава. Президент РАН академик Владимир Фортов отметил, что Федеральный закон № 253-ФЗ уже принят, обсуждать его смысла нет. Закон надо выполнять, поэтому он предложил поддержать проект устава, так как в противном случае академия выйдет за пределы правового поля.

Основные положения нового устава доложил вице-президент

РАН академик Владимир Стародубов. Цели деятельности РАН – проведение и развитие фундаментальных научных исследований по важнейшим направлениям, экспертное научное обеспечение деятельности государственных органов и организаций, распространение научных знаний и повышение престижа науки, укрепление связей между наукой и образованием, содействие повышению статуса и социальной защищённости научных работников. Одним из 13 отделений РАН станет Отделение медицинских наук, в структуре академии будут работать три региональных отделения – Дальневосточное, Сибирское, Уральское. Согласно закону,

академики РАН становятся академиками РАН, а Устав РАН предполагает распространение этого порядка и на членов-корреспондентов РАН. Президент РАН становится на трёхлетний срок вице-президентом РАН. Все подотчётные РАН научно-исследовательские учреждения в соответствии с Федеральным законом № 253-ФЗ перешли в ведение Федерального агентства научных организаций, что сегодня вызывает немало проблем, в первую очередь с их финансовым обеспечением.

Академик И.Дедов в своём докладе на Общем собрании членов Российской академии наук поддержал объединение академий, отметив, что это послужит лучшей кооперации при проведении научных исследований и снятию административных перегородок. Он рассказал об основных вызовах, стоящих перед медицинской наукой, выделив онкологические заболевания и сахарный диабет, а также о будущем переходе к персонализированной медицине.

Фёдор СМЕРНОВ.

Официально

Список наркотиков расширен

Постановлением Правительства РФ расширен перечень запрещённых к обороту в стране наркотических средств и психотропных веществ, которые на данное время выявлены органами Госнаркотконтроля в Свердловской и Челябинской областях, Камчатском крае и Республике Коми.

Появление новых препаратов, являющихся аналогами наркотических средств и психотропных веществ амфетаминового ряда, – «3-(Нафталин-1-илоксометил)-1-пентил-1Н-7-азаиндол», «3-(Нафталин-1-илоксометил)-1-пентил-1Н-индазол», «1-(Пиридин-2-ил)проп-2-иламин», «Хинолин-8-

иламид 1-пентил-1Н-индазол-3-карбоновой кислоты», «Хинолин-8-иловый эфир 1-бензил-1Н-индол-3-карбоновой кислоты» и «4-метиламинорекс» – было отмечено в 2013 г. на территории Белоруссии, Австралии, Венгрии, Германии, Нидерландов, Дании, Китая, Финляндии и Японии. Эти психоактивные вещества принадлежат к группе синтетических каннабиноидов и обладают физиологической активностью, сходной с наркотическими средствами и психотропными веществами, длительное применение которых способно вызвать в организме человека необратимые процессы, сопровождающиеся психической и физической зависимостью вплоть до летального исхода.

Постановлением кабинета министров указанные вещества амфетаминового ряда включаются в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в России. Соответствующие изменения вносятся также в список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в нашей стране запрещён, для целей статей 228, 228-1, 229 и 229-1 Уголовного кодекса РФ.

Ранее Правительство РФ приняло постановление, которое вносит в список наркотических средств и психотропных веществ курительные смеси, чаще называемые «спайс».

Иван ВЕТЛУГИН.

Современные технологии

Электронная помощь

В Удмуртской Республике в 2013 г. благодаря электронной записи на приём к врачу смогли попасть свыше 280 тыс. жителей, или каждый 8-й пациент, обратившийся в поликлинику.

В 2011 г., когда эту услугу ещё только начали внедрять в республике, таким способом на приём записались 620 человек. Об этом сообщил первый заместитель министра здравоохранения Удмуртии Владимир Гаврилов, подводя итоги года.

Самой приятной неожиданностью стало активное пользование этим сервисом в одном из самых отдалённых районов – Кезском. Оказалось, там живёт наибольшее количество

активных пациентов, по сравнению с жителями остальных 24 районов и некоторых городов республики, предпочитающих запись на приём к врачу через Интернет.

По мнению заместителя министра здравоохранения республики Татьяны Дёминой, такая популярность электронной записи на приём к специалистам связана с хорошим информированием местного населения. Услуга востребована, во-первых, потому что пациенты получили возможность планировать своё время и, во-вторых, благодаря её активной популяризации в районе. Старшее поколение, узнав о такой возможности, стало активно её использовать.

В республике развиваются и телемедицинские технологии. Сейчас в единую сеть объединены 10 телемедицинских центров и 30 специализированных кабинетов, охватив, таким образом, всю сеть здравоохранения Удмуртии. Современные технологии позволяют пациентам получить консультации специалистов как республиканских, так и федеральных медицинских учреждений и ряда зарубежных центров. За последние годы число телемедицинских консультаций возросло в 2,5 раза, из них почти 70% приходится на долю федеральных клиник.

Марина ЦВЕТУХИНА, внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

Инициатива

Шапочка детского доктора – символ признания

В рамках общепринимательской конференции директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева академик РАН Лео Бокерия вручил 50 «шапочек детского доктора» лучшим врачам, работающим с детьми, рождёнными раньше срока. «Шапочка детского доктора» появилась благодаря инициативе Общества по развитию медицины и здравоохранения и поддержке признанных авторитетов в области медицины: Николая Володина, Леонида Рошаля, Владимира Серова, Александра Баранова и др. Её дизайн разработал народный художник РФ академик Российской академии художеств Вячеслав Зайцев. Она стала символом профессионального признания врачей и медицинских сестёр разных специальностей, работающих с детьми, рождёнными раньше срока.

– В России ежегодно в операциях на сердце и сосудах нуждаются более 7 тыс. детей, примерно половина из которых – малыши до 1 месяца. Преемственность медицинской помощи для таких крошечных пациентов становится, без преувеличения, вопросом жизни и смерти. Очень приятно, что сегодня 50 специалистов, моих коллег из НЦССХ им. А.Н.Бакулева, стали обладателями этого символа объединения медиков вокруг новорождённого пациента. Я считаю, что для нашего центра, эта «шапочка детского доктора» символична вдвойне: ведь именно Бакулев впервые в мире стал оперировать детей, страдающих врождёнными пороками сердца, – отметил Лео Бокерия.

Основой создания этого символа явилась идея объединения усилий всех медицинских работников для сохранения жизни и здоровья недоношенных детей.

– Концепция современной медицины основана на кооперации специалистов и преемствен-

ности в оказании медицинской помощи пациенту на всех этапах: от пренатальной диагностики до реабилитации ребёнка. Именно профессиональное сотрудничество открывает новые возможности, позволяет найти самые эффективные решения. Пусть врачи с гордостью носят эту шапочку и помнят об идее её создания, – отметил президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин.

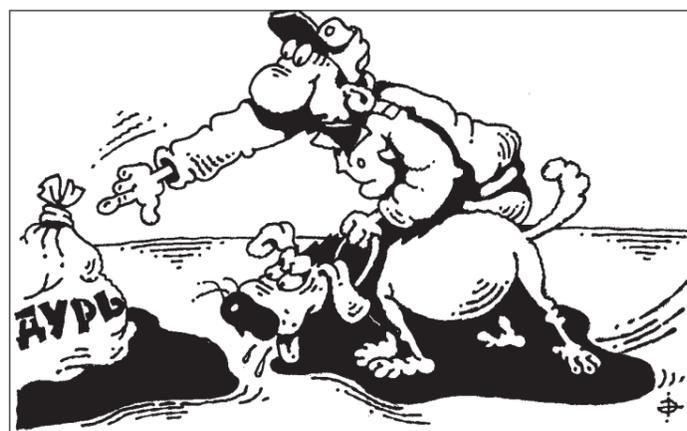
Напутственные слова участникам конференции прислал и автор дизайна шапочки Вячеслав Зайцев: «С этой шапочкой я передаю вам часть своей души вместе с пожеланием успеха в вашей благородной миссии противостояния злу, несчастью и болезням ради спасения светлой детской жизни».

«Шапочки детского доктора», выпущенные лимитированным тиражом, будут вручаться в течение 2014 г. признанными авторитетами в области медицины.

Алиса СМЫСЛОВА.

Криминал

Марихуану таскали мешками



Широкомасштабная операция проведена наркополицейскими Пермского края в городах Пермь и Чусовой. Здесь была ликвидирована большая преступная группировка.

Длительное время её члены занимались поставками и распространением наркотических средств растительного происхождения в особо крупных размерах с территории государств Центрально-Азиатского региона в Российскую Федерацию.

Оперативники задержали организаторов преступной группы и троих подельников. В Перми в ходе обследования места жительства одного из преступников было изъято более 1 кг гашиша. На чердаке дома, арендованного наркодилерами в Чусовом, оперативники обна-

ружили 22 мешка с марихуаной общей массой около 470 кг! А в подвале с помощью служебной собаки найден тайник с гашишем. Два мешка были закопаны в землю.

Всего наркополицейские извлекли 59 брикетов гашиша, завернутых в полиэтиленовые свёртки, внутри которых находились аккуратные «торговые» вкладыши с пометками массы каждого брикета – всего более 62 кг. Здесь же находились и большие электронные весы, используемые для фасовки оптовых партий.

Также у наркоторговцев было изъято более 1 млн руб., полученных от продажи наркотиков.

В отношении задержанных возбуждены уголовные дела.

Василий СЕРЕБРЯКОВ. Пермский край.

Накануне

Ответить на вызовы времени

7 апреля – Всемирный день здоровья

Скоро мы будем отмечать Всемирный день здоровья, учреждённый в ознаменование вступления в силу Устава Всемирной организации здравоохранения 7 апреля 1948 г. Тогда, более 60 лет назад, создание глобальной организации, координирующей и объединяющей усилия государств по охране здоровья, было продиктовано необходимостью безотлагательно преодолевать разрушительные последствия Второй мировой войны. На Всемирной ассамблее здравоохранения в июне 1948 г. делегаты первых 53 государств – членов ВОЗ определили главные приоритеты деятельности, которыми стали здоровье матери и ребёнка, туберкулёз, питание, обеспечение санитарного состояния окружающей среды.

Мы редко задумываемся о том, какую роль в нашей повседневной жизни играет Всемирная организация здравоохранения. Вполне естественным представляется, например, что полиомиелит перестал калечить наших детей. Стала историей победа над натуральной оспой, веками уносившей миллионы человеческих жизней. Но мы не можем не признать, что исторические достижения такого масштаба были реализованы исключительно на основе непрерывной и настойчивой координации усилий тысяч медицинских работников по всему миру, на основе взаимопонимания и сотрудничества стран.

В настоящее время ВОЗ объединяет 194 государства. За прошедшие годы мир сильно



изменился, вместе с ним изменился профиль и масштаб проблем, стоящих перед общественным здравоохранением. Многократно возросшая мобильность населения и глобализация торговли актуализировали проблему укрепления систем эпидемиологического контроля,

оповещения и реагирования. Вызывает тревогу быстрый рост распространённости избыточной массы тела и ожирения среди населения, в том числе среди детей, во многих странах мира. Перемещение центра тяжести в сторону хронической патологии, требующей длительного лечения и ухода, побуждают к поиску новых организационных форм оказания медицинской помощи и взаимодействия с социальными службами.

Общепризнано, что снижение бремени инфекционных заболеваний невозможно без пересмотра парадигмы охраны здоровья за пределами системы оказания медицинской помощи – за счёт широкого информирования населения о здоровом образе жизни, созда-

ния единой профилактической среды, привлечения партнёров, в том числе бизнес-сообщества. Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен в своём обращении к Исполнительному комитету ВОЗ в январе 2014 г. констатировала: «Запросы, предъявляемые к ВОЗ и министерствам здравоохранения, будут только увеличиваться по мере роста неинфекционных заболеваний, старения населения, усиления скученности в городах и изменения климата. Население ожидает от общественного здравоохранения всё большего, а затраты устремляются ввысь. Некоторые новые лекарственные препараты и медицинские устройства не по средствам даже для самых богатых стран мира». Вызовы времени требуют от нас ещё большей солидарности, чем когда бы то ни было.

Ежегодно темой Всемирного дня здоровья провозглашается та или иная актуальная проблема здравоохранения. В этом году внимание привлечено к трансмиссивным болезням.

По оценкам ВОЗ, на трансмиссивные болезни приходится 17% глобального бремени всех инфекционных болезней. Подсчитано, что в 2010 г. малярия, являющаяся самой смертоносной трансмиссивной болезнью, привела к 660 тыс. случаев

смерти. Эти болезни в основном распространены в тропических и субтропических зонах, где доступ к безопасной питьевой воде и системам санитарии представляет проблему, однако бурное развитие международного туризма и глобальное потепление привели к тому, что в странах с умеренным климатом ежегодно возрастает число импортированных случаев заболеваний и формируются ареалы местной передачи возбудителей давно забытых болезней.

Так, в 2012-2013 гг., после многолетнего периода регистрации единичных случаев, более 3 тыс. заболевших лихорадкой Денге обратились за медицинской помощью в странах южной Европы. Посвятив Всемирный день здоровья данной теме, ВОЗ таким образом, призывает уделять должное внимание санитарному просвещению населения и готовности к реагированию медицинских служб.

Я рад предоставленной возможности поздравить коллег с Всемирным днём здоровья и пожелать всем нам успехов в охране и укреплении здоровья!

**Доктор
Люджи МИГЛИОРИНИ,
специальный представитель
ВОЗ в РФ.**

Фото Александра ИВАНОВА.

Перемены

Более полувека в сёлах Чукотского района не вводились новые объекты медицинских учреждений. Участковые больницы, построенные ещё в 50-е годы, по сей день располагаются в старых, холодных, не приспособленных для оказания качественных медицинских услуг помещениях. Тем не менее от радно заметить, что ушедший 2013 г. ознаменован в районе началом строительства двух сельских медицинских учреждений.

Уже в этом году планируется сдать в эксплуатацию новые здания участковой больницы в селе Нешкан и врачебной амбулатории в селе Лорино. Строительство их началось летом 2013 г. за счёт средств региональной целевой программы «Развитие инфраструктуры Чукотского автономного округа на 2010-2014 гг.» Финансирование на эти жизненно важные объекты было запланировано из средств федерального и окружного бюджетов. В чём отличие участковой больницы от врачебной амбулатории, спросите вы? Ответу, что в Нешкане сохраняются койко-места для стационарных больных ввиду отдалённости села от районного центра. А вот из Лорино тяжёлых больных будут госпитализировать для прохождения дальнейшего лечения в Чукотской районной больнице села Лаврентия. Благо, что дорога хорошая от одного до другого населённого пункта, да и находится Лорино поближе к райцентру, чем другие прибрежные села Чукотского района. В связи с этим во врачебной амбулатории грядёт

Новое лицо Чукотки

Его формирует современная система здравоохранения



сокращение среднего и младшего медицинского персонала со дня начала эксплуатации учреждения. А пока, изо дня в день медицинские работники обслуживают население порой в невыносимых для работы условиях. В учреждениях здравоохранения, в которых неважное теплоснабжение, отсутствует канализация, здания давно уже списаны и не числятся на балансе Чукотской районной больницы.

К слову, Чукотская районная больница села Лаврентия – новый, современный медицинский центр – настоящая гордость района. И пациенты ежедневно ощущают на себе комфортные условия в помещении: ожидание приёма в фойе и непосредственно в кабинете врача. Новое здание районной

больницы полностью оснащено современным оборудованием и мебелью.

– Сегодня медицинская помощь в Чукотском районе – это не только районная больница, которая включает в себя целый больничный комплекс, – рассказывает Галина Бобкова, заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения Чукотской районной больницы. – В него входят поликлиника, администрация и основные стационарные отделения – хирургия, терапия, родильное, детское... Также во всех сёлах действуют участковые больницы (Лорино, Нешкан, Уэлен) и фельдшерско-акушерские пункты (Энурмино, Инчоун). Трудятся в наших учреждениях 170 медицинских работников и обслуживающего персонала.

Почти каждый из них рассматривает сельское здравоохранение в непростых природно-климатических условиях не как крайний случай в безвыходной ситуации, а как реальную возможность помочь больному. Система здравоохранения района продолжает развиваться. Благодаря Национальному проекту «Здоровье» в район поступает новое оборудование. Так, за последний год районная больница получила новый дыхательный наркоаппарат, маммограф, монитор фетальный для родильного отделения, рентгеноаппарат и аппарат для ультразвукового исследования. Это современное медицинское оборудование позволяет своевременно и более качественно осуществлять осмотр пациентов. Но не только к нам люди идут и едут за помощью. Мы сами выезжаем в сёла, где регулярно проводим плановые медицинские и профилактические осмотры. Об этом заранее оповещаем администрацию, предоставляя главам поселений график вылета к ним медицинских специалистов. Главы непосредственно проводят работу с населением на местах.

Надо сказать, регулярные медосмотры населения стали возможны благодаря участию медицинского учреждения Чукотского района в ряде федеральных программ. В том числе – «Профилактические медицинские осмотры» и «Дис-

пансеризация отдельных групп взрослого населения», а также «Диспансеризация детей-сирот и детей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации».

В то же время развитие и движение вперёд невозможно без укрепления кадровых ресурсов, без их обновления и пополнения. Это важно в любой отрасли. Но, пожалуй, особенно заметны кадровые проблемы в медицине. Это ощущают на себе пациенты, потому что не хватает врачей – специалистов для прохождения медицинских осмотров. И это хорошо понимают руководители.

– У нас по-прежнему не хватает врачей: психиатра-нарколога, фтизиатра, невролога, рентгенолога, анестезиолога-реаниматолога, оториноларинголога, – говорит Галина Бобкова. – Остро нуждаются в медицинских сёстрах медучреждения Уэлена и Энурмино. Специалисты звонят, интересуются заработной платой и проживанием. Из-за трудностей с жильём мы не можем их пригласить на работу.

Несмотря ни на что, медицинские работники Чукотской районной больницы выполняют свою главную задачу. Поскольку медицинская помощь должна быть качественной и доступной для всех и каждого в любом, даже самом отдалённом уголке нашей страны. Поэтому без взаимодействия органов власти и медицины района здесь просто не обойтись.

**Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».**

Чукотский автономный округ.

НА СНИМКЕ: Галина Бобкова.

За время своего существования этот форум заслужил право называться самым масштабным и самым популярным медицинским мероприятием страны. Как и в прежние годы, на целую рабочую неделю залы и аудитории Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ будут отданы во власть медицинской науки и практики. 9 апреля состоится совещание профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности «терапия».

По традиции в номере «МГ», выходящем в свет перед конгрессом, мы публикуем интервью с его президентом, директором НИИ пульмонологии ФМБА России, главным специалистом терапевтом-пульмологом Минздрава России, главой Совета по этике при Минздраве академиком РАН Александром ЧУЧАЛИНЫМ.

— Александр Григорьевич, счёт конгрессам «Человек и лекарство» пошёл на третий десяток. Как вы оцениваете эти годы и эту работу?

— Прежде всего, я бы хотел поблагодарить «Медицинскую газету» за то внимание, которое она оказывает конгрессу и мне как человеку, с чьим именем связана его инициация и проведение.

Если говорить сжато, в чём итог предыдущих 20 форумов, нужно выделить следующее. Более двух десятков лет назад произошло объединение усилий учёных России, которые хотели оставаться на высоком международном уровне. Среди них надо назвать Машковского Михаила Давыдовича, Навашина Сергея Михайловича, Сергеева Павла Васильевича... Это была большая плеяда деятелей науки, всех не перечислишь. Единение учёных разных специальностей вокруг идеи конгресса не могло не дать результата. В начале 90-х годов прошлого века Россия вошла в медицину, основанную на доказательстве. Стал внедряться строгий математический аппарат, который позволяет обрабатывать медицинскую информацию, выбирать наиболее существенную и адекватно её оценивать. Это очень понравилось врачам, особенно молодого поколения. Их образование и навыки стали носить чёткий прагматический характер. Последнее повляло абсолютно на всё в здравоохранении: качество оказания медицинской помощи, подготовку студентов, последипломное образование и т.д. В России этот вектор развития непосредственно связан с конгрессом «Человек и лекарство».

Философия медицины, появившейся в 1990-х, воплотилась в клинических рекомендациях по терапии наиболее социально значимых заболеваний. Надо сказать, у нас произошло, если можно так выразиться, «двойное чтение» данного направления. Министерство здравоохранения конца прошлого века — начала нынешнего отдавало большее предпочтение протоколам и стандартам. Я не собираюсь сейчас критиковать такую позицию и давать ей оценку. В итоге логического развития мы всё-таки пришли к правильному пониманию приоритетов. Министерство нынешнего созыва на первый план выводит именно принципы персонализированной, индивидуальной терапии, которая возможна лишь при надлежащем знании клинических рекомендаций.

Внутренняя жизнь конгресса побудила к тому, чтобы врачи разных специальностей объединились и создавали принципиально другую культуру клинической медицины. Скажем, потребовалось объединение эндокринологов и кардиологов; пульмонологов и фтизиатров; гастроэнтерологов, гепатологов и абдоминальных хирургов; нефрологов, трансплантологов и врачей, занимающихся системными заболеваниями. Это было новое качество. Оно позволило нашей медицине 1990-х годов подойти к тем горизонтам, которые уже были отчётливо видны в структурах здравоохранения Западной Европы и США.

Как главный терапевт России считаю, что конгрессу принадлежит формирование нового взгляда на эту специальность. Терапевт — кто он сегодня? Он

в российской программе. К сожалению, между положениями документа и их реализацией на местах существует разрыв. Проиллюстрирую это на близком мне примере. Я являюсь одним из авторов «Порядка оказания помощи больным пульмонологического профиля». В нём чётко и подробно расписано, как сформировать в больницах России современные отделения по оказанию помощи пациентам с бронхо-лёгочной патологией. Однако документ

ства. Закупки по известной программе «Семь нозологий» (льготное обеспечение лекарственными средствами семи редких и наиболее дорогостоящих нозологий), возможно, будут переданы на региональный уровень, что грозит удорожанием препаратов, перебоем в обеспечении. Считаете ли вы реальной эту опасность. Если да, как преломить ситуацию? Как вообще должна развиваться система оказания

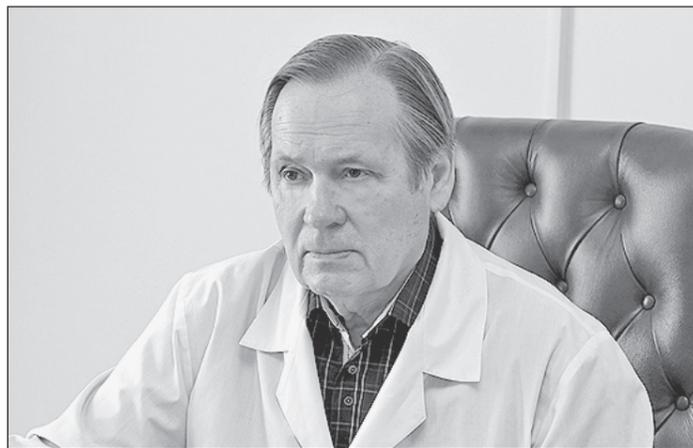
стигнуты на стыке медицины и фундаментальных немедицинских дисциплин. И дело не в ФАНО, а в том, насколько творческую атмосферу в академии смогут создать её руководители. В целом появление единой академии, объединяющей усилия учёных в разных областях, я считаю делом позитивным, соответствующим тем традициям, которые закладывались ещё Петром I.

— Будучи главным специалистом терапевтом-пульмо-

Из первых уст

Живая материя форума

Проблемы российского здравоохранения займут ведущее место на предстоящем XXI конгрессе «Человек и лекарство»



по-прежнему играет в пинг-понг и отправляет больных по узким специалистам? Или же он берёт на себя решение важных клинических задач, например, как вести пациентов с сахарным диабетом, гепатитом, ВИЧ-инфекцией и многими другими заболеваниями? Новая модель врача-интерниста основана на интегральном подходе. Большая заслуга конгресса «Человек и лекарство» состоит в том, что он подвёл обществу к формированию такой модели. Российский врач нынешнего века должен быть конкурентоспособным, поскольку мы вошли во всемирную торговую систему, где конкуренция между всеми специалистами предельно обострена. Понимая это, организаторы конгресса взяли на себя миссию популяризации и внедрения высоких технологий преподавания. Акцент на новое в образовании врачей, новые модульные системы подготовки специалистов — это будет отличать XXI конгресс от предыдущих. Здравоохранение — живая материя форума.

— Сегодня наше здравоохранение живёт под флагом Государственной программы развития здравоохранения до 2020 г. Как, на ваш взгляд — учёного, врача-практика и руководителя, выполняется эта программа. Что вызывает оптимизм, а что разочарование?

— Программа — это хороший документ, и я его полностью поддерживаю. Особенно подчеркну, в ней заложена идея интеграции российского и мирового здравоохранения. Сегодня ВОЗ ставит на первое место хронические неинфекционные заболевания — сердечно-сосудистые, онкологические, хроническую обструктивную болезнь органов дыхания, сахарный диабет 2-го типа. Совокупная смертность от них превышает 54%. Это разные по своей природе и механизмам развития болезни, но их объединяют одни и те же факторы риска, в частности, курение (самый агрессивный фактор!), гиподинамия, нарушение питания. Ориентиры ВОЗ, повторю, учтены

есть, а отделения такие практически отсутствуют. Многие регионы жалуются, что федеральные структуры не выделяют дополнительных финансовых средств для реализации определённых этапов государственной программы. Хотя, конечно, по показателям деторождения, младенческой смертности и ряду других достигнуты хорошие результаты и можно прогнозировать их дальнейшее улучшение.

— По роду своей деятельности вы имеете прямое отношение к оказанию высокотехнологической медицинской помощи (ВМП), которая финансируется главным образом из федерального бюджета. Однако с 2015 г. расходы на ВМП лягут на ОМС. Многие сомневаются, что при новой системе финансирования этот вид помощи останется столь же эффективным. Вы разделяете эту тревогу?

— Не могу утверждать, что обязательно станет хуже, но «бюджетные переходы» всегда вызывают опасение. Я имею прямое отношение к больным, страдающим муковисцидозом. В большей части лечение этого заболевания пока финансируется федеральным бюджетом, но определённая доля расходов ложится и на регионы. И вот я вижу, что продолжительность жизни таких пациентов в Москве превышает 45 лет, уже за пределами МКАД — едва достигает 25-28 лет, а в ряде регионов она ещё ниже. Все сопутствующие расходы, связанные с лечением муковисцидоза, Москва обеспечивает полностью (очень многое для этого сделала Ольга Юрьевна Голодец, работая в правительстве Москвы, а Леонид Михайлович Печатников эти инициативы продолжил). Поэтому здесь такие показатели, и многие больные покупают в столице квартиры, переходят на московское финансирование. Увы, не все пациенты из регионов могут решить проблему лечения таким же образом и, увы, Москва — не вся Россия.

— Ещё повод для беспокой-

помощи больным редкими заболеваниями?

— Всё, что я говорил, отвечая на предыдущий вопрос, актуально и в данном случае. Но проблема не только в финансировании. В этом году я выпускаю энциклопедию редких болезней. В ней фигурирует около 6 тыс. таких заболеваний, и, когда мы говорим только о семи, возникает недоумение. Программа «Семь нозологий» — это большой прорыв. Однако нам следует изменить саму философию организации помощи больным с редкими болезнями. Необходимы врачи и центры, которые бы ими занимались: подержали диагноз, персонализировали лечение, оценивали эффективность и безопасность терапии. Создавая сайт по редким болезням, я параллельно занимаюсь созданием виртуального института соответствующих экспертов, способных в виртуальном режиме квалифицированно проконсультировать врачей из разных уголков России и зачастую решить проблему. Ведь далеко не во всех случаях лечение редких заболеваний требует дорогостоящих лекарств. Иногда и вовсе достаточно правильной коррекции питания.

— Год назад в преддверии XX конгресса мы говорили о судьбе Российской академии медицинских наук, о её роли в процессе реформирования здравоохранения. Надо сказать, сценарий её упразднения тогда даже не обсуждался. Как вы оцениваете осуществлённую реформу? РАМН упразднена, Федеральное агентство научных организаций (ФАНО) создано. Есть ли в этом рациональный элемент и будет ли польза для здравоохранения?

— Идея слияния академий была высказана ещё в начале 80-х годов прошлого века. Тогдашнее руководство большой академии (Марчук, Скрябин, Овчинников), в принципе, это приветствовали. Они исходили из того, что представителям фундаментальных наук не хватало контакта с учёными-медиками. Я помню свои разговоры с академиками Прохоровым Александром Михайловичем, Басовым Николаем Геннадиевичем, тем же Овчинниковым Юрием Анатольевичем, когда был вице-президентом Академии медицинских наук СССР. Я разделял их позицию и высказывал своё мнение коллегам по академии. После распада Советского Союза, идея, казалось, умерла, однако на новом этапе жизни страны она вновь стала актуальной. В ней много позитивного. Сближение с фундаментальными науками — реальная потребность. Посмотрите на достижения групп академиком Виктора Антоновича Садовниченко, Николая Павловича Лавёрова, Евгения Давидовича Свердловца! Почти все их результаты до-

нологом Минздрава России, как вы оцениваете развитие терапевтической и пульмонологической служб в минувшем году. Каковы перспективы?

— К большой моей печали, состояние этих служб сегодня не может удовлетворять. Мы повторяем ошибку стран Западной Европы и США начала и середины 1990-х годов. Так, в Германии решили ликвидировать терапевтическую службу. Прошло 5-8 лет, и немцы поняли, чтобы подготовить, например, кардиолога, сначала его нужно подготовить по терапии. Поэтому Германия последние 3-4 лет активно возрождает терапевтическую службу своей страны. Приблизительно такая же метаморфоза произошла и в США. Мы пока находимся на пути, который трудно назвать созидательным. В ряде регионов (в Москве, в частности) активно закрывают терапевтические отделения, резко сокращают число врачей-терапевтов. Я думаю, это большая ошибка. Число пульмонологических коек также сокращается. Они перепрофилируются под службы, приносящие больший доход. И это уже резко сказалось на качестве оказания помощи больным: в 2013 г. смертность от пневмонии выросла на 8%!

— Уже более года вы возглавляете Совет по этике при Минздраве России. Расскажите, пожалуйста, что вам уже удалось, что ещё намереваетесь сделать в этом качестве. Будет ли тема профессиональной врачебной этики отражена в ходе XXI конгресса?

— С одной стороны, сделано много. Мы стали выпускать журнал «Медицинская этика», подготовлен соответствующий учебник для медицинских учебных заведений, стал действовать Кодекс профессиональной этики врача России. Определённые регионы оказались очень чувствительны к этим вопросам. В числе первых я бы хотел назвать Республику Хакасия, Владимирскую и Тульскую области. Но в большинстве территорий работу по медицинской этике посчитали делом формальным и не занимаются ею на должном уровне. Вялотекущий кризис в области этики нашего здравоохранения начался не вчера. Я его отсчитываю с ареста в 1937-м и последующего расстрела в 1941 г. известного терапевта Дмитрия Дмитриевича Плетнёва. Конгресс «Человек и лекарство» инициировал обсуждение многих медико-этических вопросов, и на очередном форуме мы должны эту линию.

Беседу вёл
Тимофей КОЗЛОВ.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Вот уже три года с тех пор, как в столице Северо-Западного федерального округа стал проводиться национальный форум студентов-медиков-провизоров, в него встроены ректорские «соборы». Главным предназначением этой дискуссионной площадки, где провозглашаются и сопоставляются мнения и предложения отраслевых вузов от Владивостока до Калининграда, остаётся идеологическое измерение настоящего и будущего российского здравоохранения: куда мы идём, чего мы хотим? Потому-то к ректорскому многоголосию (не путать с разногласием!) проявляют неформальный интерес, становясь равноправными участниками разговора, глава Минздрава, некоторые заместители министра и специалисты отраслевого штаба, руководители комитетов по здравоохранению С.-Петербурга и Ленинградской области, директора расположенных в Петербурге федеральных научно-исследовательских центров и главные врачи крупных лечебных комплексов.

Впрочем, не отступая от традиции прошлых лет, министр Вероника Скворцова и в этот раз по прибытии в Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова встретила сначала с представителями студенческого сообщества.

Отвечала на многочисленные, в подавляющем большинстве сугубо профессиональные и грамотные вопросы из зала руководитель Минздрава очень обстоятельно, не отмахиваясь, однако, и от отвлечённых тем. К партнёрскому диалогу время от времени подключались заместитель министра Игорь Каграманян и директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяна Семёнова. Партнёрскому? Так-таки. Наблюдая со стороны бурное двухчасовое общение, трудно было не составить вывод о том, что обе стороны меньше всего думают о сокращении дистанции так называемого отчуждения, которое якобы всё равно возникает между старшими и младшими, малознакомыми или вовсе чужими людьми.

Вечером на пресс-конференции журналисты допытывались у «первого» медика страны, какая же мантра сумела обеспечить полный контакт со студенческой братией. И в ответ услышали слова: «патриотизм», «родина», «единомышленники».

На предыдущей встрече было больше анархии. Не свободомыслия, а именно анархии. Очевидно, что за год изменилось многое. Мы сегодня говорили без шуток и каких-то длинных лирических отступлений. Я разглядела патриотический настрой на тяжёлую работу у всех сидящих в зале. Я увидела единомышленников, для которых понятие «родина» – не пустой звук, – сказала Вероника Игоревна.

Сегодня, когда медицинские знания обновляются стремительно, априори невозможно обойтись без системы непрерывного медицинского образования. Выстраиваемая система – осознанная необходимость, фундамент всей повестки дня, жизненно важной для отрасли и для страны в целом. И разве горячее стремление передового отряда студенческой молодёжи держать «нос по ветру», быть сопричастным к процессам большой модернизации, начатой в нашем здравоохранении, не

есть проявление гражданско-патриотической зрелости?

Тем не менее чиновничьих деклараций о масштабных усилиях по продвижению реформ молодым недостаточно. Им нужны реализованные намерения. На сей счёт, предвосхищая возможную недоверчивость у части аудитории, министр сделала сообщение. Она рассказала, что не далее как в прошедшем году под руководством Минздрава было создано электронное место врача. Чтобы иметь доступ к сервису, а значит, к федеральной медицинской библиотеке, реестру взаимодействия

из четырёх организованных «круглых столов» и даже в кулуарах форума.

По глубокому убеждению Вероники Скворцовой, берясь за решение проблемы номер один медицинского образования, необходимо, во-первых, реформировать все основные учебные программы, прежде всего фундаментальный блок, состоящий из молекулярной биологии, молекулярной генетики, молекулярной физиологии и других дисциплин, которые формируют специалиста современной эпохи. Второе: медицинское образование обязано идти рука об руку с

как наиглавнейшей задачей не назовёшь! К такому выводу пришёл, выступая с трибуны общего собрания Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко, представивший доклад «Система дистанционного образования как эффективный инструмент профессионального развития врача».

В отношении дистанционного образования на ректорских обсуждениях говорилось неодно-

при обучении разработанные и утверждённые протоколы и стандарты ведения больных с разной патологией. Например, в нашем университете студенты и врачи уже не видят себя при получении образования вне Интернета, без опоры на его ресурсы, а также мобильные средства связи. Обучение немислимо в отсутствие самоподготовки, поэтому за последние два года мы во всех учебных корпусах и общежитиях провели Wi-Fi, создали условия для свободного и бесплатного доступа в Интернет с помощью планшетов, ноутбуков, смартфонов и прямого выхода на сайт ДВГМУ для всех участников образовательного процесса.

Нами всё шире применяются дистанционные формы обучения на довузовском этапе подготовки школьников, в процессе дополнительного образования медицинских сестёр и врачей. Распространение таких форм весьма уместно в условиях Хабаровского края, да и всего Дальнего Востока, отличающихся малонаселённостью огромных пространств. Дополнительным стимулом к новым шагам в этом направлении станет пилотный проект 2014 г., касающийся оптимизации обучения врачей первичного звена здравоохранения, в который включён и наш вуз.

В ДВГМУ уже четвёртый год как создана и успешно функционирует электронная библиотека, вместившая подробное библиографическое описание свыше 300 тыс. наименований учебников и монографий, а также постатейный список свыше 300 медицинских журналов с глубиной проработки материала, превышающей 15 лет. Данный электронный ресурс доступен через любой поисковик.

Вместе с тем для развития единого информационного пространства отечественных медицинских и фармацевтических вузов, на мой взгляд, недостаточно объединения сайтов с улучшением условий для пользователей. Считаю более актуальной задачу формирования единой интеллектуальной среды с использованием электронных средств, позволяющих создать общедоступную библиотеку малотиражных изданий, которые неизвестны широкому кругу коллег.

* * *

Как уже сообщалось в «МГ», общее собрание ректоров медицинских и фармацевтических вузов, не без таланта ведомое 6 лет ректором Самарского государственного медицинского университета академиком РАН Геннадием Котельниковым, выбрало нового председателя. Им стал ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко.

Первый же день работы форума ознаменовался для нескольких его участников вручением почётных грамот ректорского сообщества. Среди тех, кто их удостоился за высокий профессионализм, был и главный редактор «Медицинской газеты» Андрей Полтораки.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
собр. корр. «МГ».

С.-Петербург.

НА СНИМКЕ: участники студенческого форума хотят строить будущее российского здравоохранения уже сегодня.

Фото Екатерины ЮНГ.

События

Врач будущего: каким ему быть?



лекарственных средств, другим ключевым информационным инструментам, коллегам не потребуется устанавливать программное обеспечение, вполне достаточно пройти регистрацию. С помощью нововведения значительно поубавится «писанины», уйдут в Лету те документы, которые излишне детализированы и не нужны для заполнения в первичном звене.

Путём повсеместного внедрения сервиса «Рабочее место врача» увеличится продолжительность беседы с пациентом, подчеркнула министр. Недавней экспериментальной «инвентаризацией» рабочего времени участкового терапевта в 17 регионах страны доказана относительная несложность перехода с 5,5 минут, в течение которых в среднем длится приём, до 8,5 минут. Кроме того, специалист теперь получит возможность без отрыва от производства повышать свою квалификацию под надзором соответствующих служб.

Разумеется, дистанционные технологии позволяют в полной мере внедрить принцип интерактивного контроля образовательного процесса и на этапе додипломного обучения. Пути повышения качества профессионального образования вообще были предметом особенного, самого пристального интереса участников деловой встречи. О них шла речь в прямом диалоге министра со студентами, их прицельно обсуждали за одним

научными исследованиями. Оно должно быть очень креативным по своей сути.

– Изменение вектора в сторону креативности, формирование творческого мышления – это очень важно, – полагает министр. – Высокая степень ответственности за «своего» больного, способность воспринимать пациентов с двух рядом стоящих коек как разные вселенные закладываются со студенческой скамьи.

Представим, закладка произошла. Но как же не растерять новоиспечённому врачу творческое мышление, другие свои интеллектуальные накопления и даже просто базовые знания сразу за порогом альма-матер, если, согласно данным Минобрнауки, дистанционные технологии в структуре инструментария послевузовской подготовки составляют в РФ менее 3%? А ведь в современных представлениях базовыми можно считать знания врача, которые соответствуют основным положениям клинических рекомендаций, регламентирующих объёмы медицинской помощи, алгоритмы ведения пациентов при определённых нозологиях, уровни доказательности, показания, противопоказания, особенности проведения диагностических и лечебных мероприятий, а также индикаторы качества оказанной помощи.

С учётом перечисленных позиций создание информационного ресурса на основе клинических рекомендаций иначе

кратно. Его здесь рассматривали в разных аспектах. Но впервые председатель учебно-методического объединения Минздрава по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России П.Глыбочко показал широкому профессиональному сообществу образец интерактивного тематического модуля российского производства.

Придаваемый в качестве поддержки практическому врачу для принятия клинических решений, в данном случае по такому серьёзному нозологическому состоянию, как гематурия, этот модуль размещён в интерактивном сетевом облаке Первого Меда. Навигация осуществляется по ключевым разделам: информационная часть, блок самопроверки, блок ситуационных задач и блок верификации задач. Кто бы мог подумать, что встать за модуль и пройти на нём тест из трёх вопросов докладчик предложит не кому-нибудь, а министру здравоохранения? Но произошло именно так. Даже если не знать, что процедуру тестирования Вероника Скворцова вскоре сдала на «отлично», без запинки ответив на поставленные вопросы, об этом можно было догадаться по дружному рукоплесканию зала...

А что же с точки зрения полезности для развития системы отечественного медицинского образования обсуждения второго вопроса, который был вынесен в повестку дня собрания руководителей отраслевых вузов под названием «Единое информационное образовательное пространство в российском здравоохранении»? С докладчиком по нему выступили ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Ясенецкого профессор Иван Артюхов и ректор Ярославской государственной медицинской академии Алексей Павлов.

В кулуарах форума мы поинтересовались суждением об услышанном представителе одного из самых географически удалённых от столицы вуза – Дальневосточного государственного медицинского университета (Хабаровск). Ректор профессор Владимир Молочный дал развёрнутый ответ:

– Полностью разделяю мнение министра, поддержавшей идею войти в информационное поле всего отечественного здравоохранения с тем, чтобы в едином ключе использовать

Проблемы и решения

Второе место по инсультам

Как переместить Россию с этой печальной позиции?

Недавно прошедшая в Москве пресс-конференция «Предупреждение сердечно-сосудистых катастроф с помощью контроля МНО» (международного нормализованного отношения) была приурочена к всероссийской социальной акции «День МНО». Это жизненно важный показатель свёртываемости крови, который необходимо регулярно измерять пациентам, применяющим антикоагулянты. Акция прошла 28 марта в 14 регионах РФ с целью привлечь внимание общественности к проблеме профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а также предотвращения сердечно-сосудистых катастроф при помощи регулярного контроля над свёртываемостью крови с помощью МНО.

Сегодня Россия занимает второе место в мире по количеству инсультов, на первом месте Болгария, на третьем – Китай. 30% больных с этим диагнозом погибает в течение первого месяца. И только каждый пятый из выживших способен вернуться к прежней активной жизни. 80% инсультов – ишемические, вызванные тромбозом головного мозга или тромбозом болей.

Как заметил директор научно-образовательного клинического центра «Аритмология» Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Виталий Сулимов, подавляющее большинство нарушения кровообращения в мозгу – следствие мерцательной аритмии. Это стало известно, когда начали широко использовать имплантируемые устройства – электрофибрилляторы, кардиостимуляторы. Так появилось название «кардиоэмболический инсульт» – самый тяжёлый из инсультов, при котором закупориваются крупные артерии головного мозга. Здесь смертность достигает 50% в стационаре, а из тех, кто выживает, в течение ближайшего года умирают примерно половина. Оставшиеся в живых полностью не восстанавливаются и остаются на всю жизнь инвалидами.

Встречаемость мерцательной



аритмии чётко зависит от возраста. В 40-50 лет это только 0,5% заболевших, но уже в 80-90 цифра доходит до 10%. В России предрасположены к этому заболеванию около 3 млн человек, но ожидается увеличение – по прогнозам, на 2050 г. может произойти утроение этого вида аритмии, что связано с общим старением населения.

Проблема тромбозов – мультидисциплинарная проблема, она касается кардиологии, хирургии, ортопедии и травматологии, акушерства и гинекологии. Если говорить о пороках сердца, здесь

важна роль антикоагулянтной терапии. На сегодняшний день у больных с искусственными клапанами сердца существует только один препарат, который реально помогает – варфарин. Попытки применить в этой области новые пероральные антикоагулянты пока не увенчались успехом. Следует учитывать и большое количество внезапных смертей от тромбозомболии лёгочной артерии. Так, в Северной Америке этот показатель доходит до полумиллиона летальных исходов в год. Поэтому если концентрировать усилия разных

специалистов на вопросах тромбозов и эмболий, то можно добиться успехов. А кардиолог или травматолог в одиночку с этими проблемами не справятся. Нужна структурная система профилактики тромбозов и эмболий вплоть до специализации определённой категории врачей – не всегда терапевт способен правильно вести такого больного.

Если говорить о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, следует ещё раз вспомнить варфарин, который применяется с 1948 г. Но начинал он свою «жизнь» не как препарат для профилактики инсультов, а как средство для предотвращения повторных инфарктов. К сожалению, у препарата есть сложности в применении: он начинает действовать на 4-6-й день, существует не очень предсказуемый эффект от особенностей питания, взаимодействия с другими лекарствами, постоянно требуется контроль и изменение дозы. В результате больные должны постоянно ходить в поликлинику, чтобы оценивать показатель МНО. Он не должен быть выше 3 – тогда возможно кровотечение, и ниже 2 – значит, препарат неэффективен. Так что больному необходимо находиться в так называемом терапевтическом диапазоне МНО от 2 до 3, что очень трудно. Поэтому что половина пациентов от него отказываются, а другая половина только в 50% случаев принимают варфарин правильно. Если пациент находится под действием лекарства менее 60% времени, действие препарата снижается.

Проблема, можно сказать, была решена в 2009 г., когда появился целый блок новых пероральных антикоагулянтов. Эти препараты не нуждаются в контроле и мало взаимодействуют с другими лекарствами и пищевыми про-

дуктами. И главное – не дают риска геморрагических инсультов. Однако, по международным данным на прошлый год, только 6% больных перешли на новые препараты. Дело и в привычке, и в том, что варфарин на порядок дешевле своих «младших» братьев.

Тему о безопасном уровне антикоагуляции продолжила ведущая кафедрой клинической лабораторной диагностики и генетики Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова (С.-Петербург) Татьяна Вавилова. Сейчас больные вынуждены тратить по несколько дней, чтобы получить результаты анализа свёртываемости крови, хотя это исследование делается в течение суток. Иногда проходит больше недели, прежде чем пациент попадает к врачу, всё это время ничего не зная о своём состоянии.

Конечно, когда пациент обучен самостоятельно делать экспресс-анализы крови (что хорошо видно на примере больных сахарным диабетом), это сильно повышает и качество его жизни, и соответствующей медицинской помощи. Но всё равно необходимо создание в системе обязательного медицинского страхования централизованной помощи таким пациентам в отдельных кабинетах с использованием портативных коагулометров и компьютерной диагностики.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

НА СНИМКЕ: предупреждение сердечно-сосудистых катастроф – задача, касающаяся многих специалистов.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

В пресс-конференции, посвящённой Всемирному дню туберкулёза, участвовали помощник министра здравоохранения РФ Ляля Габасова, специальный представитель ВОЗ в РФ Луиджи Миглиорини, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Тереза Касаева, главный специалист фтизиатр Минздрава России, руководитель отдела фтизиатрии Центрального научно-исследовательского института туберкулёза Ирина Васильева, начальник Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России Сергей Воробей.

Они отметили, что общая заболеваемость туберкулёзом в прошлом году по сравнению с 2012 г. снизилась на 7,5% (с 68,1 до 63 на 100 тыс. населения). Если посмотреть чуть дальше по времени, то успехи в борьбе с туберкулёзом ещё более выглядят впечатляющими. Ведь в 2008 г. заболевание составляло 85,1 на 100 тыс. То есть снижение, достигло 26%.

Заболевают этой серьёзной инфекцией преимущественно лица в возрасте 18-44 года (2013 г. – 62,2%). Мужчины составили 68,9%.

Не менее показательно, что доля лиц, находящихся в учреж-

Пресс-конференции

Туберкулёзное отражение

Сегодня существует серьёзная угроза в распространении этой опасной инфекции

дениях ФСИН РФ, в структуре заболевших составила в 2013 г. 10,2%.

Отмечается стабилизация показателя числа больных с множественной лекарственной устойчивостью. Среди впервые выявленных этот показатель держится на уровне 4-4,1 на 100 тыс. населения. Рост доли таких бактериовыделителей произошёл только при туберкулёзе органов дыхания – с 16,3 до 17,4%. Каждый десятый впервые выявленный больной туберкулёзом был также ВИЧ-инфицирован. Практически все впервые выявленные больные туберкулёзом в 2013 г. (95%) были обследованы на антитела к ВИЧ.

Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет уменьшилась впервые после 2009 г. на 11,6% (с 16,4 до 14,5 на 100 тыс. детей). В России очень хорошо поставлена специфическая профилактика – вакцинация. Выполнение плана по прививкам приближается к 100%, в то время как число осложнений при вакцинации уменьшилось в 5 раз. Но не только это говорит о качестве

работы фтизиатров, в 95% случаев выявляются малые формы туберкулёза с мелкими очагами поражения.

Общая смертность от туберкулёза также демонстрирует снижение на 8,8% (с 12,5 до 11,4 на 100 тыс. – расчётный показатель смертности прошлого года), а с 2005 г., когда отмечался пик показателя (22,6 на 100 тыс.), смертность от туберкулёза снизилась на 49,6%.

Снижение заболеваемости и смертности от туберкулёза происходит по причине организации профилактических осмотров, быстрого выявления запущенных форм. Благодаря программе модернизации здравоохранения флюорография и компьютерная томография стали доступными методами обследования, что также улучшило выявляемость. Определённые меры принимались и по уменьшению заболеваемости среди мигрантов.

– Россия относится к группе стран европейского региона, которые испытывают достаточно высокое бремя этой инфекции, – считает специ-

альный представитель ВОЗ в Российской Федерации Луиджи Миглиорини. – Главной проблемой остаётся лекарственно устойчивый туберкулёз. Причин много, и одна из самых существенных – плохая диагностика. ВОЗ рекомендует более широко применять лабораторные исследования. И Россия уже пошла по этому пути. В регионах открываются новейшие лаборатории, способные быстро распознать тип возбудителя.

Корреспондент «МГ» поинтересовался у представителей Минздрава России, появились ли какие-то научные разработки в мире, позволяющие лечить туберкулёз более эффективно? И производятся ли препараты первого и второго ряда в России, насколько наша страна зависима от поставок их из-за рубежа?

– Как и раньше на первый план выходит химиотерапия. Если медики сталкиваются с запущенными случаями, то лечение может быть комплексным: хирургическим и одновременно консервативным, но с учётом бактериальной резистентности. С по-

явлением рекомендаций ВОЗ наша страна стала переходить на индивидуальные программы лечения. То есть сложная диагностика позволяет определить конкретный возбудитель и подобрать препарат, воздействующий непосредственно на него. Сегодня туберкулёз, действительно, достаточно долго лечится – от 6 месяцев (простые случаи) до 2 лет (более сложные). Есть и определённые проблемы в переносимости применяемых антибиотиков. Поиск новых молекул, новых оригинальных препаратов в научных лабораториях ведётся, чтобы сократить сроки лечения туберкулёза. И надо сказать, что впервые за 45 лет ВОЗ одобрила применение в лечении этой инфекции нового лекарственного препарата с принципиально новым механизмом действия. Хотя это зарубежная разработка, препарат будет выпускать и отечественный производитель.

Все препараты первого ряда лечения изготавливаются в России. Что касается лекарственных средств второго ряда, для лечения лекарственно устойчивого туберкулёза, они производятся за рубежом. И очень мало стран в мире, которые могли бы их выпускать на своей территории.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Трезвый образ жизни – цель столь же призрачная для многих людей, сколь и абсолютно нормальная, с точки зрения физиологии человека. И в этом кроется один из самых загадочных парадоксов не только медицины, но и социологии. В дискуссиях о том, что есть алкоголизм – слабование или заболевание – довольно давно поставлена точка. Чего не скажешь о поисках эффективного и, желательного, универсального медицинского пособия при этой форме аддикции. Каждый возглас «Эврика!» по данному поводу при ближайшем рассмотрении возвращает нас к известному наблюдению, что всё новое – это хорошо забытое старое, только в современном антураже. Краткий экскурс в историю осмысления проблемы и исканий способов борьбы с нею «от Ромула до наших дней» предлагается в этих заметках.

Откуда истоки?

Одним из лучших и по сей день, если не лучшим в целом, знатоком и экспертом в этой сфере можно по праву считать Владимира Рожнова (1918-1998). В сети приводятся вехи его жизненного и профессионального пути, среди которых и заведование с 1957 г. клиникой алкоголизма Института судебной психиатрии им. В.П.Сербского, и работа заместителем директора по науке там же. С 1966 по 1994 г. заведовал кафедрой психотерапии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей. Являлся руководителем Всесоюзного центра по психотерапии Минздрава СССР, и автором оригинального метода эмоционально-стрессовой психотерапии алкоголизма. Следует добавить, что в значительной мере именно его авторитетными усилиями в номенклатуре врачебных специальностей в 1985 г. появилась профессия врача-психотерапевта. Его «Руководство по психотерапии», редактором и соавтором которого он был, за вычетом идеологии того времени, остаётся настольной книгой многих врачей, психологов и специалистов смежных отраслей знания. Воспользуемся же этим кладезем фактов и научной мысли.

Метод тыка

«Лечением алкоголиков занимались ещё в глубокой древности. В античном мире, в Средние века доходило и до репрессивных мер, принимавших порой самые крайние жестокие формы. Людей, погрязших в пьянстве, подвергали пыткам, казнили. Но даже это не способно было остановить злоупотребление алкоголем. Тогда наряду с наказаниями, осуждением, осмеянием к пьяницам стали применять и лечебные меры. Многие знахари, в меру образованности и собственных умозрительных представлений, искали специфический «философский камень», который сможет исцелять алкоголиков от недуга. Логика была проста. Вино есть материальный субстрат, следовательно, материальным субстратом его и побеждать! Практически всё, что можно проглотить, вплоть до непищевых минералов, было испробовано в самых порой немислимых сочетаниях. В щадящих рецептурах это бывали корни переступня, папоротника, копетеня, бузиновой коры и др., настаиваемые на алкоголе. Другие врачи советовали подсыпать алкоголикам в водку тошнотворные и рвотные средства (ипекакуану, горечавку). Назначалось диетическое питание, доходившее нередко просто до несурзанности. Так, пропагандировалась «лимонная диета» с предписанием съедать по 2,5 кг лимонов в день. Полное отвращение, по крайней мере к цитрусовым, достигалось гарантировано. Пытались заменить пристрастие к алкоголю на влечение к другим возбуждающим средствам, например к кофе. Но все эти настои с настойками, микстуры и порошки, предлагавшиеся целителями в качестве средства от алкоголизма, лишь обогащали изобретателей этих «средств».

Личный опыт

Алкоголизм: от укоров — до кодирования

Что надо учить врачу-психотерапевту в условиях наших питейных обычаев и предрассудков



Не микстурой единой...

Уже в Древнем мире начало складываться мнение о том, что в лечении алкоголизма существенное значение имеют словесные воздействия в форме убеждения человека и разъяснения ему вреда, проистекающего от пьянства. Подобные высказывания встречаются в трудах Гиппократ и Авиценны.

В нашей стране первенство в этом вопросе принадлежит петербургскому врачу Христиану Витту, который в выпущенной им в 1834 г. книге «О белой горячке, или мозговой горячке от пьянства» писал: «Действовать психически на испорченную нравственность человека, особенно для предотвращения пагубных возвратов оной, столь же нужно, сколь необходимо бывает такому больному давать лекарство. На людей сих всякое слово в сём отношении действует сильно; в них не только легко возбудить возвышенные чувства, но они рады бывают, ежели кто с нежным участием входит в их несчастное положение. Они долго помнят делаемые им наставления, хотя не всегда и не скоро следуют оным, по причине порабощения их воли».

С полным правом можно считать пионером психотерапии алкоголизма другого петербургского врача, современника Х.Витта Марка Магазинера, предложившего свой способ отучения от пьянства путём замены алкогольных напитков дачей кофе. М.Магазинер утверждал: «Твёрдая и непоколебимая воля победить губительный позыв к неумеренному потреблению спиртных напитков есть основной камень этой нашей методы, а кофе суть вспомогательное

средство к довершению её прочности». К сожалению, способ не оказал заметного влияния на терапию алкоголизма и вскоре был оставлен, однако поиск действенных подходов к лечению алкоголизма продолжился.

В то время само слово «психотерапия» ещё не звучало в научном сообществе, но то, что было предложено в качестве базового принципа системы психических воздействий на алкоголиков,

сообщениями на эту тему уже в 1889 г. выступили Б.Синани и А.Успенский. Затем в 90-е годы позапрошлого века многие врачи-психиатры и интернисты активно занялись изучением и практическим применением гипноза и других методов психотерапии для лечения алкоголизма, среди которых были и А.Токарский, и В.Бехтерев. Большое внимание проблеме лечения алкоголиков в России

нозологии. Высказывая в труде прогрессивный для того времени взгляд на роль наследственности в развитии алкоголизма, которой, к слову, Токарский придавал очень малое значение, он в логической связи с этим воззрением обосновывает примат психотерапии в лечении пьянства над всеми другими методами. Так, он отводил особую роль внушениям в гипнозе. Отмечая, что нередко положительные

уделяли Пироговские съезды. В 1902 г. на VIII Пироговском съезде после доклада Е.Рига, посвящённого роли гипноза в терапии алкоголизма, развернулась дискуссия по вопросу о предпочтительности амбулаторного или стационарного метода лечения патологии. Следующий, IX съезд, проходивший в 1904 г., вопрос о лечении алкоголизма принял как программный. На нём же большинство выступавших высказались в пользу амбулаторного лечения.

Бесспорный приоритет в разработке методов коллективной психотерапии алкоголизма принадлежит отечественным авторам. В 1904 г. И.Вяземский первым применил коллективную гипнотизацию алкоголиков. По его методике больные, собранные в группу, гипнотизировались по очереди, на глазах у остальных присутствующих. Такая система позволяла повышать гипнабельность пациентов за счёт подражательного рефлекса и повышала внушающее воздействие слов врача на всю группу.

Однако всеобщее признание завоевала методика коллективной психотерапии алкоголиков, разработанная несколько позднее В.Бехтеревым. С модификациями и дополнениями она сохранилась в арсенале наиболее употребительных техник, применяемых и в наше время. Бехтерев строил свою работу с наркоманами вообще и алкоголиками в частности на принципе так называемой лечебной триады, которая, во-первых, состояла из психотерапевтической беседы о вреде алкоголя, сопровождавшейся демонстрацией наглядных таблиц и диапозитивов. Во-вторых, из сеанса гипноза, в котором принципы разъяснения и убеждения, составлявшие тему беседы, повторялись в виде мотивированных внушений. Наконец, в-третьих, больные обучались самовнушению (ауто-тренинг), с помощью которого они могли бы самостоятельно подкреплять полученное от врача положительное влияние. Сам Бехтерев придавал вопросам психотерапии алкоголизма такое большое значение, что сделал это темой своего программного доклада на I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в 1927 г.

Большие заслуги в разработке основ психотерапии алкоголизма принадлежат А.Токарскому. В 1896 г. он опубликовал работу «О лечении пьянства внушением», в которой даны краеугольные положения терапии этой

результаты достигаются после первого же сеанса гипнотерапии, он в то же время выступал против легкомысленного взгляда на возможность очень быстрого излечения от алкоголизма.

Его система психотерапии хороша тем, что требует как от врача, так и от пациента установок на серьёзную, методичную и продуманную совместную работу, требующую времени и большой самодисциплины. Система строится так, что первые сеансы гипнотерапии проводятся ежедневно, затем следующие через день, затем через 3-4 дня, затем по одному сеансу с увеличивающимися интервалами вплоть до года терапии. В течение этого срока больной не теряет связи с врачом, периодически получает от него психотерапевтическое подкрепление. Всё это, без чрезмерной опеки, дисциплинирует пациента, даёт ему возможность увериться в своих силах к самоконтролю, почувствовать свою самостоятельность. Таким образом, Токарский первым ввёл критерий, по которому можно судить о выздоровлении больного, – это воздержание от спиртных напитков в течение года. Этот взгляд в дальнейшем стал общепринятым. (В настоящее время говорят о стойкой ремиссии, когда воздержание составляет не менее 2 лет.)

В поисках лучшего

Определённым этапом в терапии алкоголизма стал предложенный в 1933 г. И.Случевским и А.Фрикеном способ лечения по методу выработки с помощью апоморфина условной тошнотворной реакции на запах и вкус алкоголя. Взяв за основу опыты Н.Подкопаева, авторы делали большим инъекцию 1%-ного раствора апоморфина и 3 минуты спустя давали 25 г водки. После 15-20 таких сеансов выработывалась прочная условно-рефлекторная негативная реакция на запах и вкус алкоголя. Эта методика породила ряд модификаций, которые существенно не отличаются друг от друга и основаны на павловском понимании природы образования условного рефлекса.

Однако нельзя забывать, что апоморфин, эметин и другие рвотные средства дают у одних больных очень тяжёлые вегетативные реакции и плохо переносятся ими, а другим они вообще противопоказаны, например, страдающим туберкулёзом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, язвой желудка, болезнями печени и почек, ли-

Лечение сном и во сне

Первое сообщение о лечении пьяниц гипнозом сделал в 1885 г. французский психиатр Voisin из Гренобля. В России применение гипноза в лечении алкоголиков привлекло внимание клиницистов после первых же зарубежных публикаций. С

цам преклонного возраста. Среди обращающихся за лечением алкоголиков немало людей с подобными противопоказаниями, поэтому поиски исследователей были направлены на такие модификации условно-рефлекторной терапии, при которых безусловные рвотные агенты исключаются. Эти стремления привели к созданию систем психотерапии алкоголизма, которая использует психические воздействия как для выработки эмоционально-отрицательной и тошнотно-рвотной условной реакции на вкус и запах спиртного, так и для воспитания и принятия трезвеннических установок и психологического отвержения к алкоголю и тем последствиям, к которым неизбежно приводит злоупотребление им. К такого рода модификациям относятся и широко распространённое так называемое кодирование. Термин был предложен выдающимся отечественным психотерапевтом А.Довженко.

Надо подчеркнуть, что в тех случаях, когда наблюдается тяжёлое состояние, обусловленное массивной алкогольной интоксикацией, и имеют место психопатологические нарушения в виде галлюцинаторных и тем более бредовых переживаний, началу всякой психотерапевтической работы должно предшествовать проведение дезинтоксикационной и лекарственной терапии. В дальнейшем, после минования острых проявлений болезни в форме продуктивной симптоматики, лекарственная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая и успокаивающая терапия должна применяться в тесном взаимодействии с психотерапией. Вообще, как правило, лечение алкоголиков, даже тех, у кого нет признаков выраженных психических нарушений, следует начинать с дезинтоксикационного курса, продолжающегося от одного до нескольких дней, и уже только после этого проводят собственно психотерапевтическое лечение, которое обычно занимает 1,5-2,5 месяца.

В психотерапевтических сессиях с первой же беседы врач должен стремиться к тому, чтобы завоевать должный авторитет в глазах больного – в этом существенный залог успеха. В общении с алкоголиком не следует сводить свою задачу к чтению скучных моральных наставлений, к осуждению и угрозам. Подобное он уже неоднократно выслушивал в семье и на работе. Да и сам алкоголик часто понимает такие прописные истины, что пить вредно и аморально, тем не менее он пришёл за помощью к врачу, от которого ждёт чего-то более действенного, чем повторение уже исчерпавших себя нравоучений.

С волками жить – по-волчьи выть?

Заканчивая рассмотрение базовых воззрений психотерапевтов на принципы безлекарственной коррекции поведенческих и психических реакций, связанных с употреблением алкоголя, нельзя не вспомнить ещё одно высказывание, которое приобрело значение крылатого и служит постоянно действующим указанием для всех работающих в этой области. Высказывание это принадлежит А.Певницкому, ученику В.Бехтерева: «Вылечить алкоголика – значит ведь, в конце концов, научить его жить трезво среди пьяниц. Такому больному надо дать разумное основание необходимой для него безусловной трезвости ... привить правильное убеждение, что жить трезво вполне возможно и хорошо, что все радости трезвенником ощущаются сильнее и что

люди пьют вследствие ложных, внушённых средой воззрений, то есть по невежеству или вследствие душевных недостатков».

Вопрос о полном прекращении употребления алкоголя, то есть об абсолютном и постоянном трезвенничестве, пожалуй, самый трудный и ответственный во всей проблеме борьбы с алкоголизмом. С одной стороны (это стало азбучной истиной со времён классиков психотерапии), следует требовать полного воздержания от употребления спиртного во избежание срыва и рецидива болезни, с другой – учитывать и психологические возражения, которые возникают у проходящего лечение, когда к нему предъявляются требования об абсолютном трезвенничестве. Лечение понимается ими как воспитание и тренировка воли, а раз так, то не является ли подобный запрет наглядным свидетельством недоверия к их воле, к тому, что они перестроились в своём отношении к вину, стали другими людьми. Несколько рюмок вина, к тому же изредка принимаемые, очевидно, не могут повредить здоровью. Зато они избавят от унижительных объяснений в обществе, почему от них столь упорно отказываются, поскольку такая позиция выделяет их среди людей, обращает на себя внимание присутствующих, невольно наводит на мысль, что они алкоголики, проходящие лечение, и им запрещено прикасаться к алкоголю. «До каких же пор, – задаётся человек вопросом, – должен действовать этот запрет?» Позиция полного воздержания в глубине души воспринимается ими как унижающая, ставящая их в положение вечно лечащихся, ущербных, дефективных людей.

Каждый врач-психотерапевт знает, какие трудности встают перед вылеченным алкоголиком, когда он возвращается в социум и начинает неизбежно сталкиваться с тем, что широко распространение в быту алкоголя в силу питейных обычаев и предрассудков ставит его в положение весьма затруднительное. Нередко на него со всех сторон наступают с настойчивыми уговорами по тому или иному поводу вновь приобщиться к спиртному. Это столкновение принципов, привитых во время лечения, с тем, что предьявляет ему жизнь, требует особых волевых усилий для противодействия наседающему со всех сторон искушению, и вдвойне прав тот психотерапевт, который, предвидя такую ситуацию, заранее выставляет против неё специальный барьер в виде соответствующим образом построенных внушений.

Главными факторами, обеспечивающими успех, как правило, выступают оздоравливающие мотивы несовместимости алкоголизации с продуктивным и творческим трудом. Не меньшие по степени важности – это долг по отношению к семье и обществу, к самому себе в смысле сохранения своего физического и психического здоровья, морально-социального, да и просто человеческого облика. Утверждение этих положений в эмоциях и сознании человека – есть противодействие отклонности к пьянству.

Юрий СУПРУНОВ,
заведующий лечебно-диагностическим центром
Новосибирского областного
госпиталя № 2 ветеранов войны,
врач-психотерапевт
высшей категории.

НА СНИМКЕ: до боли знакомая картина...

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Дежурный по номеру

Побольше нового о науке...

Профессор Виктор СЕВАСТЬЯНОВ только что вернулся из Италии, куда он был приглашён на консультацию в Международный реабилитационный детский центр, расположенный между Миланом и Лекко и созданный ассоциацией «Наша семья». В нём проводятся научные разработки при поддержке Миланского государственного медицинского университета. Известность волшебника из Йожкар-Олы, как его называют, давно перешагнула границы России. Из разных мест приводит горе людей в марийский Центр патологии речи и нейрореабилитации: Москва, С.-Петербург, Екатеринбург, Нижневартовск, Сахалин, Крым,

Вильнюс, Испания, США (где он почётный гражданин штата Мэриленд), Германия, Польша... Кстати, прежде всего о его работе с незрячими узнали за границей, а уже потом информация дошла до россиян. И вот уже более 30 лет Виктор Викторович дарит детям с тяжёлыми нарушениями зрения и слуха светлый луч надежды. Выписывая много лет «Медицинскую газету», он относится к профессиональному изданию с особым уважением и знает не понаслышке о ее востребованности среди медиков.

Читайте мнение дежурного о сегодняшнем номере.

– Статья «Врач будущего: каким ему быть?» посвящена материалам III Всероссийского форума студентов медицинских и фармацевтических вузов России. Очень важно, что этот форум проходил с участием министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, имеющей большой опыт преподавания в американских университетах и свободно владеющей английским языком, что является примером для врачей будущего. Вопросы, изложенные на форуме, их обсуждение, идеи и предложения, несомненно, заинтересуют читателей газеты.

Не пройдёт читатель мимо беседы Тимофея Козлова с академиком мирового уровня Александром Чучалиным «Живая материя форума». Для врачей будет интересно мнение о преступных группах, в частности в Ростове-на-Дону, когда было изъято 50 тыс. фальсифицированных препаратов для онкологических больных. Они в течение нескольких лет поставлялись в клинику России. Так же как и фирма В.Брынцалова производила под видом зарубежных препаратов фальсифицированные антибиотики, инсулин, который не удовлетворял стандартам и т.д. На этом он заработал миллиарды долларов, и я думаю, что необходимо выступить с инициативой в Государственную Думу о необходимости принятия жёсткого закона по отношению к производителям фальсифицированных препаратов, которые, к сожалению, поставляются и из-за границы.

В статье «Второе место по инсультам» В.Свального сообщается о пресс-конференции в Москве, о необходимости контроля МНО (международного нормализованного отношения). Определение МНО решает проблему в узкополосном аспекте. Малогабаритные приборы, созданные за границей, позволяют определять несколько параметров, себестоимость их составляет порядка 5 долл.



Но проблема эта должна быть решена с учётом системного подхода, который предлагал академик П.Анохин, а продолжает его научные исследования К.Судаков. Например, у мужчин проявления сердечно-сосудистых заболеваний начинается с сексуальной дисфункции, которая оказывает воздействие на нарушение функций гипоталамуса, а восстановление половой функции позволит нормализовать артериальное давление и предотвратить развитие инсультов и исключить использование медикаментов для лечения артериальной гипертензии.

Статья Алексея Папырина «Туберкулёзное отражение» даёт надежды врачам и пациентам на применение новых методов и медикаментов в лечении этого заболевания. Следует отметить, что страдающим туберкулёзом необходимо исследование полного иммунного и цитокинового статусов, ибо их коррекция и лечение позволяют более успешно проводить лечение этим пациентам.

Выступление Юрия Супрунова «Алкоголизм: от укоров – до кодирования» интересна с позиции врача-психотерапевта, но я думаю, что её надо было написать в более сжатом виде, ибо один только психотерапев-

тический подход к этим больным не решит серьёзной проблемы. Она требует серьёзного клинического исследования: электроэнцефалографии, МРТ головного мозга, исследования спермограммы, так как эти пациенты часто употребляют суррогаты алкоголя и наркотические смеси. За границей сейчас разрабатываются новые методы лечения для пациентов, страдающих данным заболеванием.

В статье Игоря Якушева «Четыре с половиной недоразумения» анализируются истории изучения шизофрении. Думаю, эту тему надо развивать и далее, и, конечно, исследуя аспекты этого заболевания с позиций результатов атомно-силовой микроскопии и изучения генома пациентов.

В заключение хотелось бы пожелать, чтобы статьи были более информативны, в них содержались бы патентные исследования по методам лечения того или иного заболевания, применяемым за границей. Разработаны новые технологии лечения с учётом последних научных достижений по исследованию генома и клеточных и субклеточных структур. Это позволит разработать более прогрессивные методы индивидуального лечения.

Профилактика

Клещи Приамурья «проснулись»

В связи с наводнением 2013 г., а также ранним потеплением этой весной клещи в Амурской области стали активными приблизительно на месяц ранее.

«Официально мониторинг мы начинаем с апреля, однако в этом году из-за тёплой погоды первые укусы зарегистрированы в марте. По прогнозу из-за прошлого года наводнения значительно увеличится численность грызунов, а между ростом их популяции и распространением клещей есть прямая за-

висимость», – сообщает Ирина Павлова, руководитель отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора в Амурской области.

Игорь Лоевец, заместитель главного врача Амурской областной инфекционной больницы утверждает, что вирусный энцефалит, который обитает на Дальнем Востоке, является самым агрессивным. «Очень высокая степень летального исхода при несвоевременном обращении к врачу – от 25 до 30%. Немало случаев, когда люди становятся инвалидами», – говорит он.

К слову, за последние 30 лет в Приамурье было зафиксировано более 450 случаев клещевых инфекций.

В 2014 г. планируется обработать специальными средствами около 240 га областных территорий, находящихся за чертой города. В первую очередь обработке подлежат детские лагеря и зоны, в которых наблюдается массовое скопление людей.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Мэр Нью-Йорка Майкл Блумберг потерпел поражение в попытке привить своим горожанам здоровый образ жизни. Его идеей было ограничить размеры стаканов со сладкими газированными напитками, продаваемыми в ресторанах и кинотеатрах. Об этом, кстати, с похвалой сообщала «МГ». Запрет, введённый г-ном Блумбергом, Верховный суд Нью-Йорка и отменил.

Популярное американское издание насмешливо называет Блумберга «нянькой общества, проводящего политику дискриминации в отношении бедных слоёв общества и меньшинств, которые тоже заслуживают права получать удовольствие».

Между тем, Блумберг-то прав. Общество должно бороться с ожирением, как борется с курением. Но свобода людей имеет первостепенное значение, считает издание, и идеальная политика должна быть, с одной стороны, эффективной, с другой – ненавязчивой. Мэру не удалось нащупать ту грань, которая отделяет нетерпимость от безответственности.

После того как запрет, введённый г-ном Блумбергом был отменён, мэр опубликовал данные исследования, в рамках которого эксперты изучили связь между

Взгляд

Фиаско Блумберга

«Бедные тоже заслуживают удовольствия»



развитием ожирения и употреблением сладких напитков, а также выяснили, где чаще всего их употребляют. В элитных районах уровень потребления подобных напитков довольно низкий, нетрудно догадаться, что самый высокий – в беднейших районах города.

Таким образом, существует очевидная связь между социальным статусом и состоянием здоровья. Специалисты назвали

это принципом Ллойда Блэнкфайна – председателя и генерального директора финансового гиганта Goldman Sachs. Он вырос в муниципальном жилом квартале и в прошлом страдал лишним весом. А теперь живёт в супер-престижном квартале рядом с Центральным парком. Когда его состояние начало расти, он сел на диету, занялся спортом и привёл себя в форму.

Общество стало бы намного здоровее, если бы все последовали его примеру, однако это невозможно. На практике люди любят сладкие напитки, жирную еду и дешёвый алкоголь и получают удовольствие от их употребления. По оценке Института финансовых исследований Великобритании, планируемый «налог на жир» обойдётся бедным в 7

раз дороже пропорционально их доходам, чем богатым.

Откровенные попытки заставить людей употреблять более здоровые еду и напитки практически бесполезны. В ноябре 2012 г. Дания отказалась от «налога на жир», который она ввела в 2011 г. и который касался продуктов с высоким содержанием жиров. Покупатели пытались обойти этот налог, пересекая границу со Швецией и закупая еду в магазинах там. Таким образом, введение этого налога привело к непредвиденным негативным последствиям.

Нью-йоркский запрет на продажу газированных напитков в бумажных стаканах объёмом более полулитра – это в 3 раза больше прежней стандартной порции – вряд ли можно назвать драконовской мерой. Эта мера не сможет помешать людям выпивать по литру кока-колы во время просмотра фильма в

кинотеатре или за ужином. Им просто придётся столкнуться с некоторым неудобством, покупая два стакана вместо одного.

Тем не менее такие незначительные меры, как изменение размера бумажного стакана, могут на первый взгляд выглядеть абсурдными, но зачастую они оказываются очень эффективными. Подобные подталкивания к здоровому образу жизни, очевидно, являются менее болезненными, чем законы, поскольку они всё равно оставляют людям выбор, нося при этом лишь рекомендательный характер. Необходимо иметь чрезвычайно веские причины для того, чтобы откровенно вмешиваться в выбор людей, особенно если это равносильно регрессивному подоходному налогу.

Свобода и социальное равенство предполагают, что правительства должны использовать самые ненавязчивые меры в решении подобных социальных проблем: сначала необходимо назвать вещи своими именами и пропагандировать здоровый образ жизни, а уже потом подталкивать к нему или что-то запрещать.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам
The New York Times.

Экспертиза

Разгадка — в крови

Американские исследователи разработали метод анализа крови, который с большой точностью предсказывает вероятность возникновения болезни Альцгеймера.

Учёные Джорджтаунского университета доказали, что повышенное содержание 10 видов липидов в крови позволяет с точностью до 90% прогнозировать наступление синдрома приобретённого слабоумия в ближайшие 3 года.

Результаты исследования подвергнутся проверке в ходе более широких клинических испытаний.

Болезнь Альцгеймера в настоящее время диагностирована у 44 млн человек в мире. К 2050 г., по прогнозам, эта цифра увеличится втрое. Скрытый период развития, когда симптомы заболевания никак не проявляются, продолжается более 10 лет. Врачи полагают, что трудность её лечения связана с тем, что медики начинают применяться на слишком поздней стадии.

Именно по этой причине разработка теста, который определяет риск дегенеративной деменции, имеет огромное значение для практической медицины.

В рамках продолжавшегося 5 лет исследования были проанализированы образцы крови 525 пациентов в возрасте 70 лет и старше. Анализы крови 53 пациентов, у которых возникли симптомы болезни Альцгеймера или мягкого когнитивного нарушения сравнили с показателями 53 пациентов, у которых не проявлялись признаки заболевания. Различия состояли в содержании 10 различных липидов, встречающихся в крови человека.

Эти результаты подтвердились при анализе образцов крови, взятых у других пожилых пациентов. Оказалось, что эти 10 показателей могут с большой степенью точности указывать на наличие риска заболеть старческим слабоумием в следующие 3 года. Но есть вероятность, что тест предсказывает риск заболевания ещё раньше. К

сожалению, пока неясно, что именно вызывает изменения в уровне липидов в крови; возможно, это побочные следствия изменений в мозгу.

Кстати, ранее «МГ» сообщала, что Британский совет по медицинским исследованиям представил химическое соединение, способное бороться с болезнью Альцгеймера и рядом других нейродегенеративных заболеваний. Эксперты уже назвали его «прорывом» в медицине. Испытания на мышах показали, что смерть клеток мозга от неизлечимых в данное время заболеваний нервных тканей можно предотвратить, применяя найденное вещество, сообщил Британский совет по медицинским исследованиям.

Однако предстоит ещё длительная работа по созданию лекарственных препаратов, которые смогут бороться с этим недугом.

Борис НИВКИН.

По материалам
Nature Medicine.

Однако

Британка Бет Уоррен через суд добилась разрешения на продление хранения замороженной спермы своего умершего мужа с тем, чтобы не быть ограниченной сроками при принятии решения о рождении ребёнка. Согласно вердикту Высокого суда Англии и Уэльса, срок хранения спермы продлён на 55 лет.

и яйцеклетки, в отсутствие официального обращения по этому поводу от донора, хранятся в течение 10 лет, после чего уничтожаются. При этом действующий закон, в принципе, разрешает хранить такой донорский материал в течение максимум 55 лет.

Поскольку сперма мужа Уоррен из-за отсутствия официального распоряжения донора

Время рожать

Муж 28-летней Бет Уоррен скончался от рака головного мозга в возрасте 32 лет в феврале 2012 г. Он заморозил свою сперму ещё в апреле 2005 г., накануне прохождения первого курса лучевой терапии, которая могла оставить его бесплодным. При этом выразил официальное согласие на использование супружеского его генетического материала для рождения их общего ребёнка или детей в случае его смерти.

Но мужчина не распорядился по поводу срока хранения спермы. Согласно правилам британского Управления по оплодотворению и эмбриологии человека (HFEA), замороженные сперма

подлежала деструкции в апреле 2015 г., женщина обратилась в суд с просьбой распространить действие закона на её случай. Она аргументировала своё обращение тем, что пока не может прийти в себя после смерти мужа и не готова родить ребёнка.

Судья Высокого суда удовлетворил просьбу Уоррен и рекомендовал HFEA продлить срок хранения спермы её мужа до апреля 2060 г. У HFEA тем не менее есть право на обжалование решения суда. Там уже заявили, что не хотели бы, чтобы случай Уоррен стал юридическим прецедентом.

Анна КРАСАВКИНА.

По информации The Daily Mail.

Ну и ну!

Правило «пяти секунд»

Быстро поднятое не считается упавшим?

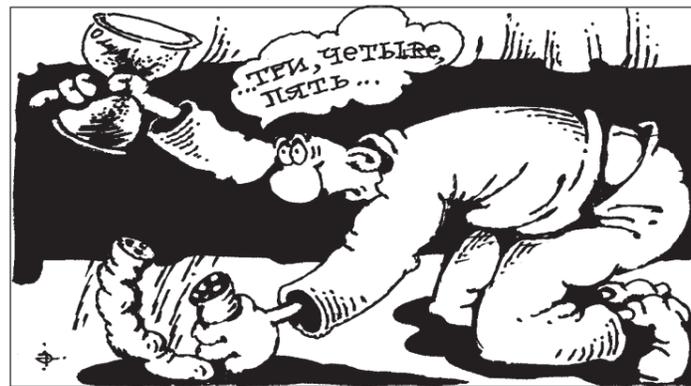
Студенты-биологи Aston University (Бирмингем, Великобритания) выяснили, что так называемое «правило пяти секунд» – городской миф о том, что упавшую на пол пищу, проведшую там менее 5 секунд, можно есть без особого ущерба для здоровья – действительно имеет под собой научное основание. Как оказалось, в процессе перехода бактерий с пола на упавшую еду продолжительность контакта и тип поверхности играют решающую роль.

Студенты – выпускники факультета биологии под руководством профессора микробиологии Энтони Хилтона провели мониторинг процесса заражения бактери-

ями Escherichia coli и Staphylococcus aureus различных видов пищи (тоста, пасты, бисквита и липкой конфеты), упавших на различные типы напольной поверхности (ковровое покры-

тие, ламинат и плитку), причём продолжительность контакта составляла от 3 до 30 секунд.

В результате оказалось, что время является существенным фактором в процессе, при этом в целом 5-секундный контакт с полом связан с очень низким риском инфицирования. Кроме того, значительную роль играет тип поверхности – если пища пролежала на полу более 5 секунд, она в наибольшей степени окажется обсеменённой бактериями в случае ламината



или плитки, и в наименьшей – в случае коврового покрытия.

Группа под руководством Хилтона также провела опрос по поводу распространённости привычки следовать «правилу пяти секунд». 87% опрошенных либо заявили, что с готовностью

подберут и съедят упавшую на пол еду, либо сообщили, что всегда так поступают. Примечательно, что более половины (55%) из ответивших таким образом были женщинами.

Ирина АНДРЕЕВА.
По информации Science.

Термину «шизофрения» чуть более 100 лет. В 1911 г. вышла монография швейцарского психиатра О.Блэйлера, где впервые было произнесено это слово. Учёный проанализировал многообразие симптомов заболевания, закономерности изменений психики и алгоритмы прогностики. Блэйлер применил психоанализ З.Фрейда к пациентам психиатрических стационаров, благодаря чему сформулировал критерии новой нозологической единицы – шизофрении, обратив внимание на своеобразное специфическое разобщение единства личности, внутреннюю противоречивость её психических процессов, использовал греческое слово «схизис» – «раскалываю» и метафору из идеалистической немецкой психиатрии первой половины XIX века, видевшую в гипнотическом воздействии на пациента искусственное расщепление личности. И тут первое (если считать в обратном порядке) недоразумение, сугубо филологическое. Слово «схизис», будучи написанным по-немецки, пишется через трифтонг «sch», который читается как «ш». Так шизофрения оказалась шизофренией.

Креативность или слабоумие?

Странным образом в этом термине отозвалось ещё одно греческое слово «диавол», включающее в себя приставку «диа», которая означает расхождение, раздвоение, разъединение. (В отличие от приставки «сим», означающей соединение, слияние, схождение – как, например, в слове «символ»).

Этимология термина вызывает ещё одно филологическое недоразумение: в сознании обывателя шизофрения идентична «раздвоению личности» – некорректной дефиниции диссоциативного расстройства личности. (Первое ошибочное употребление термина встречается в статье Т.Элиота в 1933 г.) Но это недоразумение – относительно небольшое, так что посчитаем его за половинку.

Блэйлер использовал идеи немецкого психиатра Э.Крепелина (1856–1926), который в течение некоторого времени был профессором психиатрии в Университете Дерпта (тогда – территория Российской империи). К выдающимся научным достижениям Крепелина относятся выделение им таких нозологических единиц, как маниакально-депрессивный психоз и Dementia praecox (раннее слабоумие), которое прежде считалось уделом именно молодых людей. В крепелиновском термине, состоящем из двух слов, две ошибки. И это – второе (с конца) недоразумение в истории шизофрении. Во-первых, слово «деменция» по отношению к шизофрении стоит применять лишь с комментарием, в котором следует упомянуть о том, что собственно абстрактное мышление, на основании оценки которого и определяется интеллект, при этой психопатологии не страдает, напротив – оно становится превалирующим. И именно это обстоятельство (как, впрочем, и шизофренические апатия, эмоциональная нивелировка, аутизм) затрудняет коммуникацию пациента с окружающими, не понимаящими его – именно в силу выраженного абстрагирования и субъективного символизма. Психологический тест оценивает интеллект, исходя из единственного варианта, который считается безальтернативным. И на вопрос «Что общего между апельсином и паровозом?» тест предполагает единственный правильный ответ: «Ничего», в то время как и то и другое – «имена существительные»; «в них по три слога»; «апельсин день и ночь растёт, а паровоз день и ночь работает»; и, наконец, «навоз», так как это слово «совпадает в одном из слов с паровозом, а для апельсина навоз необходим в качестве удобрения» (приведены реальные ответы больных шизофренией). Кто возразит против того, что эти варианты имеют право на существование и могут быть признаны верными? Не есть ли умение увидеть сходное в несопоставимом – признак креативности, а не слабоумия?

Далёкое – близкое

Четыре с половиной недоразумения

История изучения шизофрении таит в себе много сюрпризов



Помимо выделения маниакально-депрессивного психоза и Dementia praecox, Крепелин сумел решить грандиозную задачу ориентации психиатрии на нозологические единицы, подобные по чётким диагностическим критериям прогрессивному параличу: «Течение и исход болезни строго соответствуют её биологической сущности. Примером является прогрессивный паралич». Этот принцип обозначил победу в психиатрии нозологического принципа над симптоматологическим. «Учебник психиатрии» Крепелина с каждым последующим изданием становился всё более точным и чётким в плане создания системы. Она оказалась сродни таблице Д.И.Менделеева, дополняющейся новыми элементами и не меняющейся по сути. Немецкий врач отверг излишнюю детализацию, сохранив объективность, определив психическое расстройство как «закономерный биологический процесс». Несмотря на то, что классификация Крепелина была структурирована с опорой на синхронные материалистические научные приоритеты, его идеи не были встречены единодушным одобрением современников ему психиатров. Среди упреков научного содержания со стороны оппонентов, также придерживавшихся материалистических воззрений, одним из основных было замечание о том, что психиатрия Крепелина не слишком часто опирается на патологическую анатомию, хотя в числе сотрудников немецкого учёного был целый ряд выдающихся патологов.

Первое десятилетие XX века характеризовалось оживлением

психиатрических дискуссий между сторонниками Крепелина и его оппонентами (К.Бонгёффер, А.Гохе, Б.Штиллер), попытавшимися ревизовать нозологическую концепцию, отказаться от принципа причинности психических расстройств и говорившими о неправомерности применения терминов «раннее слабоумие» и «маниакально-депрессивный психоз».

От Кандинского к Блэйлеру

Французский психолог Т.Рибо (1839–1916) сформулировал Закон эволюции психических функций, согласно которому

маловыраженными признаками, что существует континуум переходных состояний от собственно шизофрении – к норме. В этих идеях Блэйлера получила новый импульс развития «малая психиатрия», занимающаяся проблемами пограничной патологии. Здесь можно увидеть и будущую концепцию вялотекущей шизофрении, ставшую логическим продолжением его идей.

Прежде Блэйлера и Крепелина о проблеме будущей шизофрении задумался русский психиатр В.Кандинский. В своей классификации психических расстройств (1882) он выделил

Помимо выделения идеофрении как нозологической единицы, Кандинский описал основные формы этого заболевания – простую, кататоническую, периодическую, острую с экспансивным бредом, хроническую галлюцинаторную (вялотекущую), состояние слабоумия, возникающее при хронической идеофрении. Он первым заметил, что основным при этой патологии является нарушение образного и абстрактного мышления (причём второе предшествует первому); показав таким образом алгоритм развития болезни – от интеллектуального бреда к чувственному. Кандинскому принадлежит наблюдение того, что идеофренический бред состоит из различных пропорций идей преследования и величия.

Очевидный, но какой-то не слишком отчётливый приоритет Кандинского – третье недоразумение, случившееся в истории шизофрении.

А ещё до Крепелина, Блэйлера и Кандинского проблемами этой патологии занимался немецкий психиатр К.Кальбаум (1828–1899), бывший до 1866 г. доцентом Кёнигсбергского университета (территория Российской империи). Изучая кататонические синдромы, он рассматривал определить в психиатрии новую нозологическую единицу. Незадолго до этого его единомышленник, немецкий психиатр Э.Хеккер (1843–1899) описал особую форму юношеских психозов, которой дал название гебфрении (1868). (Геба – богиня юности в Древней Греции).

В 1879 г. К.Кальбаум опубликовал монографию «Клинико-диагностические точки зрения в психопатологии», где сформулировал свои основные нозологические критерии. Он проследил переход и трансформацию одних симптомов или фаз заболевания в другие, сделав вывод о том, что каждая из этих форм является не отдельной нозологической единицей, но – симптомокомплексом, звеном в цепи единого заболевания. Кальбаум намеревался разрешить проблему диагностики и систематизации психических расстройств, обозначив термином «симптомокомплекс» те формулировки диагнозов, которые ставились его современниками и предшественниками. Находясь на биологических позициях материалистов, он предлагал выяснять этапность, преемственность и последовательность чередования клинических феноменов внутри единого заболевания, учитывая континуум его развития.

Каждый исследователь стоит на плечах предшественников, и именно поэтому он видит дальше них. Но возникает вопрос: с какого именно момента можно считать открытие совершившимся? С того ли, как исследователь даёт ему имя? Едва ли: Америке дал имя А.Веспуччи, и мы знаем об этом историческом недоразумении. После сопоставления дат и событий, касающихся изучения шизофрении, создаётся впечатление о том, что и в этом случае произошло досадное и несправедливое недоразумение, а идеофрения Кандинского оказывается в том же ряду, что и «электрическая свеча» П.Яблочкова, придуманная на 3 года раньше лампы накаливания Т.Эдисона, и радио А.Попова, передавшее сигнал на год раньше, чем оформил свой патент Г.Маркони.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментального здоровья.

Северный государственный
медицинский университет.

высшие психические функции (интеллект, нравственность) нарушаются вследствие психопатологии в первую очередь. Высшее и низшее были в одно и то же время понятиями морали и физиологии. Они служили связующим звеном между старой психологией и христианскими идеями о контроле мозга над телом, с одной стороны, и новыми физиологическими идеями о контроле мозговых полушарий над нервной системой – с другой.

И ещё одна важная идея появилась в эти годы. Французский физиолог К.Бернар (1813–1878) говорил о том, что нет никакой принципиальной разницы между болезнью и здоровьем. Эта позиция берёт начало в философии французских материалистов. Ещё Д.Дидро говорил о психической патологии, в результате которой «...появляется, с одной стороны, гений, а с другой – умалишённый». «Где граница между здоровьем и психической болезнью?» – вопрошал и русский психиатр В.Кандинский, считавший, что «между нормальным умственным состоянием и полным сумасшествием существует длинный ряд промежуточных состояний... Что такое психическая болезнь, так же трудно определить, как и определить, что такое психическое здоровье». Континуальный ряд состояний, плавно переходящих друг в друга, стал концепцией материалистов. Такая точка зрения позволила начать внимательное изучение пограничной психиатрии. И эта позиция парадоксальным образом соотносилась с идеалистическим учением Ж.Ламарка о Природе как непрерывных рядах изменяющихся континуумов, в которых любая система – лишь искусственная классификация, принятая для удобства исследования.

В своей концепции шизофрении О.Блэйлер расширил крепелиновское понятие Dementia praecox, включив в него и стороннюю психическую патологию: алкогольный параноид, отдельные случаи истерии и даже неврастении. Швейцарский врач считал, что шизофрения чаще протекает в скрытых формах с

понятие «идеофрении», по сути идентичное шизофрении. Русский психиатр и прежде занимался проблемами, имевшими отношение к идеофренической шизофрении. В 1880 г. он опубликовал описание собственной болезни – «К учению о галлюцинациях», где представил этот синдром на основе интроспекции с последующим анализом проблемы: «Имея несчастье в продолжение двух лет страдать галлюцинаторным помешательством и сохранив после выздоровления способность вызывать известного рода галлюцинации по произволу, я, естественно, мог на себе самом заметить некоторые условия происхождения чувственного бреда». В 1881 г. вышел немецкий перевод этой книги, получивший позитивный отклик в европейской литературе.

В психиатрии есть понятие «криптомнезия» – нарушение памяти, проявляющееся отчуждением или присвоением воспоминаний. Одним из её вариантов являются «присвоенные» воспоминания, когда увиденное, услышанное или прочитанное кажется больному событием, имевшим место в его собственной жизни. К одной из разновидностей криптомнезии относится истинная криптомнезия (патологический плагиат) – расстройство памяти, в результате которого пациент присваивает себе авторство чужих трудов. История идеофренической шизофрении несколько напоминает данный клинический феномен.

В своём основном труде «О псевдогаллюцинациях» Кандинский провёл ставший классическим дифференциальный диагноз псевдогаллюцинаций и истинных галлюцинаций, что имеет, как мы теперь понимаем, прямое отношение к диагностике шизофрении. В 1886 г. было принято решение о публикации этой работы за счёт С.-Петербургского общества психиатров, но она не была напечатана из-за отсутствия средств. Дело ограничилось публикацией выводов монографии в журнале «Медицинское обозрение». Но книгу удалось опубликовать на немецком языке в Берлине. Не был ли случайно её внимательным читателем Ойген Блэйлер, считающийся отцом термина «шизофрения» и критериев диагностики этой психопатологии?

Обычно, выходя из операционной, он проверял себя: «Который сейчас час? – подумал как обычно. – Приблизительно половина второго...» В ординаторской, сняв халат и сменив влажную зелёную футболку на свежую, он прошёл к столу, расслабился, откинувшись на спинку стула. Самое время перекусить, решил Иван Осипович, и тут увидел на перекидном календаре листок бумаги.

«Ваня, срочно позвони домой», – было написано готически-высоким аккуратным почерком Виктора, их заведующего. Едва Терентьев набрал номер, как услышал встревоженный голос жены:

– Иван, придёт тебе съездить в деревню. С утра соседи звонили, говорят стекло на за- дах выбито и окно распахнуто.

В электричке Иван Осипович подремал: всё-таки за сутки три операции. Все разные – ущелённая грыжа, аппендицит, язва с желудочным кровотечением. Как принято говорить – полный хирургический набор.

...Дом в деревне Бекетово он купил вскоре после перестройки. Приобретение собственной недвижимости оказалось удачным: от станции каких-нибудь двадцать минут ходу, и сруб поставлен на совесть, лет шесть назад, – возраст для дома детский, точнее младенческий.

Весенний день выдался ясным и солнечным. Иван Осипович с километр шёл краем леса, пересёк шоссе и, увязая во влажной просыпанной земле, задами вышел на свой участок. Под ногами шуршали и похрустывали перезимовавшие сухие листья, желтоватая трава, но мелко-зелёная россыпь уже дерзко пробивалась вокруг.

Окно задней, скрытой от людского взора стены, действительно было разбито. Он увидел приоткрытую створку окна, а левее – разобранную кладку веранды. Большой навесной замок на двери был целым, но рядом около щеколды виднелся продольный отщеп. Древесина желтоватая, не потемневшая, следовательно свежая.

«Начинали с двери, а влезли через окно или подвал, – прикинул он. – Надо вызывать милицию». Из сельского магазина Иван Осипович позвонил в райотдел, сообщил о случившемся.

Около часу дня на желтоватом дребезжащем газике подъехали трое. Следователь милиции – невысокая полноватая блондинка в форме капитана и двое молодых ребят в штатском. Тот, что повыше, – эксперт-криминалист, другой – из уголовного розыска. Отперев замок, вошли в дом.

– Да-а-а-а... – протянул Иван Осипович и, опешив, застыл в молчании.

Открывшаяся взору картина поражала. На столе веранды, на тумбочке и шкафчике для посуды в беспорядке, вперемешку с остатками заплесневевшей

На литературный конкурс

Марк ФУРМАН

Швейцарский нож

Рассказ



еды валялись бутылки из-под дешёвого вина, грязная посуда, с десятком окурков. На дне стаканов коричневатыми озерцами застыло недопитое какао, разорванная пачка из-под которого валялась тут же на полу.

Обстановка в двух других комнатах также мало отличалась. Тоже полный беспорядок, выброшенные из комода вещи, постельное бельё, обувь. Около распахнутой печной дверцы раскрытая банка зелёной краски и пустая бутылка из-под растворителя. Похоже, столь варварским способом злоумышленники пытались оживить занимавшую полкомнаты русскую печь. В ней – гора пепла, несколько обгоревших поленьев. Рядом на полу лежала баночка из-под детского питания, пробитая сверху ударом, похоже его, Терентьева, охотничьего ножа.

Между тем милиция довольно рьяно приступила к работе. Следователь, перейдя из веранды в комнаты, писала протокол. Криминалист, последовательно сфотографировав всё мелким и крупным планом, начал снимать с предметов – бутылки, стаканы, прочего стекла отпечатки пальцев. Коренастый крепыш из уголовного розыска пошёл опрашивать соседей.

Исписав мелким убористым почерком пару страниц, блондинистая следователь вспомнила о хозяине:

– Подытожим, гражданин Терентьев. Что из вещей пропало и во что вы их оцениваете? Необходимо установить материальный ущерб.

Иван Осипович соображал: – Нет пары ножей. Один – охотничий, тот, которым банка пробита, другой – швейцарский, перочинный. Я его здесь с осени забыл, да так и не удо-

сужился подъехать. Телевизор разломан.

– Во сколько всё оцениваете? – Охотничий рублей пятьсот. Второй – красавец, из швейцарской стали, с двумя лезвиями, отвёртками и прочей начинкой, говорят, тысячи две с половиной стоит. Ну и телевизор на пару тысяч потянет.

– Остановимся на четырёх тысячах. Официальное заявление писать будете?

– Обязательно, как положено. Он вспомнил совет дежурившего с ним анестезиолога Выдренкова. Тот, мужик тёртый, из военных врачей, за ночь его не менее трёх раз наставлял:

– Заявление, Иван, не стесняйся, пиши. Не напишешь – и искать не будут. Голову на отсечение пока не отдам, поберегу, а вот язву мою, что не даёт покоя больше тебе, режь хоть завтра, без промедления...

На майские праздники всей семьёй приводили дом в порядок. Мыли, расставляли, стирали, выбрасывали. В ходе этой уборки за печью обнаружили разношенные кроссовки 38-го размера, почти новая зимняя ушанка и отрезанные сантиметров на десять куски от штанин джинсов светло-зелёного цвета. Всё – чужое. Радостно-возбуждённый Иван Осипович сложил найденное в полиэтиленовый пакет и понёс в милицию.

– Ты не права, Людаша, – упрекнул он дочь на пороге. – Это не какое-то там дерьмо, а вещественные доказательства. По этим вещам, вкупе с отпечатками, коих миллион, окурками и прочими уликами, преступников установят быстро и оперативно. Похоже, какие-то пацаны в дом забрались.

А неделю спустя Терентьев извлёк из почтового ящика

конверт со штампом райотдела милиции. На листочке из школьной тетради в клетку было написано: «Сообщаю, что Каменским РОВД по Вашему заявлению проведена проверка. В возбуждении уголовного дела отказано. Начальник Каменского РОВД, п/п-к милиции Находкин».

Диссонансом с извещением оказался сам конверт, праздничный и нарядный. В правом углу его значилась надпись «С праздником Пасхи» и яркий рисунок: на голубой крахмальной салфетке – кулич, горка разноцветных яиц, веточки весенней вербы в изящной вазочке. На фоне содержания конверта картина выглядела, прямо скажем, издевательски.

Несколько дней Терентьев носил милицейский ответ в дипломате. На очередном дежурстве показал «документ» Выдренкову.

– А что я, Осипыч, говорил, – усмехнулся анестезиолог. – Не искали и искать не будут. Таких, как ты, по нашей матушке России не один миллион наберётся. Вот ножики твои, действительно жалко. Нужная вещь, а сталь – получше скальпеля. Чем мы теперь лимон тоненько нарежем, опять же колбаску, если её грамм двести на четверых...

...Прошёл май, наступило жаркое засушливое лето. Но среди массы забот в больнице и дома, то апрельское нашествие занозой тревожило душу Терентьева. В дом забрались подростки, это ясно. Наверное, нахулиганила ребятня из интерната или пригородного детдома. Отпечатки пальцев малы, обувь тоже небольшого размера, отрезанные манжеты брюк. Ножи мальчишек заинтересовали – факт, а вот дорогую фаску, которую божжи или алкоголики наверняка прихватили бы, не тронули. Опять-таки пили не чай, а какао...

Протест нарастал. Иван Осипович решил действовать, философствование и бесконечные думы мало чем помогали. В августе долгожданный отпуск, тогда-то он сходит из Бекетова в детдом, интернат, займётся, что называется, частным расследованием. Надо только из милиции всё забрать. Без улик злоумышленников вряд ли удастся определить. Он позвонил в райотдел, следователю Березовской, которая тогда выезжала на происшествие, что зайдёт за вещами.

– А мы вещдоки уничтожи-

ли, – ответила она. – Кабинет и так весь забит, хранить негде.

– А банка, пробитая ножом? – Тоже выкинули. Вам акт дослать или на слово верните?

Искать стало действительно некого. Круг замкнулся.

...Поздней осенью в ночное дежурство Ивана Осиповича вызвали в приёмный покой. «Скорая» из района привезла подростка с подозрением на острый аппендицит. На кушетке лежал худенький рыжеволосый мальчишка, с бледным от боли лицом. Едва коснувшись втянутого, твёрдо-напряжённого живота (симптом Щёткина – Блюмберга налицо), Терентьев отправил его в операционную.

Случай выдался не из простых: аппендикс располагался не спереди, как обычно, а сзади кишечника. Произошёл его прорыв, в брюшную полость излилось много гноя. Хирурги возились около двух часов, пока не убедились, что всё сделано достаточно надёжно.

После обеда Иван Осипович зашёл в палату посмотреть прооперированного. Мальчик спал. Доктор с удовлетворением взглянул на белокожее веснушчатое лицо, едва до- тронувшись до руки, сосчитал пульс.

«Похоже, пойдёт в порядке, без осложнений», – решил он. Поправил сползшее одеяло, рассеянным взглядом скользнул по тумбочке. За стаканом с водой он увидел изящный складной нож красного цвета. Рука потянулась к нему. Ещё не коснувшись «швейцарца», Иван Осипович интуитивно почувствовал, что это именно его нож. Осмотрел – все приметы налицо: сломана тоненькая пружинка у ножиц, нет двух средних зубцов у пилочки, уничтоженных шестилетним внуком, пытавшимся перепилить гвоздь, в узком коридорчике рукоятки отсутствует зубчик.

Минуты две Терентьев вертел нож в руках. Смотрел то на спасённого им больного, то на неожиданно найденную и дорогую сердцу вещь. В это время, приоткрыв дверь, медсестра позвала его к телефону. Иван Осипович положил нож на место, туда же, за стакан, и, сжав в кармане халата до боли в пальцах стальной овал стетоскопа, вышел из палаты. Владимир.

ОБ АВТОРЕ. Марк Фурман – автор многих художественных и документальных произведений, опубликованных на страницах центральных и региональных изданий. Они подкупают глубоким знанием жизненных реалий, в том числе медицинских проблем. Ведь Марк Айзикович давно работает судебно-медицинским экспертом во Владимирской области, кандидат медицинских наук.

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: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
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 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда» 123007 Москва Хорошёвское шоссе, 38, Тел.: (495) 941-28-62, (495) 941-34-72, (495) 941-31-62 http://www.redstarph.ru E-mail: kr_zvezda@mail.ru

Заказ № 1916.
Тираж 36 335 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Хануа (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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