

Медицинская

2 октября 2015 г.
пятница
№ 74 (7596)

Газета®

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

Наши коллеги

Множатся мастера «ВЫСШЕГО пилотажа»

Лапароскопическую операцию по удалению желудка впервые провели врачи Забайкальского краевого онкодиспансера

Первую в крае лапароскопическую гастрэктомию выполнил ординатор отделения торакоабдоминальной хирургии Валентин Козлов. 62-летнему пациенту в процессе операции был удалён желудок, поражённый злокачественной опухолью, и лимфоузлы. Сегодня медики уже говорят о дальнейшем благоприятном прогнозе, при котором не потребуются даже химиотерапевтическое и лучевое лечение.

— Пациенту со II стадией рака желудка была лапароскопически выполнена гастрэктомия. На 7-е сутки пациент выписался с хорошими анализами. Чувствует он себя удовлетворительно, прогноз благоприятный, — рассказал главный онколог Министерства здравоохранения Забайкальского края Михаил Пимкин.

Подобные операции на других органах в этом учреждении уже давно не редкость, их регулярно выполняют 8 специалистов, и осуществляют они уже в течение нескольких лет. Эндоскопическим направлением здесь занимаются всерьёз, особенно последний год, за который число подобных вмешательств значительно выросло.

В настоящее время в диспансере проводятся аналогичные вмешательства по удалению предстательной железы, матки, толстой кишки, резекции прямой кишки, а также по удалению доли лёгкого — две такие уникальные для региона операции проведены недавно в диспансере с хорошим результатом для пациентов. Убрать поражённый орган лапароскопическим доступом среди хирургов считается, как известно, «высшим пилотажем». Для выполнения такой операции требуются и высокие хирургические навыки, и немалый опыт выполнения подобных вмешательств.

(Окончание на стр. 2.)



Оперирует Валентин Козлов (справа)

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

Сотрудничество

Подарок для печени

Итогом российско-британского научного исследования в перспективе может стать появление нового лекарственного препарата — альтернативы хорошо известному парацетамолу. Причём замена имеет шансы стать оправданной из-за предположительно меньшей гепатотоксичности.

Во всяком случае, такой прогноз пока делают учёные Новосибирского государственного университета и Эдинбургского университета (Великобритания), которые, работая совместно, впервые получили и описали новый

полиморф метациетамола, структурного изомера парацетамола.

— Хотя в данном исследовании преследовались исключительно научные цели, получение новых полиморфов представляется важным и с практической точки зрения, например, для последующего использования в фармацевтике. У полиморфов одного и того же вещества может быть разная растворимость, биологическая активность, твёрдость, способность к прессованию и т.д. Соответственно, от этих показателей будет зависеть эффективность лекарственного препарата, форма

выпуска, — поясняет один из участников международной исследовательской группы, научный сотрудник НГУ Денис Рычков.

Авторы находки подчёркивают: пока рано говорить о том, насколько новый полиморф метациетамола может быть предпочтителен для использования в фармацевтике в сравнении с уже известным парацетамолом. Исследования будут продолжены. В то же время сам факт полиморфизма метациетамола и получение его нового полиморфа открывает возможность дальнейшего поиска оптимальных форм этого вещества, пригодных для создания лекарств.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Ольга АВАНЕСЯН,
министр здравоохранения
Тульской области:

Желающих работать в глубинке действительно не много.

Стр. 5



Евгений ШЛЯХТО,
президент Российского общества
кардиологов, академик РАН:

Стратегическое направление общества — поддержка молодых специалистов.

Стр. 11

Сергей КАЛАШНИКОВ,
председатель Комитета Госдумы РФ
по охране здоровья:

Наш комитет готовит законопроект, который передаст полномочия по регулированию рынка БАД из Роспотребнадзора в Росздравнадзор.

Стр. 12



Деньги

Есть что скрывать...

Почти 50% субъектов РФ нарушают антикоррупционное законодательство, не декларируя доходы главных врачей. Согласно данным мониторинга Общероссийского народного фронта (ОНФ), почти в половине российских регионов не были обнаружены декларации о доходах руководителей медицинских учреждений.

При этом в ОНФ выяснили, что у 48 руководителей медучреждений доход за 2014 г. превысил 5 млн руб. В среднем в России годовой доход главного врача составляет около 1,3 млн руб., а средняя годовая зарплата врача в 4 раза меньше — 361 тыс. руб. (исходя из средней месячной зарплаты 30 тыс. руб., по данным Росстата).

Активисты ОНФ проанализировали информацию с 85 сайтов региональных министерств и департаментов здравоохранения — на 40 из них не были обнаружены декларации за 2014 г. Декларации о доходах главных врачей отсутствовали на сайтах 66 регионов. «Активисты ОНФ, проводившие исследование, также столкнулись с рядом трудностей — во многих случаях опубликованные сведения о доходах были размещены в труднодоступных разделах сайтов, декларации заполняются не единообразно, как того требуют правила, а по разным формам, которые порой значительно отличаются друг от друга», — говорится в сообщении народного фронта.

В связи с этим, сообщается на сайте ОНФ, активисты движения направят обращения в регионы

с требованием исполнить антикоррупционное законодательство. «Нужно принять меры по устранению этих перекосов. А также навести порядок в декларировании доходов руководителей медорганизаций. Мы обратимся к губернаторам с просьбой устранить нарушение антикоррупционного законодательства местными минздравами», — заявила сопредседатель центрального штаба ОНФ, руководитель рабочей группы «Общество и власть: прямой диалог» Ольга Тимофеева.

На сайтах отсутствовали декларации за 2014 г. в республиках Башкортостан, Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Карелия, Коми, Марий Эл, Северная Осетия — Алания, Татарстан, Тыва, Хакасия, Чеченская, Чувашская, в Алтайском, Камчатском, Красноярском, Хабаровском краях, Брянской, Вологодской, Воронежской, Кировской, Липецкой, Московской, Новгородской, Омской, Орловской, Пензенской, Ростовской, Рязанской, Сахалинской, Смоленской, Тульской, Тюменской, Ярославской областях, Ханты-Мансийском, Чукотском, Ямало-Ненецком автономных округах.

Анализу подвергся также средний годовой доход главного врача в стране: были изучены более 4 тыс. деклараций.

Минздрав России несколько лет назад выступал с предложением установить максимально возможную разницу между руководителями медучреждений и рядовыми врачами — в 8 раз.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Новости

Ректорский грант — молодым учёным

В Алтайском государственном медицинском университете объявлен конкурс на соискание гранта ректора. Общий размер грантового фонда составляет 500 тыс. руб. Претендовать на получение средств могут научно-педагогические работники, аспиранты не старше 40 лет, а также ординаторы, интерны и студенты АГМУ.

Подобный конкурс объявлен впервые по инициативе ректора Игоря Салдана для поддержки научных исследований и инновационных проектов, приоритетных для развития как научного потенциала вуза, так и здравоохранения Алтайского края.

На конкурс «Грант ректора АГМУ» могут быть представлены и индивидуальные и коллективные (до 5 человек) проекты. Имена первых получателей гранта ректора станут известны в декабре, когда состоится защита проектов, прошедших первый этап отбора. Затем проекты-победители рассмотрит учёный совет АГМУ, который примет окончательное решение.

— Будут приниматься заявки на проекты как в фундаментальной сфере, так и носящие прикладной характер, при этом исследования, имеющие ценность с точки зрения применения в практическом здравоохранении, получат при оценке дополнительные баллы, — говорит начальник отдела инновационного развития АГМУ кандидат медицинских наук Анна Каркавина.

Елизавета ГУНДАРИНА.

Барнаул.

В защиту нерождённых

В Челябинской области проходит традиционная акция «В защиту нерождённого ребёнка», посвящённая профилактике аборт и пропаганде осмысленного подхода к планированию семьи.

В областных учреждениях здравоохранения формируются лекторские группы из акушеров-гинекологов кабинетов охраны здоровья семьи и репродукции, специалистов центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Такие же группы рекомендовано сформировать в муниципальных образованиях на территории региона.

— С помощью лекторских групп Минздрав Челябинской области планирует в течение октября провести обучающие семинары в школах, среднеспециальных и высших образовательных учреждениях, на территории родильных домов, женских консультаций на тему здорового образа жизни, о вредных привычках, предупреждении наступления нежелательной беременности. Кроме того, будут организованы телефоны горячей линии по вопросам планирования беременности и контрацепции, — сообщила начальник Управления организации медицинской помощи детям и матерям регионального Министерства здравоохранения Людмила Подлубная.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

Наши коллеги

Множатся мастера «высшего пилотажа»

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Учитывая количество пациентов, проходящих через отделение, потребность в данных операциях в Забайкалье довольно высокая — ежегодно в диспансер поступают 100-120 больных, у которых диагностируются онкологические заболевания желудка, половине из них требуется гастрэктомия. В связи с этим лапароскопические операции по удалению желудка в диспансере планируют развивать и дальше, хотя поточными они не станут — как и в других российских регионах, где проводятся такие вмешательства. Их нельзя проводить всем пациентам подряд или планировать заранее, ещё на догоспитальном этапе — только по показаниям, после того, как медики тщательно взвешают все «за» и «против». Специалисты считают, что и в дальнейшем такие операции необходимо проводить только в условиях диспансера, поскольку

рассчитаны они в первую очередь именно на пациентов с онкологическими заболеваниями.

Сегодня в Забайкальском краевом онкологическом диспансере сформировалась сильная команда хирургов, не только умеющих грамотно проводить подобные операции, но и понимающих все их преимущества для пациентов, поэтому такие вмешательства выполняются сейчас практически во всех отделениях диспансера — их широко используют урологи, гинекологи, колопроктологи. Если ещё совсем недавно все они проводились только на центральных базах, а пациенты теряли время и деньги, то сегодня можно говорить о том, что, осваивая подобные вмешательства, забайкальские онкологи подходят к уровню федеральных клиник.

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ.

Чита.



Не Бог, не Дьявол: я врач. К.Г.Славский «Записки земского врача» и В.И.Шапкин «Белый врач из красного СССР». Жестокая мемуарная правда и рабская социальная доля практических врачей медицинского века России и СССР 1890-1990 гг. Их учёба в Сибири, работа на Урале, в средней полосе и на юге России, в Москве. Коллекционное иллюстрированное издание, формат А4, объём 520 стр. М., 2015 г. Тираж нумерованный, 50 экз. Исключительно для врачей, преподавателей и студентов медвузов. Заказ: 143395 МО, Нарофоминский р-н, с.Петровское, 78, Музей Радио. E-mail: museumradio@rambler.ru, 8-905-740-09-43 Оплата в рублях соответственно по эквиваленту \$30.0 USA, исходя из текущего курса рубля. В Москве книга от автора.

Признание

Дорогой памяти

В Гавриловском районе Тамбовской области земляки установили памятник доктору Баскакову

Ещё при жизни главный врач Гавриловской ЦРБ Николай Баскаков создал себе нерукотворный памятник. По рассказам знавших его людей, это был доктор, что называется, от Бога. Окончив в 1954 г. Саратовский мединститут с красным дипломом, вернулся на свою малую родину. Через 4 года на целых 45 лет возглавил медицинскую службу района. Эти годы стали в биографии Николая Павловича временем беззаветного служения людям.

«Светлая голова, ясный ум, доброе и отзывчивое сердце, золотые руки хирурга», — как о ныне живущем, отзывается о нём бывший председатель местного колхоза Алексей Косов.

«Моя дочь Валентина, как говорят в таких случаях, на ладан дышала, — рассказывает Александр Антипов, 30 лет проработавшая под его началом санитаркой. — Так вот спас её от верной гибели наш дорогой Николай Павлович. А у неё — дети мал мала меньше».

К народному доктору ехали больные из соседней Пензенской области. И всех он принимал, излечивая человеческие недуги. Об этом можно было услышать из уст бывших пациентов врача из тамбовской глубинки, которые выступали на открытии памятника этому замечательному человеку.

С памятника спадает покрывало, и взору многочисленных жителей района, села Первая Гавриловка, гостей и приглашённых предстаёт скульптурное изображение. «Похож! Вылитый доктор Баскаков!» — проносится в толпе.

В дипломе Николая Павловича была прописана его специальность — хирург, но он был универсалом, можно сказать, настоящим земским доктором. «Главный врач стал в первые годы моей работы и наставником и вторым отцом», — поделился своими воспоминаниями нынешний главный врач ЦРБ Юнус Басиров.

Помимо врачебного многими талантами обладал Николай Павлович. Например, непревзойдённо играл на саратовской гармонике и исполнял частушки собственного сочинения. Это в часы досуга, что редко выпадали в его жизни и могли неожиданным образом прерваться в связи с вызовом на очередную срочную операцию.

Труд врача высоко оценили, он был удостоен нескольких правительственных наград, медали «За



Бывшие пациенты до сих пор благодарны доктору за исцеление

заслуги перед отечественным здравоохранением», званий заслуженного врача Российской Федерации, почётного гражданина Гавриловского района. Помимо активной медицинской деятельности Николай Баскаков проявил себя неутомимым общественником, будучи неоднократно избранным в состав сельского и районного советов депутатов.

Он любил людей и свою малую Родину. По воспоминаниям сына, Александра Николаевича, который, кстати, пошёл по стезе отца, в гости к Николаю Павловичу частенько приезжали светила медицины страны: академики В.Савельев, Ю.Лопухин, Н.Лопаткин, известный педиатр В.Таболин. Его не раз приглашали на работу в Тамбов и Москву, но он всю жизнь оставался верен гавриловской земле.

Автору этих строк удалось запечатлеть неприметную для всех сцену, когда при церемонии возложения цветов одна из женщин поцеловала постамент. «Наверное, пациентка доктора», — подумалось. Их оказалось несколько. Вот уж, поистине, не зря прожил жизнь доктор Баскаков, «живой» и уважаемый по сей день. Один из выступающих на торжестве отметил, что к этому памятнику не зарастёт народная тропа. По обстановке, что царил на открытии монумента, чувствовалось, не тропа, а широкая дорога будет всегда вести к памятнику этого настоящего Доктора, Гражданина, Человека.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбовская область.

Фото автора.

Акции

Экспедиция «Рубежи России»

Врачи учреждений здравоохранения ОАО «Российские железные дороги» — Центральной клинической больницы № 2 им. Н.А.Семашко, дорожной клинической больницы им. Н.А.Семашко на станции Люблино, узловых больницы на станции Уссурийск — приняли участие в очередном этапе медико-просветительской экспедиции «Рубежи России — 2015» на острова Сахалин и Итуруп.

Всего в состав экспедиции вошли 17 врачей из ведущих клинических центров Москвы, Санкт-Петербурга, Орла, Хабаровского и Приморского края.

Экспедиция была оснащена портативными аппаратами ультразвуковой доплерографии сосудов, необходимым набором медицинского инструментария и медикаментами. За 10 дней работы выполнено 2680 посещений (из них 131 посещение детей). Зарегистрировано 2614 заболеваний, из них 867 — впервые.

Медико-просветительская экспедиция «Рубежи России», ежегодно охватывающая более тысячи жителей Курильских островов, организуется Центром национальной славы и ЗАО «Гидрострой» при поддержке ОАО «РЖД» и правительства Сахалинской области. «Основной результат экспедиции

онных поездок — раннее выявление заболеваний, — говорит вице-президент ОАО «РЖД», куратор экспедиции Олег Атьков. — Пациент со своевременно выявленной патологией имеет возможность пройти лечение, добиться выздоровления, избежать развития осложнений. Другой немаловажный результат — укрепление духовных связей между жителями дальневосточных территорий России и её центральной частью. Эта экспедиция для курильчан — одно из ярких проявлений заботы со стороны общества».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва.

Официально

Обновлён состав Совета при Президенте России

Владимир Путин подписал Указ «Об утверждении состава Совета при Президенте Российской Федерации по науке и образованию и состава президиума совета».

Документом обновлены составы Совета при Президенте РФ по науке и образованию и его президиума. Указ вступает в силу со дня его подписания.

В состав совета вошли:

О.Бокерия – главный научный сотрудник Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Минздрава России;

П.Глыбочко – ректор Первого Московского государственного университета им. И.М.Сеченова;

Н.Колчанов – директор Федерального исследовательского центра – Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН;

А.Лисица – заместитель директора Научно-исследовательского института биомедицины;

А.Потапов – директор Научно-исследовательского института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Минздрава России.

Председатель Совета – Президент РФ В.Путин.

Председатель президиума совета – помощник Президента РФ А.Фурсенко.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Решения

Распределение субвенций ФФОМС изменено

Правительство Российской Федерации приняло постановление «Об изменениях в порядке распределения субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (№ 1000 от 21.09.2015). Документом, внесённым Минздравом России, конкретизируются условия предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС.

Изменения вносятся в постановление Правительства РФ № 462 от 05.05.2012 о порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) бюджетам территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государ-

ственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере ОМС.

Новое постановление не только конкретизирует условия предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС, но и снимает ограничения на значение коэффициента уровня среднемесячной заработной платы в субъекте Федерации для расчёта размера этих субвенций.

Источник финансирования соответствующих расходов – дополнительные доходы, поступающие в бюджет ФФОМС в связи с отменой предельной величины базы для начисления страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Принятое решение направлено на обеспечение целевых показателей уровня средней заработной платы медицин-

ских работников в соответствии с Указом Президента РФ № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», приведение нормативных правовых актов правительства в соответствие с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Бюджетным кодексом.

Новое постановление вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникающие в процессе составления и исполнения бюджета ФФОМС на 2016 г. и последующие годы.

Иван МАЛОВ.

МИА Сити!

Криминал

Полицейские, быстро нашедшие воров, ограбивших ЦРБ Щербакульского района Омской области, вернуть украденное не смогли.

В дежурную часть полиции районного центра Щербакуль главный врач местной больницы Сергей Ковтун обратился утром 13 июля. Повод был серьёзный: входная дверь в

ритории больницы, но... захотелось комфорта, потому и «воспользовались» креслом из медучреждения. Отдыхали в нём, выпивая, по очереди, а затем, напившись до потери сознания, забыли вернуть его на прежнее место.

– А где кресло теперь? – задали полицейские резонный вопрос.

– Да опохмелиться, как проснулись, оказалось нечем, так

Теперь насидятся...



лечебно-профилактическое учреждение, когда он пришёл на работу, оказалась взломанной, а из кабинета одного из врачей пропало медицинское кресло. Далеко не из новых, но добротное, стоимостью 2300 руб. Странно, но больше ночные похитители ничего, кроме кресла, не «приватизировали».

Следственно-оперативная группа провела осмотр места происшествия. Эксперт-криминалист снял оставленные ночными гостями отпечатки пальцев, за протоколировал другие следы преступления. А затем сотрудники уголовного розыска провели совместно с участковым уполномоченным подворный обход домовладений, расположенных рядом с ЦРБ, владельцы которых были ранее судимы за аналогичные кражи. И вскоре установили причастность к преступлению граждан 1986 и 1966 годов рождения.

Приятели запирались недолго. В признательных показаниях они пояснили, что в минувшее воскресенье распивали спиртное на тер-

что мы его разобрали да сдали в металлолом. На 140 руб. потянуло, – признались пьянчужки.

Разобранное кресло, действительно обнаруженное полицейскими в указанном ими пункте приёма металлолома, восстановлению не подлежало. Не разобрали его собутельники – раскурочили. Понятно – торопились «поправить здоровье» после возлияний с комфортом.

Так Щербакульская ЦРБ лишилась медицинского кресла, а вот нанёсшие урон больнице хулиганы вскоре вдоволь насидятся, но уже не столь комфортно. Как пояснили корреспонденту «МГ» в Управлении МВД по Омской области, в отношении щербакульских злоумышленников возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 158 УК РФ. Санкции этой статьи предусматривают наказание в виде лишения свободы на срок до 6 лет.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Подписка-2016

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

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

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие;

42797 – на год.

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

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

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

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
(адрес)											
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.	количество комплектов								
	переадресовки	_____ руб. _____ коп.	тов								
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
(адрес)											
Кому											

Общественная палата РФ разбирается в жалобах водителей «скорой» на резкое сокращение зарплаты. Работники ГУП автокомбината «Мосавтотранс» утверждают, что из-за перехода с 40-часовой на 36-часовую рабочую неделю их зарплаток уменьшился на треть.

«Мы потеряли 30% зарплаты»

На слушаниях в Общественной палате РФ, где встретились представители трёх сторон – органов власти, работники и администрация автокомбината, генеральный директор этого ГУП Андрей Подольский заявил, что 36-часовая рабочая неделя была введена по требованию государственной трудовой инспекции из-за «длительной и массовой переработки» в 2014 г. «Это не добрая воля моя, это предписание трудовой инспекции, которое я обязан был выполнить», – уточнил руководитель предприятия.

Заместитель председателя комиссии Общественной палаты (ОП) по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Георгий Фёдоров предложил создать рабочую группу для урегулирования конфликта между водителями и руководством «Мосавтотранса». «Я посетил подстанцию, пообщался с руководителями колонны, посмотрел документы, видео и аудио-записи, после всего сложилось впечатление, что ситуация на комбинате довольно сложная. Я усмотрел нарушения трудового законодательства», – рассказал Г.Фёдоров.

Завязку конфликта с руководством раскрыв водитель Геннадий Иванов, сообщает пресс-служба ОП. «В 2013 г. нам сообщили о переходе на 36-часовую работу с 40-часовой, заверив, что зарплата при этом не потеряется, а тарифная ставка будет увеличена. С тех пор мы боремся за получение обещанной нормальной зарплаты – 2 года. Мы потеряли 30% зарплаты. Письма в трудовую инспекцию и прокуратуру не принесли результатов. На тех, кто продолжает бороться, начали оказывать давление, директор комбината включил административный ресурс, чтобы мы увольнялись. Поступали угрозы, чтобы мы прекратили. В настойчивой и дерзкой форме нам говорят: «Уходите отсюда». А почему мы должны уходить?»

«Мне 40 лет, и я получаю зарплату 29 тыс. руб., – рассказал водитель скорой помощи Дмитрий Телков. – Угрозы дей-

Особый случай

Крутой вираж московской «скорой»

Водители два года не могут добиться выплаты компенсации за переход на новый график работы



Автокомбинат «Мосавтотранс» получил очередную партию из 10 «медицинских» автомобилей. Кто сядет за их руль?

ствительно имели место, но, к сожалению, в полиции сказали, что пока они не будут записаны, доказательств у нас нет».

Д.Телков рассказал о стрессе, с которым сталкивается на работе: «Из 1-й инфекционной больницы на Волоколамском шоссе мы везли годовалого ребёнка, у которого наступила клиническая смерть. Направлялись в Морозовскую больницу. Мы прибыли за 27 минут. Представляете этот стресс? Многие просто не выдерживают, год назад от сердечного приступа на подстанции умер водитель. Но мы любим свою работу, неужели же мы не имеем права на достойную, справедливую оплату? За 2 года зарплата увеличилась на 2 руб.».

Нужен нормальный трудовой договор

Коллектив водителей утверждает, что профсоюз не отстаи-

вает их требований и отказывается идти против руководства комбината, не предоставляет возможности юридической защиты. Водители рассказали о фактах подлога и подделки документов, о неправомерном подписании актов с участием подставных людей, игнорировании администрацией официальных заявлений и писем, полнейшем отсутствии разъяснений и невозможности ознакомиться с текстом коллективного трудового договора.

Общим местом в многочисленных претензиях коллектива были репрессии, применяемые к борцам за справедливость. Одна из применяемых репрессивных мер, как рассказал Владимир Ивашкин, перевод водителей на удалённые подстанции, которые находятся в 35, а порой в 75 км от города.

Генеральный директор «Мосавтокомбината» Андрей Подоль-

ский начал выступление с перечисления своих заслуг на руководящем посту, таких как «обновление автопарков, улучшение благосостояния водителей и уменьшение текучки кадров, увеличение тарифной ставки». «Осуществляется выплата премий в День автомобилиста – это 150% оклада. Новогодняя премия составляет 10 тыс. руб. – на комбинат это 80 млн руб. Мной был подписан приказ, согласно которому в случае попадания машины в ДТП и признания вины водителя, с него не снимаются все премии за год, а только за этот месяц. Появилась выплата за выслугу лет – не только водителям скорой помощи, вместо прежних 3-5-7 лет всем водителям за 2-4-6 лет службы», – рассказал руководитель «Мосавтотранса». Он также отметил, что после аттестации рабочих мест, с 1 июля 2015 г., предприятие вновь перешло на 40-часовую рабочую неделю.

И.о. заместителя руководителя инспекции труда в Москве Юрий Заливанов ответил, что «вопросы носят признаки индивидуального трудового спора», так как существует трудовой договор с соответствующими условиями оплаты труда, ставками, премиями и условиями уменьшения премий. «Мы не можем определить подлинность документов», – ответил он водителям, выступившим с сообщениями о подделке

документов администрацией автокомбината.

Ход дискуссии прокомментировала старший помощник прокурора Мария Кравцова: «Если вы считаете, что некорректное и нецензурное обращение со стороны руководства предприятия вас оскорбило, обращайтесь в прокуратуру. По поводу служебного подлога мы не проводим проверки, необходимо обратиться в Следственный комитет».

Представитель Министерства труда и социальной защиты РФ Пётр Сергеев резюмировал обсуждение: «Ситуацию надо разрешить посредством заключения нормального коллективного трудового договора, устраивающего работников. Что касается профсоюза, работники должны находиться под его защитой и защитой администрации. Сегодняшнее обсуждение показывает, что профсоюз не функционирует. Дело трудового коллектива мы возьмём на контроль и готовы лично поучаствовать».

«Гарантирую сделать обращения на все запросы коллектива водителей в соответствующие органы, нарушения будут устранены, и сотрудники, которые позволяют хамское отношение, должны быть наказаны. Мы сформируем рабочую группу. Главная наша задача – чтобы трудовые права граждан не нарушались», – сказал в заключение Г.Фёдоров. «В части водительской зарплат предлагаю выйти на серьёзные переговоры с правительством Москвы об изменении тарифов. Это не последняя наша встреча, я не брошу заниматься этим вопросом», – пообещал он.

Иван ВЯТКИН.

МИА Сити!

Сотрудничество

В Таврическом дворце Санкт-Петербурга прошёл Евразийский женский форум. Его участниками стали депутаты, представители исполнительных органов власти, общественных организаций и авторитетные деятели международного женского движения из многих стран мира.

В форуме приняли участие заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Елена Байбарина и председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.

Т.Яковлева выступила в качестве модератора дискуссионной площадки «Женщины в формировании глобальной стратегии здоровья людей». Эксперты здравоохранения здесь обсуждали вопросы международного сотрудничества в сфере охра-

Стратегия здоровья

ны здоровья женщин и детей, условия сокращения распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также роль женщин в формировании здорового образа жизни. В своей вступительной речи заместитель министра сделала акцент на том, что здоровье нации напрямую зависит от состояния охраны материнства и детства в стране. «Обеспечение безопасной беременности и родов, внедрение передовых технологий, рекомендованных ВОЗ, развитие неонатальной хирургии, в том числе и детской кардиохирургии, позволило нам снизить материнскую и детскую смертность, повысить качество медицинских услуг матерям и детям», – сказала Т.Яковлева.

Она добавила, что в России наблюдается снижение показателей младенческой смертности, что является 2-й и 3-й Целями развития тысячелетия ООН.

Евразийский женский форум обозначил новые перспективы для международного сотрудничества. «Мне понравилось, что все участники неравнодушны и, несмотря на политику, готовы объединиться в области охраны здоровья. Они понимают, что это не просто проблемы России, это актуально для всех стран», – сообщила Т.Яковлева. – Хочу отметить, что усиливаются миграционные процессы, которые могут повлечь за собой угрозу распространения инфекционных заболеваний. Данные проблемы

необходимо решать совместно, так как для таких факторов нет границ».

По словам заместителя министра, на полях форума прошли переговоры с представителями стран-участниц Таможенного союза. Итогом диалога стал совместный проект с Казахстаном в области обязательного медицинского страхования.

«В ходе проведённых переговоров страны договорились об актуализации и гармонизации нормативно-правовой базы. Минздрав России готов поделиться опытом с коллегами из Казахстана в вопросе формирования единого страхового пространства. Для этого будет создана рабочая группа. По прогнозам коллег, к 2017 г. система ОМС будет реа-

лизована на территории Казахстана», – рассказала Т.Яковлева.

Также страны – члены Таможенного союза ведут активную совместную работу по борьбе с курением. Специалисты работают над созданием общей антитабачной программы, вводят единые ставки на акцизы для табака. По словам Т.Яковлевой, в ходе двусторонних переговоров Всемирная организация здравоохранения отметила большие успехи России в области сокращения табакокурения, в частности, вступление в силу Федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Получившую широкую поддержку программу «Земский доктор» необходимо скорректировать, добавив подпрограммы «Земский фельдшер» и «Земский фармацевт». Или же, при федеральной поддержке, их можно реализовать и не в комплексе (три в одной), а как самостоятельные программы. Но в том и в другом случаях наряду с подъёмными средствами для обустройства на новом месте надо обеспечивать медиков бесплатным жильём.

Не вместо, а вместе

«Жильё обязательно должно предоставляться. Не вместо, а вместе с миллионом. И это вклад именно во врача. Хотите вкладываться в сельскую медицину – проводите обучение, закупайте оборудование», – говорит врач общей практики центральной районной больницы Бейского района Хакасии, активист Общероссийского народного фронта Мария Астанина.

...В здравоохранении Воловского района Тульской области – 14 ФАПов, ровно в половине – вакансии. Все медучреждения отремонтированы, имеют лицензии, везде тепло. Ждут молодых специалистов.

А пока здесь всего два здравпункта, где, как положено, работают фельдшеры – в бывших амбулаториях Верхоупской и Непрядвинской. В остальных – медсестры с санитарками, а фельдшеры-совместители приезжают туда в свой выходной, числясь на 0,25 ставки. «Мы за медпункт переживаем, это наша надежда и опора, – говорит уроженка Панарино Татьяна Сыровягина. – Он после прекрасного ремонта, с газовым отоплением, а фельдшера всё нет. Раньше тут Екатерина Анатольевна Алтухина долго работала. Все её любили, как к матери шли. А как ушла она на пенсию, остались мы сиротами. За любым ухом езжай в Волово. Автобус – в 8:40 утра туда, в 14:20 – обратно. Прикиньте, сколько здоровья надо, чтобы так лечиться...»

ФАП встречается идеальной чистотой, ремонтом категории «евро». Санитарка Людмила Карсанова поддерживает её в высшей степени старательно, будто от сияния плитки и пластика зависит благополучие дальнейшей судьбы деревенской «больнички».

«Вы посмотрите, чего ж у нас не работать? – показывает процедурную и другие кабинеты Л.Карсанова. – По программе модернизации такую красоту навели, как не во всякой городской больнице. Газовое отопление – новое, всю зиму жара, а раньше, при Екатерине Анатольевне, ручка у неё в руке замерзала. Нам никак без фельдшера нельзя. Сюда врачи из районной больницы приезжают, конечно, осматривают население по графику. Но разве этого достаточно? Тут и квартиры есть муниципальные, в плохом, правда, состоянии. Вот бы одну отремонтировать да фельдшеру отдать. Тогда желающие трудоустроиться наверняка будут».

Почитают за доктора...

Программа «Земский фельдшер», региональный аналог федеральному «Земскому доктору», за время реализации дала тульской медицине 17 фельдшеров. В этом году из выпускников медколледжа взвалили на свои плечи заботы о здоровье селян отважился пока один молодой специалист. Но даже если в деревенские здравпункты придут ещё 5-7 человек, в сумме всё равно окажется куда меньше, чем хотелось бы. По признанию министра здравоохранения Туль-

ской области Ольги Аванесян, «желающих работать в глубинке действительно не много».

Федеральную поддержку может получить инициатива томского губернатора Сергея Жвачкина. Программа «Земский фельдшер» стартует в Томской области в пилотном режиме в следующем году. По аналогии с «Земским доктором» она предполагает денежные выплаты. Речь идёт о полумиллионе рублей. На эти средства могут рассчитывать молодые специалисты, которые поедут работать фельдшерами в сёла.

Итоги и прогнозы

А почему бы не два новоселья сразу?

Молодых медиков на селе следует не только поддерживать подъёмными, но и предоставлять им бесплатно жильё



Светлана Косякова – заведующая ФАПом в посёлке Березняки Борисоглебского района – наверное, самый молодой сельский фельдшер в Ярославской области, только весной окончившая медколледж

В новом ФАПе и своём доме...

Новую программу уже поддержал первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко. Он напомнил, что программа «Земский доктор» помогла решить проблему нехватки врачей в сельских медицинских учреждениях – за 3 последних года жить и работать в сёлах Томской области переехали 336 врачей. Такого же результата можно ждать и от нового томского проекта, поэтому есть смысл подумать о его федеральной поддержке, чтобы все российские регионы внедряли подобные программы.

Согласно проекту, уехавший работать на село специалист со средним медицинским образованием получит единовременную выплату. Вот только с бесплатным жильём и здесь ясности нет...

Между тем практика показывает, что при этом условии фельдшеры остаются на селе надолго, а то и на всю жизнь. Иначе, как «наш доктор», считай, никто из местных в деревне Оглоблино – административном центре муниципального образования «Сельское поселение Первомайское» Солигаличского района Костромской области –

фельдшера Александра Смирнова не называет (о нём мы рассказывали, когда этот мой одноклассник по медучилищу и сослуживец по Таманской гвардейской дивизии стал победителем первого областного конкурса «Земский доктор»).

17 врачей и фельдшеров из 8 районов области были выдвинуты своими коллегами для участия в этом конкурсе, всего в поддержку конкурсантов было собрано 25 тыс. голосов. Большинство участников голосования отдали предпочтение фельдшеру А.Смирнову.

не работает!!! Работала фельдшером на скорой в Мурманске, услышала о программе и решила переехать в село Краснощелье. На данный момент выплат нет. Написала жалобу – ответили, что не положено, так как уже работала в Мурманске (хотя при трудоустройстве знали, что ушла со скорой, пообещали 200 тыс. руб.). Так пострадала не я одна, многие фельдшеры уехали, я осталась, так как вышла замуж».

Стартовала новая региональная программа «Земский фельдшер» для обеспечения кадрами действующих на селе более 700

России, согласно программе по развитию сельской местности, до 2020 г. в стране планируется построить 800 новых ФАПов.

Традиции земской медицины возрождаются в современной России, и программы «Земский доктор», «Земский фельдшер» и «Земский фармацевт», безусловно, положительно отразятся на здоровье россиян.

«Земская медицина, возникшая в нашей стране после отмены крепостного права как форма медико-санитарного обеспечения сельского населения, стала самой прогрессивной

фельдшерско-акушерских пунктов в Волгоградской области. Как сообщил губернатор Сергей Боженов, эта инициатива возникла по итогам встреч с жителями области. Тогда губернатор дал поручение разработать специальный проект, направленный на поддержку медиков, готовых переехать на работу в сельскую местность.

«Волгоградский регион уже успешно реализует программу «Земский доктор» – за 2 года в медучреждения районов трудоустроились более 100 молодых врачей. А вот с кадрами для сельских ФАПов была проблема. Чтобы её решить, региональный Минздрав и запускает отдельный проект под названием «Земский фельдшер», – пояснил С.Боженов.

По его словам, в ближайшее время расчётная потребность в кадрах для фельдшерско-акушерских пунктов составит в Волгоградской области от 40 до 60 человек. Часть вакансий региональное правительство уже закрыло и планирует в этом году закрыть ещё, благодаря программе «Земский фельдшер».

С рабочими местами проблем не будет

Между тем включить наряду с врачами в Федеральную программу «Земский доктор» депутаты Алтайского края предлагают и фармацевтов. Соответствующие поправки к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внесены ими на рассмотрение Государственной Думы. Вместе с врачами в сёла нужно приглашать и молодых фармацевтов, которые работали бы в фельдшерско-акушерских пунктах и амбулаториях, убеждены авторы законопроекта. Как решится дело, зависит от парламента, которому предстоит принять или отклонить внесённый алтайскими депутатами законопроект.

Что касается рабочих мест, то, как полагают эксперты, проблем здесь не будет. За время реализации программы «Земский доктор» в сельскую местность, где проживает 26% населения страны, привлечено более 15 тыс. врачей, на селе построено 700 ФАПов. По данным Минздрава

для своего времени системой охраны здоровья граждан, – говорит глава Минздрава России Вероника Скворцова. – Уже тогда были сформулированы и сформированы принципы организации здравоохранения, являющиеся основными и по сей день: общедоступность, бесплатность, профилактика и активное участие населения в охране собственного здоровья; впервые был введён в практику принцип территориальной участковости».

Министр отметила, что в первый год становления земской медицины практиковалась разъездная система медицинского обслуживания. Врач не реже одного раза в месяц объезжал уездные фельдшерские пункты оказания медпомощи. На втором году наибольшее развитие получила стационарная система.

«В настоящее время налажено оптимальное соотношение этих систем», – считает В.Скворцова.

...Нынешняя земская система здравоохранения – это не новое, а воссозданное и приспособленное к сегодняшним реалиям историческое наследие нашей страны. Изучение опыта развития земских учреждений, следование замечательным традициям российской медицины, сохранение преемственности в организации здравоохранения позволяет на современном этапе с использованием последних организационных и информационных технологий обеспечить качество и доступность медицинской помощи населению.

...Рано или поздно жизнь начнёт возвращаться в российские деревни. Главное, не потерять то, что осталось. В здравоохранении хорошо понимают это и стараются, как могут, не представить врачей, фельдшеров, акушеров и фармацевтов на селе без собственного бесплатного жилья всё же трудновато. А на ежемесячную денежную компенсацию на оплату жилья, отопления и электроэнергии – 1200 руб., которые с 2012 г. положены медикам и фармацевтам, проживающим в сельской местности и работающим причём только в федеральных госучреждениях, жильём даже на селе не обзаведётся...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Известно, что в последние несколько лет вопросы недержания мочи у женщин стали широко освещаться как в профессиональной литературе, так и в СМИ. Несомненно, это привлекает внимание к самой проблеме, а также к методам лечения и, главное, к профилактике этого состояния.

Недержанием мочи называют любое состояние, приводящее к непроизвольному выделению мочи из мочеиспускательного канала.

Принято различать три основных вида недержания мочи:

- При напряжении, или стрессовое недержание мочи – это непроизвольное выделение мочи из уретры при физических усилиях, кашле, чихании. Причиной стрессового недержания мочи является недостаточность замыкательных механизмов уретры.

- Императивное недержание мочи – непроизвольное выделение мочи из уретры при императивных, повелительных позывах к мочеиспусканию. Причиной императивного недержания мочи является непроизвольное сокращение мочевого пузыря вне акта мочеиспускания.

- Смешанная, или комбинированная форма недержания мочи сопровождается одновременным развитием у больного императивного и стрессового недержания.

Врачам различных специальностей, которые встречаются с пациентами, страдающими недержанием мочи, известны виды недержания, но некоторые моменты остаются не до конца понятными. Например, распространённость этого заболевания. Согласно отечественным исследованиям, 38,6% женского населения отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи из мочеиспускательного канала. Так, при опросе более 3 тыс. женщин в России выяснилось, что недержание мочи проявлялось регулярно у 20% из них. Эпидемиологические данные, представленные Международным обществом по континенции ICS, показывают, что недержание мочи широко распространено в США и странах Европы, где от 34 до 38% женщин страдают этим заболеванием.

Его развитие у женщин связано с наличием определённых факторов риска, основными из которых принято считать возраст, этническую принадлежность, особенность акушерского анамнеза, ожирение, менопаузу, курение и многие другие. С возрастом распространённость недержания мочи у женщин увеличивается, пожилые страдают значительно чаще, чем более молодые. Популяционные исследования показали, что каждые 5 лет увеличивают вероятность развития недержания мочи у женщин в 1,34 раза. Если в мужской популяции существует практически прямая корреляция между возрастом и недержанием мочи (у мужчин оно связано с операциями на предстательной железе), то среди женщин кривая корреляции имеет несколько иную форму. Первый пик высокого риска заболевания (30-35%) приходится на период 50-60 лет. После небольшого спада, с возрастом возникает второй пик заболевания, наблюдающийся у женщин старше 65 лет.

Риск развития недержания мочи у женщин европейской расы больше почти в 3 раза, по сравнению с представитель-

Проблемы и решения

И всё-таки надежда есть

Недержание мочи при напряжении

ницами других рас, в частности азиатской и африканской. Интересно, что при выполнении уродинамических исследований оказалось, что у женщин африканской расы максимальное уретральное давление выше, чем у европейских женщин. Данные о состоянии мышц тазового дна и сфинктера уретры, полученные с помощью магнитно-резонансной томографии, указывают на то, что у представительниц белой расы эти структуры развиты в меньшей степени по сравнению с женщинами других рас.

Факторы риска

Одним из наиболее значимых факторов, коррелирующих напрямую с недержанием мочи у женщин, считается количество родов. Причиной развития недержания мочи принято считать повреждение пудендального нерва головкой плода, проходящего через родовые пути, что может приводить к частичной денервации мышц тазового дна, в том числе и сфинктера уретры. Через 4 месяца после родов вероятность развития недержания

считают, что существует прямая связь между менопаузой и функцией удержания мочи, другие полностью отрицают это. В ходе 7-летнего проспективного исследования, проведённого в Австралии (Melbourne Women's Midwife Health Project), было показано, что менопауза не влияет на развитие недержания мочи у женщин. Другое рандомизированное исследование, которое включало 1253 женщин, пришло к такому же выводу. По всей видимости, недержание мочи связано не с переходом женщины в менопаузу, а вызвано общими возрастными изменениями.

Взаимосвязь между ожирением и развитием недержания мочи неоднократно изучалась. С увеличением массы тела возрастает давление на тазовое дно, оказываемое органами брюшной полости и малого таза. Снижение индекса массы тела может приводить в некоторых случаях к уменьшению симптомов недержания мочи. В 2008 г. Hunskaar опубликовал обзор литературы, посвящённый влиянию индекса массы тела на недержание мочи у женщин. Данные по эпидемиологии недержания мочи

стеме, тем самым вызывая расстройства мочеиспускания. Обширные исследования больных, страдающих диабетом, показали, что риск развития недержания мочи у таких пациентов выше на 28% по сравнению с общими популяционными данными. Более 10 тыс. женщин в возрасте от 50 до 90 лет были обследованы Lewis и соавт. в 2005 г. Благодаря этому было выявлено, что риск развития недержания мочи среди пациенток, страдающих инсулинозависимым диабетом, значительно выше и составляет 63%. В то время как у больных, не использующих инсулин, вероятность развития недержания составляет 20%.

Симптомы и диагностика

Характерной жалобой больных, страдающих стрессовой формой недержания мочи, является потеря мочи при кашле, физических усилиях, занятиях спортом. Больные, страдающие императивным недержанием, предъявляют характерную жалобу, суть которой заключается в том, что недержание возникает, когда они приходят домой, но при этом не успевают дойти до туалета.

Дело в том, что у них формируется устойчивая цель «помочь себе сразу, как прийти домой». В результате, мочеиспускание отсрочивается до соответствующего момента, который сформулирован как приход домой, а не достижение туалета. И это приводит к активации сокращения детрузора, как только больная достигает своего дома, но при этом может не дойти до туалета. «Дойти до туалета и помочиться» – именно такую цель должна ставить пациентка при возникновении императивного позыва. В таком случае тот факт, что она уже пришла к своему дому, не будет триггером для инициации мочеиспускания.

Страдая недержанием мочи, больные часто сами ограничивают количество принимаемой жидкости, стараясь таким образом уменьшить непроизвольную потерю мочи. Для снижения частоты мочеиспусканий в ночное время необходимо ограничить приём жидкости как минимум за 4 часа до сна. Характер принимаемой жидкости является важным фактором, увеличивающим интенсивность urgentных позывов и количество образуемой мочи. Так, кофеин содержащие жидкости (кофе, чай, кока-кола и др.) не только обладают слабым диуретическим действием, но и учащают мочеиспускание. Приём подобных напитков должен быть ограничен 1-2 чашками в день. Важным этапом диагностики является заполнение и совместный с пациенткой анализ 3-дневного дневника мочеиспускания.

Методы лечения

К малоинвазивным хирургическим методам лечения недержания мочи при напря-

жении относится инъекционная терапия парауретральными объёмобразующими средствами, которую назначают женщинам при отсутствии выраженного опущения стенок влагалища и мочевого пузыря, а также нейрогенных расстройств мочеиспускания. Для проведения инъекционной терапии используют различные субстанции: коллаген, гиалуроновая кислота, гомогенизированная субстанция из собственной жировой ткани пациентки и др. Однако широкое применение инъекционной терапии в комплексном лечении больных с недержанием мочи при напряжении требует дальнейшего изучения. Среди оперативных методов лечения недержания мочи при напряжении ранее чаще всего использовали модифицированные методики, предложенные Marchall – Marchetti – Krantz, уретрокольпопексия по Берчу, операции Раза, Перейра и др. В настоящее время широко применяют операции с применением субуретральных слингов (петель). В 1995 г. Ulmsten в Университетском госпитале Упсалы (Швеция) разработал операцию TVT (Tension-free Vaginal Tape), или пластику свободной синтетической петлёй, которая располагается в средней части уретры и ограничивает её гипермобильность. Эта операция, заключающаяся в проведении проленовой петли из влагалища в надлобковую область, заслужила наибольшее признание во всём мире. За прошедшее время выполнено много миллионов подобных операций.

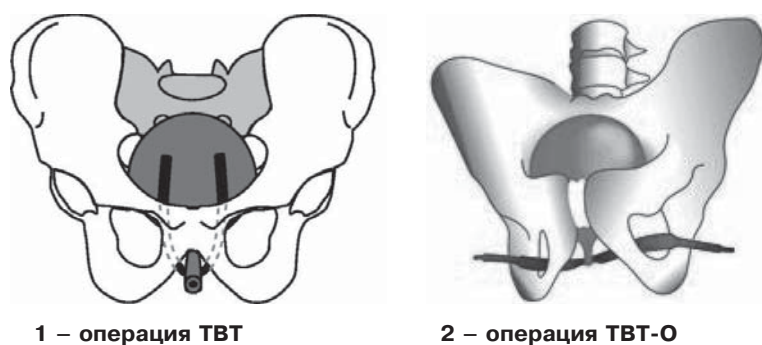
В 2001 г. были опубликованы результаты операций при лечении по поводу недержания мочи у женщин с использованием трансобтураторного доступа. Методика операции ещё более упростилась, сократилось время оперативного пособия, количество осложнений. В связи с вышеперечисленным в настоящее время трансобтураторный доступ при операциях по поводу недержания мочи у женщин становится самым популярным, это связано с относительной лёгкостью её выполнения и меньшим числом осложнений.

В клинике урологии Московского государственного медицинского стомагологического университета им. А.И.Евдокимова выполнено более 2 тыс. операций с применением синтетических петель начиная с 2001 г. по настоящее время. Исследование, представленное нами, является результатом обобщения и анализа многолетнего опыта, накопленного в клинике урологии МГМСУ в оперативном лечении недержания мочи у женщин с 2005 по 2009 г.

Анализ

В исследование была включена 1081 больная, прооперированная по поводу недержания мочи при напряжении или смешанной форме недержания мочи с преобладанием стрессового компонента (диаграмма). Больные, находящиеся в клинике урологии МГМСУ, проходили стандартное обследование, которое предусмотрено для пациентов, страдающих недержанием мочи.

Согласно принятой в клинике практике, все больные осматривались через 1 месяц после операции. В ходе этого визита пациенты проходили стандартное обследование, включающее в себя осмотр в гинекологическом кресле с кашлевым тестом, урофлоуметрию и определение остаточной мочи. Эти данные были проанализированы ретро-



1 – операция TVT

2 – операция TVT-O

Схематическое изображение операций по устранению недержания мочи у женщин

мочи при напряжении у женщин достигает 23%, urgentного недержания – 12%, и около 4% женщин могут отмечать эпизоды недержания кала в послеродовом периоде.

Традиционно принято считать, что роды с инвазивным акушерским пособием приводят к недержанию мочи в большем проценте случаев. Так, например, эпизиотомия во время первых родов увеличивает риск развития недержания мочи в течение последующих 5 лет в два раза. Неоднозначным остаётся ответ на вопрос о положительной защитной роли кесарева сечения в профилактике недержания мочи. Несмотря на то, что большинство авторов сходятся во мнении, что вероятность развития этого заболевания меньше у женщин, перенёвших кесарево сечение, другие не находят прямой корреляции между этими событиями.

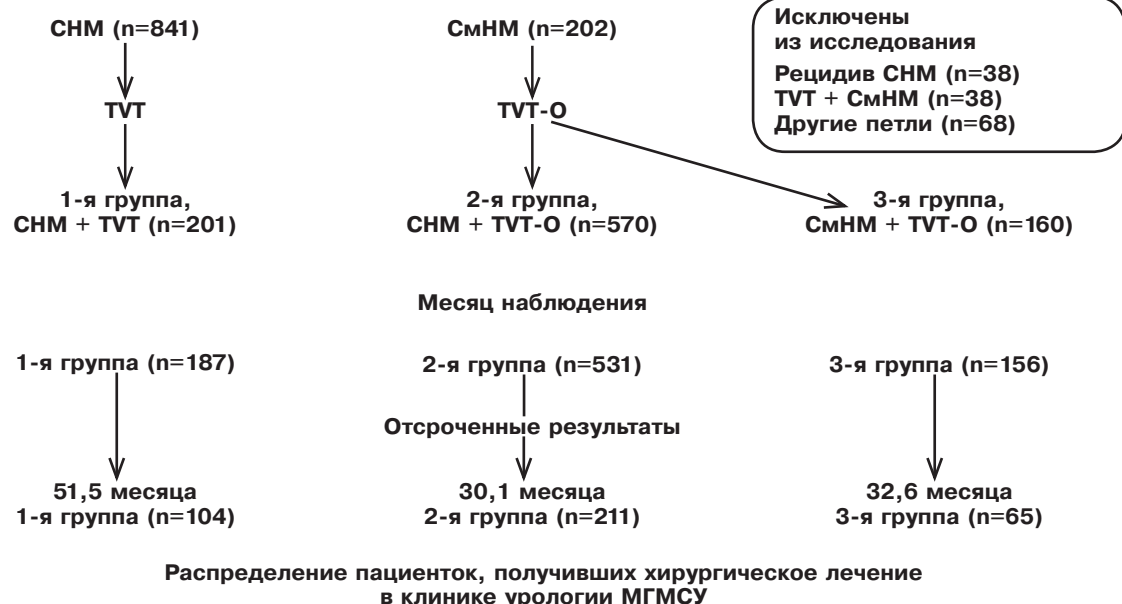
Влияние гормонального статуса женщины на континенцию изучается давно. Несмотря на это, крайне противоречивыми остаются мнения учёных о роли менопаузального статуса в развитии недержания мочи. Одни

указывают взаимосвязь между избыточным весом и проявлением симптомов недержания. Согласно авторам, индекс массы тела и абдоминальное ожирение являются статистически независимыми факторами риска, влияющими на развитие недержания мочи у женщин.

Одним из факторов, приводящим к повышению внутрибрюшного давления и тем самым к недержанию мочи, является курение. Известно, что курение приводит к хроническим obstructивным заболеваниям дыхательных путей, которые могут сопровождаться хроническим кашлем. Хронический кашель может вызывать повышение давления в брюшной полости и, соответственно, на тазовое дно. Это, в свою очередь, приводит к повреждению поддерживающего аппарата уретры и к недержанию мочи. В течение первого года после родов недержание мочи у курящих женщин развивается в 3 раза чаще, чем у некурящих.

Сахарный диабет приводит к развитию полинейропатий и сосудистых изменений во всех органах и системах организма, в том числе и в мочеполовой си-

Оперировано в клинике по поводу недержания мочи с 2001 по 2008 гг. (n=1081)



спективно. Также были собраны данные о типе операции и интра- и послеоперационных осложнениях. Инфекцию мочевыводящих путей исключали путём бактериологического анализа мочи.

В период с 2009 по 2011 г. проведён проспективный опрос пациенток при помощи телефонного интервью. Пациентки были опрошены на предмет их удовлетворённости операцией с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), которая предусматривала 5 степеней удовлетворённости результатами лечения: 1 – очень не удовлетворена, 2 – не удовлетворена, 3 – удовлетворена, 4 – довольна, 5 – отлично. Для удобства статистического анализа результаты были объединены в три категории: не удовлетворена (1-2), удовлетворена (3) и очень довольна (4-5). В тех случаях, когда пациентки предъявляли жалобы, их приглашали в клинику на дополнительное обследование.

Исходя из антропометрических данных пациенток, их распределили на две группы. Значимых различий по возрасту, сроку наступления менопаузы, числу беременностей между пациентками двух групп не было. Индекс массы тела (ИМТ) пациенток 2-й группы был выше, чем 1-й группы.

Спустя 1 месяц после операции в 1-й группе данные по результатам кашлевой пробы были собраны только у 187 пациенток из 207, что составило 90,33%, во 2-й – у 531 (93,15%). Существенных различий в степени удовлетворённости пациенток в зависимости от использованного метода лечения не было. Подавляющее число пациенток было удовлетворено или очень довольны результатом операции.

Отдалённые результаты

Как было указано ранее, изучение отдалённых результатов лечения недержания мочи с применением позадилоной и трансобтураторной синтетических петель проводилось в период с 2009 по 2011 г. включительно. Средний период наблюдения в 1-й и 2-й группах составил 51,1 ± 7,6 и 30,1 ± 3,2 месяца соответственно. Для правильного применения методов статистического анализа мы включили в исследование только тех пациенток, у которых были проведены оба теста (кашлевая проба и ВАШ). Окончательный анализ включал в себя данные 104 (50,24%) пациенток 1-й группы и 211 (37,01%) – 2-й. Значительная часть пациенток 2-й группы не вошла в исследование по причине короткого срока наблюдения (менее 12 месяцев). Несмотря на то что

ранние результаты кашлевой пробы свидетельствовали о превосходстве TVT-O, в ходе длительного периода наблюдения различия в объективных и субъективных показателях эффективности лечения стёрлись. Только 8,69% пациенток 1-й группы и 13,27% – 2-й не были удовлетворены результатами операции (p = 0,091).

Прогностическое значение кашлевой пробы

Кашлевая проба является наиболее распространённым методом субъективной оценки эффективности операций, направленных на удержание мочи. Однако до сих пор нет единого мнения относительно длительности периода, в течение которого кашлевая проба будет иметь прогностическую ценность. Прогностическая ценность кашлевой пробы у больных через 1 месяц и через 12 месяцев после операции оказалась высокой. У большинства (90,6%) больных, у которых кашлевая проба была отрицательной через 1 месяц после операции, она оставалась таковой и через 12 месяцев. В то же время у 14,8% пациенток, у которых наблюдалась потеря мочи при кашле через месяц после операции, кашлевая проба становилась отрицательной через год наблюдения. Но большинство больных с рецидивом заболевания (85,5%) даже через год после операции продолжали терять мочу при кашле. Статистический анализ доказал, что по результатам кашлевой пробы первого месяца можно сделать долгосрочный прогноз результатов с высокой вероятностью.

Лечение больных со смешанной формой недержания мочи

Операция TVT-O была выполнена 160 пациенткам, страдающим смешанной формой недержания мочи с преобладанием стрессового компонента. Этих пациенток мы включили в отдельную 3-ю группу. Средний возраст пациенток был 54,91 ± 8,52 года, а средний ИМТ составил 27. У большинства (68,75%) наступила менопауза. Для выполнения сравнительного анализа мы использовали данные пациенток 2-й группы, при лечении которых была использована такая же субуретральная петля.

Осложнения петлевых операций

При проведении петли позадилоной доступом существует риск перфорации мочевого

пузыря и образования гематом. В нашем исследовании гематома встретилась с частотой 9,09% после операции TVT и 1,48% – после TVT-O. Использование операции TVT-O вместо TVT позволяет значительно снизить, но не полностью предотвратить перфорацию мочевого пузыря (0,56% против 5,35% соответственно).

Травма влагалища, боли в области бёдер и паха чаще возникают при трансобтураторном методе, так как петля проходит через запирающие отверстия к паховой складке. В нашем исследовании мы также не обнаружили связи послеоперационных болей с тем или иным методом, однако для операции TVT-O действительно существует более высокий риск травмы стенки влагалища, в частности латерального свода (0% против 3,79%; p = 0,044).

Считается, что операция TVT сопряжена с большим obstructивным компонентом по сравнению с операцией TVT-O. По нашим данным, остаточный объём мочи (более 100 мл) после операции был у 5,88% пациенток после операций TVT и 2,98% – после TVT-O (p = 0,114), что согласуется с данными ранее проведённых работ. По результатам, полученных нами, императивное недержание мочи и де novo гиперактивность мочевого пузыря были обнаружены у 2,14 и 8,02% пациенток после операции TVT и 1,49 и 4,84% – после операции TVT-O соответственно.

Заключение

Недержание мочи у женщин – распространённая проблема. Непроизвольное выделение мочи из уретры связано с аномальными сокращениями мочевого пузыря и называется ургентным. Выделение мочи, провоцируемое физическими усилиями, связано с ослаблением поддерживающих механизмов уретры. Лечение этой сложной категории пациентов возможно хирургическими методами. Наиболее распространённым вариантом являются операции с применением синтетических субуретральных петель TVT и TVT-O. В клинике урологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова накоплен существенный положительный опыт лечения этих сложных больных.

Георгий КАСЯН,
доцент кафедры урологии,
доктор медицинских наук.

Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

Деловые встречи

В работе съезда приняли участие свыше 600 докторов.

Приветствуя участников от лица губернатора области Светланы Орловой, вице-губернатор Михаил Колков сказал:

– В нашей области около 600 педиатров на 250 тыс. детей, и есть такие учреждения, в которых работает всего один детский доктор или вообще нет врачей. До 70% педиатров – люди предпенсионного и пенсионного возраста, а старейшему детскому врачу, до сих пор ведущему приём малышей, Нэле Николаевне Киселёвой 87 лет. Огромное спасибо ветеранам за их преданность профессии.

враче РФ Евгении Мухине, спасшем сотни малышей. Затем детский хирург-офтальмолог Наталья Гевель рассказала об успешных операциях недоношенных детей с сосудистыми нарушениями сетчатки глаза методом лазеркоагуляции, отметив, что раньше их оперировали только в Москве. Главный врач Владимирского дома ребёнка Лариса Горячева поделилась опытом лечения детей психоневрологического профиля в отделении восстановительной реабилитации, а педиатр из Муром Эдуард Абрамович остановился на организации медико-социальной помощи детям в своём городе и районе.

«Дети» Вячеслава Таболина

Третий съезд врачей Владимирской области обсудил актуальные вопросы педиатрии

Далее М.Колков остановился на проблеме возрождения и государственного распределения выпускников медицинских вузов. Хотя область направляет на обучение в медвузы лучших выпускников школ, в педиатры тем не менее идут немногие. Вопрос на местах можно решить, если молодых врачей привлечь достойной зарплатой, квартирой, прочими льготами. Касаясь позитивных новостей, вице-губернатор сообщил, что администрацией области одобрена реализация программы сельской медицины «Сто ФАПов за 5 лет», финансирование которой начнётся в 2016 г.

Педиатры Владимирщины считают, что в области довольно высокий уровень рождаемости, так, за 8 месяцев этого года родилось 9194 ребёнка, что на 125 детей выше, чем годом ранее, и одновременно более низкий, чем по стране, показатель младенческой смертности – 6,3 на тысячу новорождённых.

– Это стало возможным после того, как у вас врачи-неонатологи стали успешно выхаживать недоношенных с экстремально низкой массой тела, – заметил главный врач Российской детской клинической больницы Николай Ваганов. – Я бы назвал эти достижения владимирцев выдающимися и провожу параллели с развитием кардиохирургии и трансплантации органов, которые успешно решаются в нашей больнице. Отмечу, что за последние 5 лет на нашей базе пролечилось свыше 2,4 тыс. владимирских детей, и как тут не вспомнить известный афоризм Леонида Рошала: «Педиатрия – это вся медицина, сдвинутая в детский возраст».

В практической части съезда владимирские педиатры поделились с коллегами своими достижениями. На большом видеоэкране был показан сюжет о главном детском анестезиологе-реаниматологе области, о профессионализме которого ходят легенды, заслуженном

В торжественной части съезда состоялось чествование медиков, удостоенных ряда почётных званий – «Заслуженный врач РФ», «Заслуженный работник здравоохранения РФ». Затем директор Департамента здравоохранения Александр Кирюхин вручил главным врачам ряда учреждений денежные сертификаты, средства которых будут направлены на ремонт и развитие материальной базы. Так, городская больница № 2 Владимира получила 4,5 млн руб., областная детская клиническая больница – 3 млн., Александровская районная детская больница – 1 млн, детская больница округа Муром – 700 тыс., детская городская больница Гусь-Хрустального и детская городская поликлиника № 1 Владимира – по 400 тыс. руб. каждая.

На эволюции педиатрической службы Владимирщины остановился президент врачебной палаты Анатолий Ильин. В историческом аспекте он упомянул о выдающихся врачах, стоявших у истоков отечественной педиатрии, среди которых назвал имя нашего земляка – академика Вячеслава Таболина. Вячеслав Александрович часто бывал во Владимире, лично проводил консультативные приёмы и многое сделал для развития педиатрической службы родного региона. Я вспоминаю, что В.Таболлин находил время и для неформального дружеского общения с владимирскими журналистами, среди которых у него было немало друзей. Под аплодисменты на съезде было решено присвоить областной детской клинической больнице имя академика Вячеслава Таболина, тем более что в 2016 г. грядёт 90-летний юбилей столь замечательного учёного и человека.

Марк ФУРМАН,
заслуженный врач РФ.

Владимир.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 68 (1920)

(Окончание.

Начало в № 71 от 23.09.2015.)

6. Стентирование. Для выполнения TIPS возможно применение голометаллических стентов или стент-графтов (предпочтительнее).

7. Портография. После стентирования выполняется портография для визуализации портосистемного анастомоза. Кроме того, портография может показать наличие таких осложнений, как пристеночный тромбоз, перекрут стента. Наиболее информативна контрольная портография при использовании 3D-моделирования (рис. 17)

8. Дополнительный этап TIPS – эмболизация левой желудочной вены.

Основными ранними осложнениями после установки TIPS являются стеноз и тромбоз шунта, что приводит к рецидиву кровотечения. Данное осложнение требует повторного эндоваскулярного вмешательства.

Из поздних осложнений TIPS чаще других встречается печёночная энцефалопатия (10,2% больных).

По мнению подавляющего большинства авторов, применение TIPS целесообразно у больных с циррозом печени и портальной гипертензией, которым планируется трансплантация печени.

При наличии высокого риска развития печёночной недостаточности целесообразнее использовать эндоскопические методы лечения ВРВ.

Повторные вмешательства после TIPS.

Наиболее частыми показаниями к повторным вмешательствам служат тромбоз и стеноз стента.

Для восстановления проходимости стента возможно применение:

- реканализации и баллонной ангиопластики
- реолитической тромбэктомии
- стентирования «стент-в-стент»
- корзины Dormia

При невозможности выполнить вышеперечисленные методы предпочтительнее выполнение параллельного внутрипечёночного портосистемного шунтирования (рис. 19).

Хирургические методы лечения

Среди многочисленных операций, предложенных для лечения и профилактики гастроэзофагеальных кровотечений у больных портальной гипертензией, кроме портокавальных анастомозов широкое распространение получили и операции непосредственно на ВРВ пищевода и желудка, направленные на разобщение портальной системы с бассейном непарной и полунепарных вен.

В России широкое распространение, как наиболее простая технически и непродолжительная по времени, получила модифицированная профессором М.Пациорой операция Таннера.

Методика операции прошивания ВРВ желудка и пищевода (операция М.Пациоры).

Производится верхняя срединная лапаротомия. На переднюю стенку желудка ближе к кардии накладываются капроновые швы-держалки, между которыми рассекают стенку желудка на протяжении 10-12 см. Линия разреза проходит продольно от дна желудка по направлению к малой кривизне (рис. 19 а). После вскрытия просвета желудка и отсасывания его содержимого в просвет желудка вводится зеркало, которым приподнимается верхняя часть передней стенки желудка. Затем хирург пальцами левой руки расправляет слизистую малой кривизны желудка ближе к пищеводному отверстию. Обычно этот приём даёт возможность хорошо визуализировать варикозные вены кардии, уходящие несколькими (обычно 3-5) стволами в пищевод. Прошивание ВРВ начинают, как правило, с малой кривизны желудка, с наиболее выраженного

важущийся шовный материал: шёлк, капрон, пролен и т.д., так как в области лигатур в последующем появляются лигатурные эрозии, которые могут явиться источником рецидивирующих кровотечений.

Во время операции в пищеводе должен находиться для контроля желудочный зонд, который является ориентиром, чтобы не ушить просвет пищевода. После завершения основного этапа операции стенку желудка ушивают двухрядным швом.

Условия для прошивания вен пищевода у ранее оперированных больных ухудшаются. У них абдоминальный доступ к кардиальному отделу желудка значительно затруднён из-за выраженных сращений и большой кровоточивости в зоне операции. Передняя стенка желудка часто бывает прочно припаяна к передней брюшной стенке и левой доле печени.

В этой ситуации гастротомия может быть осуществлена через заднюю стенку желудка, после вскрытия желудочно-ободочной связки.

Поэтому у ранее многократно оперированных больных в связи с выраженным

Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

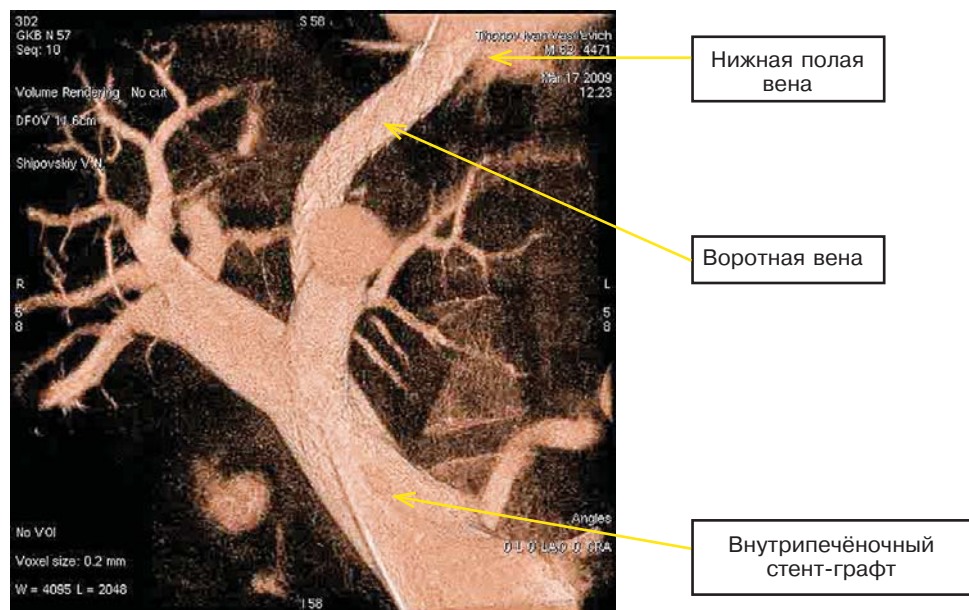


Рис. 17. Функционирующий портосистемный шунт

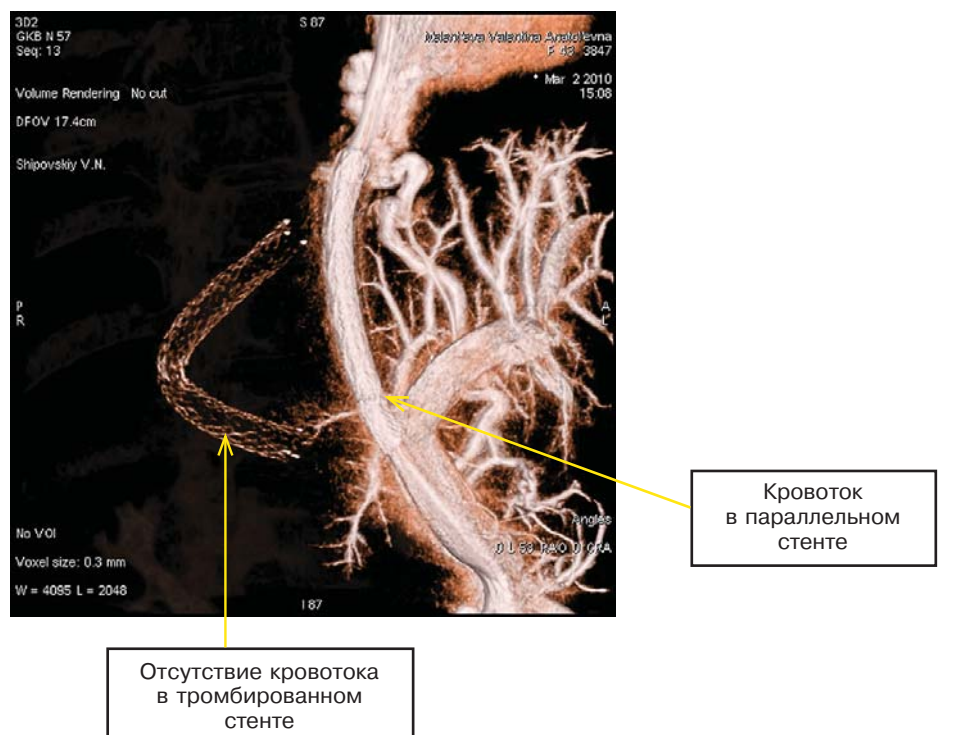


Рис. 18. Параллельный TIPS

стволом желудка, с наиболее выраженного ствола отдельными узловыми швами (рис. 19 в-г).

Затем, подтягивая за лигатуры, прошивают вены пищевода, швы накладываются с интервалом 8-10 мм. После обработки одного ствола переходят к прошиванию другого и т.д. Как правило, удаётся прошить вены в пищеводе на протяжении 2-4 см выше эзофагокардиального перехода. Вены кардиального отдела прошивают также отдельными узловыми швами в «шахматном» порядке.

Во время прошивания иглу надо стараться проводить под стволом вены, не прошивая стенку желудка или пищевода насквозь и не захватывая соседние вены. Если произошло повреждение стенки вены и началось кровотечение, его останавливают повторным прошиванием.

В качестве шовного материала рекомендуется использовать длительно рассасывающийся материал: викрил, дексон, максон, полисорб, хромированный кетгут. Не рекомендуется использовать не рассасы-

спаечным процессом данное вмешательство выполняется из трансторакального доступа.

Гастротомия из торакального доступа, осуществляемая по 7-8-му межрёберью слева с пересечением рёберной дуги и последующей диафрагмотомией, выгодно отличается от гастротомии из абдоминального доступа тем, что создаёт хороший обзор области кардии и пищеводно-желудочного перехода и позволяет достаточно свободно прошить ВРВ на протяжении 3-5 см.

Операция заканчивается обязательным дренированием брюшной полости (при абдоминальном доступе) или плевральной (при трансторакальном доступе).

Пути улучшения непосредственных результатов прошивания ВРВ пищевода и желудка:

1. Предоперационная подготовка при операции в плановом порядке: коррекция функциональных нарушений печени (для больных циррозом печени) и лечение трофических нарушений в слизистой пищевода и желудка. При наличии рецидивов пищеводно-желудочного кровотечения у больных с ВРВ и циррозом печени группы А и В вопрос о срочной операции должен быть решён в течение 12-24 часов.

2. Спленэктомия показана только при больших размерах селезёнки, препятствующих доступу к желудку.

3. Абдоминальный доступ для выполнения операции является оптимальным у ранее не оперированных больных.

4. У больных с внепечёночной портальной гипертензией и компенсированным циррозом печени ранее многократно оперированных на брюшной полости, при невозможности выполнения портокавального анастомоза данную операцию желательно производить из трансторакального доступа.

5. Абдоминальный доступ для выполнения операции является оптимальным у ранее не оперированных больных.

6. У больных с внепечёночной портальной гипертензией и компенсированным циррозом печени, ранее многократно оперированных на брюшной полости, при невозможности выполнения портокавального анастомоза данную операцию желательно производить из трансторакального доступа.

7. Важным моментом завершения операции является адекватное дренирование.

Из послеоперационных осложнений у больных, оперированных по неотложным показаниям, возможно развитие асцит-перитонита. Поэтому антибиотикотерапию следует начинать в операционной. В желудке устанавливается назогастральный зонд для введения гипертонических растворов с целью быстрого очищения кишечника от крови наряду с проведением сифонных клизм.

Довольно серьёзным осложнением после операции является рецидив кровотечения после прорезывания лигатур в эзофагокардиальном отделе при прохождении пищевого комка. После введения зонда-обтуратора и остановки кровотечения окончательный

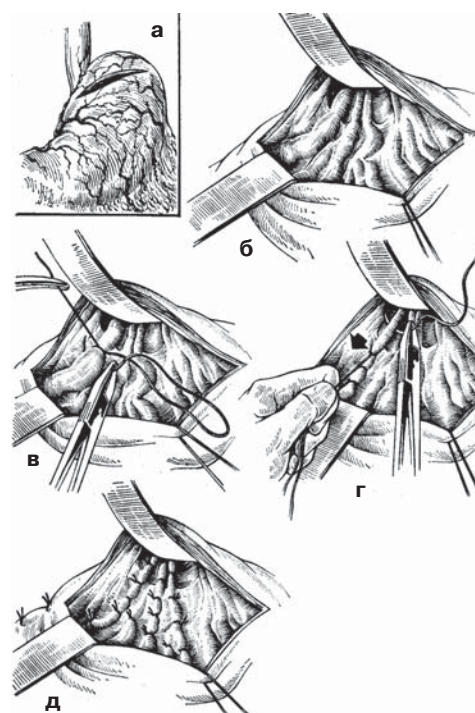


Рис. 19. Гастротомия с прошиванием ВРВ желудка и пищевода (этапы операции): а – разрез передней стенки желудка; б – передняя стенка желудка приподнята, видны ВРВ кардиального отдела желудка, уходящие тремя стволами в пищевод; в – прошивание начинают с наиболее выраженного ствола по малой кривизне; г – подтягиванием за лигатуру низводят слизистую и прошивают вены абдоминального отрезка пищевода; д – вены прошиты в шахматном порядке.

гемостаз достигается эндоскопическим обкалыванием 0,5%-ным раствором этоксисклерола места геморрагии.

В специализированных стационарах возможно выполнение операции портокавально-го шунтирования, что на высоте кровотечения не всегда приводит к непосредственному гемостазу, и эти операции выполняются с профилактической целью. Во время продолжающегося кровотечения операции портокавального шунтирования следует дополнять прошиванием BPB пищевода и желудка.

Медикаментозная (вторичная) профилактика рецидива кровотечения должна начинаться как можно скорее, так как первый эпизод желудочно-кишечного кровотечения у больных циррозом печени в 60% случаев сопровождается его рецидивом.

С этой целью назначаются неселективные бета-адреноблокаторы (пропранолол, надолол, анаприлин, атенолол и др.), которые позволяют снизить риск рецидива кровотечения на 30-40%. Препараты назначаются в

дозе, снижающей частоту пульса в покое на 25%, либо при исходно низком пульсе – до 55 уд./мин. При наличии противопоказаний альтернативой служит применение изосорбидамонитрата.

У данной группы пациентов возможно применение карведилола, который является неселективным бета-адреноблокатором с существенной анти-альфа-1-адренергической активностью. В клинических исследованиях было показано, что назначение карведилола у больных циррозом печени вызывает более выраженное уменьшение портального давления.

В заключение совет экспертов ещё раз подчёркивает, что решение клинической проблемы кровотечения из BPB пищевода требует слаженных действий специалистов различных специальностей: гепатологов, эндоскопистов, хирургов, а постоянное совершенствование профессиональных знаний и практических умений врачей позволят сохранить жизнь наших пациентов.

Термин «рак толстой кишки» объединяет различные по форме, локализации и гистологической структуре злокачественные опухоли слепой, ободочной и прямой кишок, а также анального канала.

В России за последние годы рак толстой кишки переместился с 6-го на 4-е место у женщин и на 3-е у мужчин, уступая лишь раку лёгкого, желудка и молочной железы.

Рак ободочной кишки занимает 2-3-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта и составляет от 4 до 6% в общей структуре онкологической заболеваемости. Заболеваемость раком ободочной кишки у лиц обоего пола имеет выраженную тенденцию к росту. Например, в Англии и Уэльсе в 2003 г. колоректальный рак являлся второй по частоте причиной смерти среди раковых опухолей, составив около 16 тыс. летальных исходов.

Преимущественный возраст заболевших людей старше 50 лет. Следует отметить, что в течение 2 лет после обнаружения заболевания без лечения или после паллиативных операций погибают 85-90% пациентов с этой патологией.

В настоящее время нет общепринятого определения границы между прямой и ободочной кишками. Учебники анатомии описывают верхнюю границу прямой кишки как место, где заканчивается брыжейка сигмовидной кишки, или как часть толстой кишки на уровне III крестцового позвонка. С другой стороны, хирурги считают прямой кишкой сегмент толстой кишки в пределах малого таза.

Эти разграничения важны по двум практическим причинам. Во-первых, адьювантная лучевая терапия не подходит для опухолей ободочной кишки и, во-вторых, сравнения между исходами в различных исследованиях невозможны до тех пор, пока не будут установлены ясные и общепринятые определения.

Этиология и патогенез

В настоящее время общепринято, что большинство раковых опухолей толстой кишки возникает из предшествующих аденоматозных полипов.

В экспериментах на животных канцерогены вызывают одновременно появление как аденоматозных полипов, так и аденокарцином. Существуют также аргументы против концепции, согласно которой аденоматозные полипы предшествуют раку толстой кишки. Концепция о полипах как предраковом состоянии окончательно не доказана, но существуют свидетельства в пользу связи аденоматозных полипов с аденокарциномами.

Наряду с гипотезой о предраковых изменениях как неперменной стадии процесса малигнизации существует точка зрения о возможности возникновения рака de novo. Категорически отвергнуть такую возможность нельзя.

Относительно дисплазии эпителия кишки мнение в основном едино: если слабая и умеренная дисплазия с карциномой не связаны, то тяжёлая дисплазия неизбежно прогрессирует вначале в неинвазивный, а затем в инвазивный рак.

Изучение патологии опухолей толстой кишки показало, что процесс образования рака в этом органе проходит несколько стадий. Одна группа исследователей предполагает, что рак в толстой кишке образуется в предшествующем аденоматозном полипе, другие настаивают на появлении дисплазии в неизменённой слизистой

оболочке с последующим развитием карциномы in situ и инвазивного рака.

По-видимому, нет какой-либо одной причины, которая приводила бы к возникновению рака ободочной кишки. Рассматривается сочетание нескольких неблагоприятных факторов, которыми являются диета, внешняя среда, хронические заболевания толстой кишки и наследственность. Знания молекулярной генетики спорадического колоректального рака быстро накапливаются в последние годы, но причины, приводящие к канцерогенным изменениям, всё ещё непонятны.

Распространено мнение, что отсутствие растительных волокон в диете – важный фактор высокой распространённости колоректального рака. Доказано, что при уменьшении времени прохождения пищевого комка по кишечнику пищевые волокна, действуя как разбавитель, могут снижать время воздействия на слизистую оболочку кишечника потенциальных канцерогенов. Колоректальный рак чаще наблюдается в областях, где в диете преобладает мясо и ограничено потребление растительной клетчатки. Меньшая частота рака толстой кишки в сельской местности и в странах с традиционной растительной диетой (Индия, Центральная Африка) доказывает значение этого фактора в профилактике рака толстой кишки.

Обсуждается химическая теория, которая сводит причину возникновения опухоли к мутагенному воздействию ряда экзо- и эндогенных химических веществ (канцерогенов) на кишечный эпителий. В этом отношении наиболее активными считаются полициклические ароматические углеводороды, ароматические амины и амиды, нитросоединения, афлатоксины, а также метаболиты триптофана и тирозина. Канцерогенные вещества (бензпирен) могут образовываться и при нерациональной термической обработке пищевых продуктов, копчении мяса, рыбы. В результате их воздействия на геном клетки происходят точечные мутации, транслокации, что приводит к превращению клеточных протоонкогенов в активные онкогены.

Последние, запуская синтез онкопротеинов, трансформируют клетку в опухолевую. Другой диетический фактор – животные жиры: диета, богатая животными жирами, не только вызывает увеличение экскреции солей желчных кислот с калом, но также усиливает рост бактерий, что может приводить к разрушению солей желчных кислот с образованием канцерогенов. Если отсутствие в питании овощей сопровождается колоректальным раком, то имеются достоверные данные, что изотиоцианаты в овощах семейства крестоцветных (например, брокколи) могут оказывать протективное действие за счёт усиления экспрессии ферментов, метаболизирующих канцерогены, и индуцирования апоптоза в неопластических клетках.

У больных с хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки, особенно с язвенным колитом, частота рака толстой кишки значительно выше, чем в общей популяции. На возможность развития рака влияют длительность и клиническое течение заболевания. По данным литературы, риск возникновения рака толстой кишки при длительности заболевания до 5 лет составил от 0 до 5%, до 15 лет – 1,4-12%, до 20 лет – 5,2-30%. Особенно высока вероятность развития

опухоли у страдающих язвенным колитом в течение 30 лет и более – 8,7-50%.

При болезни Крона толстой кишки также возрастает риск развития злокачественной опухоли, однако частота этого осложнения ниже, чем при язвенном колите, и колеблется в пределах от 0,4-2,4 до 4-26,6%.

Колоректальные полипы достоверно увеличивают риск возникновения злокачественной опухоли. Индекс малигнизации одиночных полипов составляет 2-4%, множественных (более 2) – 20%, ворсинчатых образований – до 40%.

Полипы толстой кишки относительно редко встречаются в молодом возрасте, но у лиц старшего возраста наблюдаются достаточно часто, что подтверждается результатами патологоанатомических вскрытий. По данным литературы, при аутопсиях в экономически развитых странах полипы выявляются в среднем в 30%. По статистическим данным Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих, при вскрытии больных, умерших от причин, не связанных с колоректальной патологией, полипы в толстой кишке находят в 30-32%.

Определённую роль в патогенезе рака толстой кишки играет наследственность. Лица первой степени родства с больными колоректальным раком имеют высокий уровень риска развития злокачественной опухоли. К факторам риска следует отнести как злокачественные опухоли толстой кишки, так и наличие злокачественных опухолей других органов.

Такие наследственные болезни, как семейный диффузный полипоз, синдром Гарднера, синдром Тюрко, сопровождаются высоким риском развития рака толстой кишки. Если не удалять у таких больных полипы толстой кишки или саму кишку, то почти у всех из них развивается рак, иногда появляется сразу несколько злокачественных опухолей. Семейный раковый синдром, передающийся по аутосомному доминантному типу, проявляется множественными аденокарциномами ободочной кишки. Почти у 1/3 таких больных в возрасте старше 50 лет развивается колоректальный рак.

До недавнего времени роль микрофлоры толстой кишки в этиологии рака привлекала мало внимания. Однако в недавних исследованиях обнаружено, что у большинства пациентов с аденомами и карциномами интраэпителиально находили Escherichia coli, хотя микроорганизмы присутствуют у людей с нормальной слизистой оболочкой редко. Эта интересная находка открывает новую область исследований.

Рак толстой кишки развивается в соответствии с основными законами роста и распространения злокачественных опухолей. Их отличает относительная автономность и нерегулируемость роста, утрата органо- и гистотипичного строения, уменьшение дифференцировки ткани. В то же время здесь имеются и свои особенности. Так, рост и распространение рака толстой кишки происходят относительно медленнее, чем, например, рака желудка. Более длительный период опухоль находится в пределах органа, не распространяясь в глубине стенки кишки более чем на 2-3 см от видимой границы.

Медленный рост опухоли нередко сопровождается местным воспалительным процессом, переходящим на соседние органы и ткани. В пределах воспалительного

инфильтрата в соседние органы постоянно прорастают раковые комплексы, что способствует появлению так называемых местнораспространённых опухолей без отдалённого метастазирования.

В свою очередь, отдалённое метастазирование также имеет свои особенности. Наиболее часто поражаются лимфатические узлы и (гематогенно) печень, хотя наблюдаются поражения и других органов, в частности лёгкого.

Особенностью рака толстой кишки является довольно часто встречающийся его мультицентрический рост и возникновение одновременно (синхронно) или последовательно (метахронно) нескольких опухолей как в толстой кишке, так и в других органах.

Международная гистологическая классификация опухолей толстой кишки (2010)

Эпителиальные опухоли:

I. Доброкачественные опухоли:

- a. Тубулярная аденома
- b. Ворсинчатая аденома
- c. Тубулярно-ворсинчатая аденома
- d. Аденоматозный полип.

II. Интраэпителиальная неоплазия (дисплазия), связанная с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника:

- a. Железистая интраэпителиальная неоплазия высокой степени
- b. Железистая интраэпителиальная неоплазия низкой степени.

III. Рак*:

- a. Аденокарцинома
- b. Слизистая аденокарцинома**
- c. Перстневидноклеточный рак***
- d. Мелкоклеточный рак
- e. Плоскоклеточный рак
- f. Аденоплоскоклеточный рак
- g. Медуллярный рак
- h. Недифференцированный рак.

*Опухоли делятся на высоко- (более чем в 95% клеток определяются железистые структуры), умеренно- (железистые структуры определяются в 50-95% клеток), низкодифференцированные (железистые структуры определяются в 5-50% клеток) и недифференцированные (железистые структуры определяются в < 5% клеток). У больных с хорошо дифференцированными опухолями прогноз более благоприятен, чем у пациентов с низкодифференцированным раком.

**Устанавливается, если > 50% объёма опухоли представлено внеклеточной слизью. Такая опухоль всегда расценивается как низкодифференцированная.

***Устанавливается, если > 50% внутриклеточного объёма представлено внеклеточной слизью. Всегда расцениваются как низкодифференцированные.

(Окончание следует.)

Павел АНДРЕЕВ,
ассистент кафедры госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
заведующий кафедрой и клиникой
госпитальной хирургии,
доцент.

Вячеслав ИСАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Самарский государственный
медицинский университет.

Вряд ли многим медикам, а тем более журналистам из разных стран представится ещё такой случай: увидеть, как проходит нагрузочный тест на беговой дорожке, а затем дышит в спирометр Клаус Рабе – профессор Университета им. Христиана Альбрехта (Германия), мировое светило в области хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ). Конечно же, у этого больного, подтянутого человека дыхание очень быстро пришло в норму. Чего не скажешь о пациентах, проблеме лечения которых была посвящена презентация нового препарата для терапии ХОБЛ – комбинации тиотропия и олодатерола, одобренной накануне регуляторными органами ряда европейских стран для ежедневной поддерживающей терапии.

Важность обсуждаемой темы не вызывает сомнений: распространение ХОБЛ становится настоящей угрозой обществу. Сегодня от неё страдает 210 млн человек во всём мире. ХОБЛ наносит значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения. Специалисты предполагают, что к 2030 г. это заболевание станет третьим в списке причин смертности. Уже сейчас от ХОБЛ умирает в 2 раза больше людей, чем от рака лёгких.

Эти данные привела, открывая конференцию, модератор мероприятия, известный британский журналист Джилли Картер.

– Поэтому столь необходимыми являются более эффективные профилактика и лечение, – подчеркнула она и пригласила к разговору как медиков – учёных и практиков, так и представителей фарминдустрии, пациентов и сотрудников СМИ.

– Данными вопросами врачи озабочены уже давно, – сказал профессор Университета Ливерпуля (Великобритания) Питер Калверли. – Первые попытки классифицировать заболевания бронхо-лёгочной системы были сделаны в начале XIX столетия, когда появились термины «пневмония» и «бронхит». Их предложил в 1826 г. французский врач и анатом, основоположник клинко-анатомического метода диагностики Рене Лаэннек, вошедший в историю ещё и как изобретатель стетоскопа. Он впервые описал клинические симптомы того, что мы сегодня называем ХОБЛ. А само понятие «хроническая обструктивная болезнь лёгких» появилось только в конце XX века.

Изучению и лечению ХОБЛ посвящены десятки трудов учёных всего мира. Основным документом, в котором рассматриваются известные в настоящее время аспекты заболевания, является Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни лёгких (Global initiative for Obstructive Lung Disease – GOLD) – совместный проект Института сердца, лёгких и крови (США) и ВОЗ. Программа GOLD регулярно обновляется с 1998 г.

Согласно данному в ней определению, хроническая обструктивная болезнь лёгких – это заболевание, для которого ха-

то, что постоянно приходится делать выбор, в какой области проводить исследования, ведь каждая исключительно важна: и иммунология, и онкология, и сердечно-сосудистые заболевания, и сахарный диабет, и гепатит, и другие, мы не перестаём заниматься респираторными заболеваниями и ХОБЛ в частности, результатом чего и стало появление нового препарата.

действия. Они способствовали быстрому открытию дыхательных путей. Вскоре стала применяться и кислородная терапия – этот метод до сих пор востребован во всём мире.

В 1970-1990-е годы появились антихолинергики и бета-агонисты пролонгированного действия. Тогда же были начаты клинические исследования обострений ХОБЛ.

Последние годы были важны для доказательства необходимости долгосрочной терапии ХОБЛ. Безопасность и эффективность новой комбинации подтверждается данными годичных клинических исследований TONADO I и II, в которых приняли участие более 5 тыс. пациентов. Они являются частью всемирной программы клинических исследований TOViTO, охватившей более 15 тыс. человек.

Их результаты обобщил старший директор по медицинским вопросам направления «Респираторные заболевания» одной из компаний доктор Ларс Гренке.

– Мы думали, что ХОБЛ – это необратимое заболевание, но эти данные дают надежду на существенный прогресс при этой болезни, – подчеркнул он. – Препарат оказывает продолжительный эффект и серьёзно снижает одышку.

Ведущие специалисты в области ХОБЛ подчёркивали: следует донести до пациентов, что начинать лечение нужно при первых же симптомах (кашель, мокрота, одышка), а не тогда, когда уже становится немого. Люди должны также понять, что нарушение функции лёгких – только начало проблемы. А одышка постепенно может привести к инвалидности и смерти.

Поэтому главные слагаемые успеха – это осведомлённость о ХОБЛ населения и повышение уровня знаний у врачей (особенно – первичного звена).

– Многие пациенты не хотят идти к врачу, рассуждая: «подумаешь, немного курю, немного одышка», – поделился профессор Клаус Рабе, – кто-то боится: «а вдруг у меня рак»? Собственно, и про ХОБЛ бытует мнение, что эта болезнь неизлечимая, необратимая. А на самом деле мы просто поздно диагностируем эту болезнь: у 50% – на 2-й стадии, а у 30% – на 3-й или даже 4-й. Как следствие, в большинстве случаев диагноз ставится, когда функция лёгких уже значительно нарушена и поддерживающая терапия становится жизненно необходимой. (По данным Европейского респираторного общества только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно.) Между тем ранняя терапия даёт хороший шанс. Поэтому лечащий врач должен мотивировать пациентов пройти диагностику и начать лечение.

– Очень важным является и оптимальное управление болезнью, нацеленность на приверженность терапии, – подчеркнул профессор Рабе. И добавил: – Единого решения проблемы ХОБЛ нет. Есть оптимальное решение, и мы о нём сегодня говорим.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Вена – Москва.

Анализ и прогнозы

Единого решения проблемы нет, но есть оптимальное

Так говорят специалисты о терапии ХОБЛ



Правильная терапия меняет качество жизни

актерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий характер и спровоцировано аномальной воспалительной реакцией ткани лёгких на раздражение различными патогенными частицами и газами.

Выпуск лекарственных препаратов для лечения респираторных заболеваний является одним из основных направлений работы немецкой компании Берингер Ингельхайм (Boehringer Ingelheim). Это подчеркнул медицинский директор регионального центра в Вене Клаус Филь.

– Наше внимание сосредоточено на болезнях, для которых пока не создано удовлетворительных методов лечения и которые являются наиболее распространёнными в мире, – отметил он. – Несмотря на

Он возник в результате объединения двух известных препаратов компании – тиотропия и олодатерола в ингаляционном устройстве, которое не содержит пропеллентов, и пациенту достаточно сделать обычный вдох, чтобы лекарство проникло глубоко в лёгкие.

Клаус Филь рассказал также о путях развития, которые прошли ингаляторы.

Вехи истории лечения ХОБЛ кратко осветил и Питер Калверли.

– Практически 100 лет понадобилось, чтобы описать это заболевание, – подчеркнул он. – Это случилось только в начале прошлого века. Но с лечением проблемы были ещё серьёзнее: в 50-е годы назначались исключительно антибиотики, и лишь в 60-е впервые были использованы бронходилататоры, в частности бета-агонисты короткого

Важной вехой стал 2002 г., когда был зарегистрирован новый препарат, явившийся итогом целого ряда исследований. Он оказался значительно более эффективным, чем существовавшие ранее препараты.

По словам выступавших, картина ХОБЛ в последнее время меняется: если раньше среди пациентов преобладали мужчины, то сейчас стремительно растёт число женщин (в последние годы заболеваемость увеличилась на 25% у мужчин и на 69% у женщин), что представляет угрозу будущим поколениям. И что особенно печально: заболевание «молодеет»!

Главным фактором риска ХОБЛ остаётся курение (80-90% случаев), хотя растёт и значимость загрязнения окружающего воздуха.

Показатели смертности от ХОБЛ среди курильщиков максимальны, у них быстрее развивается обструкция дыхательных путей и одышка, что возможно уже к 40 годам. Иными словами, как метко сформулировал профессор Калверли, «когда есть в кармане сигареты, обязательно понадобятся и таблетки».

О том, как ей удаётся преодолеть болезнь, ярко и эмоционально рассказала пациентка с ХОБЛ Кэрол Прид. Её выступление прокомментировал Питер Калверли:

– Для большинства людей это ключевой момент: улучшить качество жизни, – сказал он. – Причём уровень активности должен определяться не тем, сколько ты прошёл шагов, а как, с каким самочувствием. Именно такой исход важен для ХОБЛ и большинства хронических заболеваний в целом.

информации, иначе система профилактики и помощи не будет работать, а, напротив, создаст условия для демотивации и асоциализации ребёнка и семьи», – считает глава думского комитета.

«Наркотики – оружие массового поражения», – подчеркнула И.Яровая. – Последнее изъятие синтетических наркотиков в 280 кг у актёра сериала «Бригада» – это лишь иллюстрация к тому,

что массовая преступная атака на молодое поколение является реальностью. Но это означает только то, что беспощадность и жёсткость должны быть в отношении оргпреступности, а в отношении детей – исключительно защита и помощь», – заключила депутат.

Иван КОСТИН.

МИА Сити!

Осторожно!

Тестирование детей на наркотики должно быть сугубо конфиденциальным, заявила председатель Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Ирина Яровая. Так депутат отреагировала на проведённый по инициативе руководства одной из школ Санкт-Петербурга осмотр учащихся с использованием служебной собаки.

Напомним, детский омбудсмен Павел Астахов написал в своём микроблоге в Twitter, что сотрудники Федеральной службы по

Только конфиденциально

контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) по инициативе руководства школы Санкт-Петербурга провели осмотр учащихся с использованием служебной собаки.

И.Яровая убеждена, что ребёнок после тестирования на наркотики не должен оказаться в изоляции. «Всё, что связано с тестированием детей в школе, должно быть направлено на

конфиденциальность, защиту ребёнка от общественной изоляции и отчуждения, – считает депутат. – Инициатива руководства школы, мягко говоря, вне принципов педагогики, и по результату имеет неправомерный, публично-карательный характер».

По её словам, в Госсовете в числе предложений эта тема озвучивалась. «Родители должны быть главными в получении

Ориентуры

Сердце, тебе не хочется покоя!..

Российский национальный конгресс кардиологов

Россия вошла в рейтинг ВОЗ как благоприятная страна со средней продолжительностью жизни более 70 лет. Отметив это в послании Федеральному собранию, Президент РФ поставил задачу – уже в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой, качественной динамики в снижении смертности, в связи с этим предложил объявить 2015 г. Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

...Конкретным ответом на этот призыв явился Российский национальный конгресс кардиологов. Его проведение на площадке РАН 22-25 сентября стало крупнейшим медицинским событием нынешнего года. Если судить по некоторым сбоям, сопровождавшим открытие конгресса, его масштаб оказался даже несколько неожиданным для организаторов. По уточнённым данным, в работе конгресса приняли участие более 6 тыс. человек из 26 стран. Наряду с отечественными специалистами – эксперты в области кардиологии из Белоруссии, Бельгии, Великобритании, Израиля, Италии, Казахстана, Кипра, Киргизии, Китая, Ливана, Македонии, Молдавии, Нидерландов, Норвегии, Португалии, Румынии, Сербии, США, Турции, Узбекистана, Украины, Франции, Чехии, Швейцарии, Эстонии.

Обращаясь к участникам большой встречи, зарубежным гостям, министр здравоохранения РФ В.Скворцова выразила уверенность, что конгресс откроет новые перспективы совершенствования медицинской помощи на основе инновационных медицинских технологий и станет очередным шагом вперёд на пути развития отечественной кардиологии.

Специалистов, заполнявших с утра залы Российской академии наук, ждали разнообразные симпозиумы, конференции, мастер-классы, на которых выступили ведущие отечественные и международные эксперты, щедро делясь своим опытом, рассказывая о новейших методах и достижениях в современной кардиологии. Конгресс стал значимым событием не только для профессионального сообщества, но и для конечного потребителя медицинских услуг, объединив усилия учёных и практикующих врачей для создания эффективных механизмов взаимодействия.

Организатором форума по традиции выступило Российское общество кардиологов. Его президент – академик РАН Е.Шляхто напомнил: сегодня Российское кардиологическое общество (РКО) объединяет более 6 тыс. специалистов, работающих как в кардиологии, так и в смежных с кардиологией областях. За последние годы оно выросло в 4 раза, существенно прибавив «в активности»: проводя до 180 мероприятий в год в 60 городах страны... Окрепло взаимодействие с другими общественными медицинскими организациями, государственными структурами. Являясь активным членом Национальной медицинской палаты, РКО участвует в проведении медико-социальных акций, образовательном проекте по непрерывному последипломному медицинскому образованию. Стратегическое направление общества – поддержка молодых специалистов...

РКО – авторитетный участник научной жизни международного медицинского сообщества. Оно тесно взаимодействует с Европейским кардиологическим обществом (ЕКО), где выступает третьим по численности национальным обществом кардиологов, с Всемирной организацией здравоохранения. В настоящий момент 3 доктора из России



Рабочая встреча руководства Европейского и Российского кардиологических обществ в рамках конгресса

входят в программный комитет европейского конгресса, 5 членов РКО являются рецензентами европейских клинических рекомендаций.

Участники Национального конгресса кардиологов сосредоточили внимание на поиске новых возможностей оказания медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы, внедрении в клиническую практику инновационных методов. О пользе коллективного взаимодействия, о том, что нельзя замыкаться в собственном кругу, говорили в своих выступлениях президент ЕКО Fausto Pinto (Португалия), президент-элект ЕКО Jeroen Van (Нидерланды), руководитель программного комитета Европейского конгресса кардиологов Genevieve Derueux (Франция), другие представители европейских, азиатских и ближневосточных профессиональных сообществ.

Четыре дня напряжённой работы в 11 залах конгресса. Две сотни научных симпозиумов, пленарных и секционных заседаний, доклады, имеющие междисциплинарный характер, эмоциональные обсуждения основных сфер современной кардиологии – от первичной профилактики до интервенционных вмешательств. Достаточно назвать лишь некоторые темы, прозвучавшие в ходе конгресса: «Некоронарогенные заболевания сердца», «Спорные и нерешённые вопросы диагностики и лечения артериальной и лёгочной гипертензии», «Коморбидность – проблема XXI века», «Острый коронарный синдром. Инвазивная стратегия», «Эффективный медицинский менеджмент в кардиологии», «ИБС: факторы риска и прогноза», «Парадоксы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний» и т.д.

...Зал с интересом встретил доклад доктора медицинских наук, профессора-генетика Е.Заклязьминской «Персонализация диагноза и лечения в кардиологии». Речь – об использовании индивидуальных биомаркёров, учитывающих генетические особенности человека для оптимизации диагностики и лечения. Сегодня в геноме человека нам

известны от 20 до 40 тыс. генов, и функции только половины из них более или менее изучены. Но и это уже большая удача.

Среди более чем 6 тыс. наследственных заболеваний около 1,5 тыс. отражают заболевания сердца и сосудов... На повестке дня – внедрение новых знаний в клиническую практику. Уточняются подходы к ДНК-диагностике в кардиологии. Растёт число протоколов новых видов лечения болезней сердечно-сосудистой системы в связи с генетическим заболеванием. И пусть у генной терапии ещё немало проблем, впереди, уверен докладчик, ждут интересные открытия.

...О работе Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) рассказал его исполнительный директор профессор В.Мареев. В программе ОССН большое внимание уделено заболеваниям, которые провоцируют развитие сердечной недостаточности. Успешной работе способствуют тесные контакты с ведущими международными и отечественными научными обществами, в частности, совместный симпозиум с Европейской ассоциацией по сердечной недостаточности. Планируется провести такое совместное заседание и в этом году. Регулярно проходит конкурс молодых учёных. Победители, среди которых немало представителей отдалённых регионов, становятся участниками Европейского конгресса по сердечной недостаточности.

Общий интерес аудитории вызвал научно-практический симпозиум «Крепость нашего здоровья», организованный одной из американских компаний, Российским кардиологическим обществом и Северо-Западным федеральным медицинским исследовательским центром им. В.А.Алмазова Минздрава России. Председатель симпозиума, доктор медицинских наук, профессор Ю.Карпов напомнил: несмотря на успехи в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний, они являются главной причиной смертности во всём мире. На их долю приходится более 17 млн смертей в год. Согласно оценкам экспертов, к 2030 г. еже-

годно от ССЗ в мире будут умирать более 23 млн человек. Доля болезней системы кровообращения в общей структуре смертности в России составляет более 56%. Несмотря на успехи в противоборстве с недугом, своевременное выявление и качественное лечение этих жизнеугрожающих заболеваний по-прежнему остаётся чрезвычайно актуальным. Среди факторов риска

лидируют ожирение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, нездоровое питание, курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет и др.

В рамках сердечно-сосудистого континуума факторы риска, острый коронарный синдром и хроническая сердечная недостаточность образуют непрерывную цепь. Чтобы её «разорвать», специалисты предлагают свои терапевтические подходы, в том числе новое поколение статинов и других препаратов, актуальные методы защиты здоровья кардиологических пациентов.

В ходе дискуссий участники конгресса постоянно подчёркивали значение здорового, активного образа жизни, противостояния факторам риска. Не раз отмечалось: отказ от курения заметно влияет на прогноз самочувствия человека. Специалисты назвали национальной угрозой нарастающий поток в стране опиатов и как результат – тысячи погибающих от передозировки. Вывод: победить наркоманию очень тяжело, но проиграть эту войну невозможно...

Как всегда эмоционально прозвучало выступление президента Российской национальной палаты Л.Рошала. Он не согласен с тезисом, что «здоровоохранение у нас ужасно»... Проблем в избытке – цены на лекарства, нехватка финансирования. Негоже, что иные молодые врачи, получив на бюджетные средства профессию врача, уходят «в сторону». Нельзя забывать о профессиональном долге. Необходимо повышать престиж профессии медика. И здесь велика ответственность работников прессы за объективность, глубину освещения деятельности медицинского сообщества...

В перерывах между заседаниями участники конгресса знакомылись с многочисленными новинками, созданными учёными, специалистами для борьбы с грозным недугом. За последнее десятилетие кардиология, по мнению многих, – фактически переоснащена полностью. Особенно значительные достижения в области диагностики сердечно-

сосудистых заболеваний. Одну из российских новинок продемонстрировал С.Мацкеплишвили, сопредседатель рабочей группы программного комитета 2015 г. «Визуализация в кардиологии, компьютерные технологии», доктор медицинских наук, профессор университетской клиники МГУ им. М.В.Ломоносова. Прибор, который помещается в кармане, – кардиореспираторный монитор, обещает облегчить жизнь пациентам кардиологических отделений. Устройство считывает информацию о сердечном ритме и моментально отправляет её на экран врача: не нужно лежать на больничной койке, можно ходить и свободно заниматься своими делами. «Перспективная разработка, – уточняет учёный. – Однако её ещё предстоит протестировать, чтобы понять, насколько его можно использовать для самых тяжёлых пациентов».

Заметным событием в рамках конгресса стало проведение «круглых столов», совместных симпозиумов с коллегами из Белоруссии, Турции, Китая...

В выступлениях участников конгресса неоднократно затрагивались проблемы воспитания заграничных медиков. Необходимо сделать всё для того, чтобы они владели самыми современными методами диагностики и лечения. Они не должны быть зашорены на алгоритмических подходах. Главное, чтобы гордились своей профессией. Помнили учителей, на плечах которых стоят и смотрят в будущее... Аудитория с пониманием встретила слова президента Европейского кардиологического общества: «Новые технологии не заменяют живого человека – людям с сердечными заболеваниями необходима забота неравнодушного доктора».

Среди ожидаемых событий наступающего года – аккредитация врачей, создание системы социально-экономической мотивации граждан на сохранение своего здоровья.

На конгрессе в торжественной обстановке были вручены премии Российского кардиологического общества ведущим российским кардиологам. Награды получили Н.Боровков, Ю.Поздняков, И.Фомин, В.Ширинский. Звание «Почётный кардиолог России» присвоено А.Хасаеву, Г.Арутюнову. Прозвучали имена победителей конкурса молодых учёных.

Участники конгресса констатировали: междисциплинарное взаимодействие врачей и исследователей, педагогов и клиницистов, специалистов-кардиологов и их коллег будет активно способствовать новым успехам в противодействии сердечно-сосудистым заболеваниям, ускоренному внедрению в клиническую практику новых методов диагностики и лечения, станет очередным шагом вперёд на пути развития отечественной и международной кардиологии.

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Комитет Госдумы РФ по охране здоровья готовит проект федерального закона об изменении принципов государственного регулирования рынком биологически активных добавок (БАД). Дело в том, что независимые исследования выявили в ряде представленных на отечественном рынке БАД использование недопустимых медицинских препаратов. А Роспотребнадзор уже начал отзывать свидетельства о регистрации БАД для улучшения потенции, в которых были обнаружены химические вещества тадалафил и силденафил, входящие в состав отпускаемых по рецептам лекарств от эректильной дисфункции. При передозировке эти лекарства могут привести к гибели человека.

В обход закона

«Тонкгат али платинум» не может обращаться на внутреннем рынке страны: со ссылкой на технический регламент Роспотребнадзора его отозвал. Соответствующий приказ № 631 главный санитарный врач РФ Анна Попова подписала ещё 29 июля 2015 г. Согласно данным электронного реестра Евразийской экономической комиссии, все свидетельства о госрегистрации этого препарата аннулированы.

Это значит, что БАД фактически находится вне закона и не может реализовываться. Однако же добавка продолжает всю рекламу и продвигаться....

Весной этого года саморегулируемая организация «Объединение производителей БАД», Союз профессиональных фарморганизаций и Аптечная гильдия провели в 6 федеральных сетях совместную контрольную закупку 29 образцов различных БАД для улучшения потенции («сеалекс», «аликапс», «лаверон», «тонкгат али платинум», «саймы», «фужуньбао супер»). Оказалось, что все они содержат в своём составе не заявленные при государственной регистрации фармацевтические субстанции рецептурных лекарственных препаратов.

Исследования, проведённые в трёх аккредитованных при Минздраве России лабораториях, потрясли специалистов – не заявленные при госрегистрации и запрещённые к применению в БАД вещества были обнаружены в 80% (!) образцов. В отдельных из них дозировка оказалась даже выше, чем в лекарственных препаратах. А чтобы затруднить обнаружение активного вещества, производители пошли на хитрость: помещали его не внутрь капсулы, а в её наружную желатиновую оболочку. Это указывает ещё и на «высокотехнологичное» производство фальсификатов, отмечают эксперты. А ведь подобные технологии международные фармпираты используют с 2009 г., и как раз в БАД для улучшения потенции.

Проблема миллионов российских мужчин

Мелкие фармпроизводители запаниковали, выискивая спасительные лазейки. Крупные же производители хранят спокойствие. Ведь приказ Роспо-

сийских мужчин, и государство должно немедленно прекратить это масштабное преступление, считают эксперты.

Технический регламент Таможенного союза относит БАД к специализированной пищевой продукции, а это означает, что добавки не являются лекарственными препаратами. Определение БАД дано в ст. 1

бочными эффектами попадают на рынок, минуя необходимые экспертизы.

При этом, бесконтрольному распространению БАД способствуют не только реклама, но и аптеки и лечебные учреждения. Как выявило проведённое осенью исследование Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники», врачи нередко

рынок должен заниматься Минздрав».

Предложение ужесточить допуск БАД на рынок – не первая попытка властей ограничить их распространение. Так, в 2009 г. депутаты Госдумы заявили о необходимости сократить широко-масштабную рекламу биодобавок в СМИ, оставив её только в медицинских и фармацевтических

Острая тема

Не всякому БАДу рады

Пора прекратить разгул на отечественном рынке биологически активных добавок



Выбирай, не хочу!

требнадзора № 631 об отзыве «тонкгат али платинум» остаётся пока единственным в своём роде...

Тем не менее данных проведённого исследования оказалось достаточно для возбуждения Следственным комитетом уголовного дела по ч. 1 ст. 238.1 УК РФ «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок». А 23 января 2015 г. вступили в силу дополнения в эту статью, установившие за фальсификацию лекарств и БАД от 3 до 12 лет лишения свободы.

Законодательство РФ позволяет в таких случаях (при угрозе безопасности здоровья населения) оперативно приостанавливать до вынесения судебных решений не только обращение конкретных серий продукции, но и функционирование конкретных хозяйствующих субъектов. Причём ответственность по статье 238.1 УК РФ несут не только производители, но и распространители фальсифицированных БАД. Проблема напрямую касается около 10 млн рос-

ссийского населения. Раз отстранили Минздрав, недобросовестным производителям можно нарушать технологии и рецептуры, выпуская на рынок продукты, в которых регулярно находят не указанные в составе активные компоненты лекарственных препаратов. Кроме того, некоторые производители не регистрируют лекарства, а позиционируют их как БАД. В результате препараты с недоказанным терапевтическим эффектом и неизвестными по-

сторонними эффектами попадают на рынок, минуя необходимые экспертизы. При этом, бесконтрольному распространению БАД способствуют не только реклама, но и аптеки и лечебные учреждения. Как выявило проведённое осенью исследование Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники», врачи нередко

назначают БАД вместо или под видом лекарственных средств, а основным каналом их продаж служат аптеки. «Нынешним летом на совещании у вице-премьера РФ Ольги Голодец была затронута проблема БАД в России, – рассказал глава Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников. – Обсуждались выявленные экспертами случаи фальсификаций в этой отрасли. Сейчас наш комитет готовит законопроект, который в первую очередь передаст полномочия по регулированию рынка БАД из Роспотребнадзора в Росздравнадзор. Это ведомство будет не просто регистрировать новые препараты, а проверять состав каждого из имеющихся на рынке и новых поступающих на предмет присутствия там лекарственных препаратов. В случае, если таковые будут обнаружены, добавка будет изыматься из обращения и запрещаться на нашем рынке». А пока, как отметил С.Калашников, Роспотребнадзор просто регистрирует поступающие на рынок БАД, не проверяя их состав.

Ежегодный рост рынка биодобавок в России составляет 10-15%, а в I квартале 2015 г., по данным маркетингового агентства DSM Group, объём их продаж увеличился на 22% по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. В 2014 г. объём рынка БАД составил 29 млрд руб.

От перемены мест...

«Если БАД содержит растительные компоненты – требования должны быть стандартными, если химические – это не БАД, а лекарство, и он должен проходить клинические исследования, – считает директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов. – Я знаком с исследованиями, выявившими в БАД лекарственные средства. Это доказывает, что сейчас никаких проверок не проводится. Системой допуска добавок на

изданиях и на специализированных выставках и конференциях. Однако регламентирующий рекламу биодобавок закон №200-ФЗ был принят только в 2013 г. и оказался довольно либеральным. Его суть сводится к требованию сопровождать рекламу БАД предупреждением о том, что продукт не является лекарственным средством, а также установлению ответственности за нарушения в рекламе для самих СМИ. В конце декабря 2014 г. Федеральная антимонопольная служба (ФАС) предложила регистрировать биологически активные добавки в качестве лекарств. Поскольку активность БАД не велика, их можно отнести к безрецептурным препаратам, заявили в ведомстве. Но при этом необходимо проводить клинические исследования, которые докажут, есть ли у этих препаратов положительный эффект. Идею подхватили в Госдуме. Депутат Андрей Крутов предложил Минздраву ввести регулирование допуска БАД на российский рынок и проводить клинические исследования. «До сих пор невозможно реально оценить не только пользу и вред от применения таких препаратов, зачастую, как выяснилось, неизвестно даже, что на самом деле внутри коробочки или баночки», – считает А.Крутов.

...Чем менее доступной становится в России официальная медицина, тем больше граждан предпочитает бороться с недугами самостоятельно, в том числе с помощью БАД. Так когда же Россия всё же ужесточит требования к допуску биологически активных добавок, представленных на отечественном рынке? И будет ли толк от перемены ведомства, регулирующего рынок БАД, – Роспотребнадзора на Росздравнадзор. А почему не Минздрав России? Или от перемены ведомств политика в отношении БАД не меняется?

Константин ШЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Сотрудничество

У ЕАЭС будет общий рынок лекарств

Законы об общем рынке лекарств Евразийского экономического союза (ЕАЭС) будут согласованы к концу 2015 г. Об этом сообщил на «круглом столе» на тему «Международный опыт создания единого рынка лекарственных средств» заместитель директора Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ Анатолий Капустин.

Государства – члены ЕАЭС до конца 2015 г. обязаны привести в полное соответствие с правилами и требованиями Европейской экономической комиссии все нормативные акты, участвующие в формировании единого рынка

лекарственных средств ЕАЭС, подчеркнул А.Капустин. При этом будет использован опыт Евразийского экономического союза и Европейского союза.

По словам А.Капустина, контролировать все процессы, связанные

с приведением национальных законодательств в соответствие с наднациональными будут представители Евразийской экономической комиссии (ЕЭК). В формировании новой системы правового регулирования активнее могло бы участвовать и бизнес-сообщество, считает эксперт. «Эти процессы не должны рассматриваться как исключительная обязанность органов публичной власти», – полагает он.

Комиссия совместно с госу-

дарствами – членами ЕАЭС уже разработала более 20 документов, необходимых для общего рынка лекарственных препаратов, в создании которых участвовали фармацевтические ассоциации стран Союза, пояснил директор Департамента технического регулирования и аккредитации ЕЭК Василий Бойцов. Первые законы коллегия ЕЭК приняла 22 сентября: Концепцию гармонизации фармакопей государств – членов ЕАЭС и Положение о Фармако-

пейном комитете ЕАЭС. Остальные документы комиссия должна утвердить до конца года.

Созданный на базе Таможенного союза ЕАЭС, в состав которого входят Россия, Казахстан, Белоруссия, Армения и Киргизия, является международной организацией региональной экономической интеграции.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Как она возникает?

Скука – органичная составляющая нашей повседневной жизни, и тем более удивительно, что само это слово появилось в английском лексиконе лишь в 1852 г. благодаря Чарльзу Диккенсу и его роману «Холодный дом». Диккенсовский анализ жизни леди Дедлок, «умирающей от скуки» в своём браке, позднее во многом подтвердился научными доказательствами. Но, вероятно, из-за того, что тоска так распространена в повседневной жизни, учёные не сразу взялись её изучать. «Когда ты постоянно окружён чем-нибудь, возможно, перестаёшь это замечать», – говорит Джон Иствуд из Йоркского университета в Канаде, один из первых учёных, проявивших к этой теме интерес.

Одно из распространённых заблуждений состоит в том, что скучают якобы только скучные люди. Однако Иствуд в ходе своей работы выяснил, что тоске смертной особенно подвержены два чётко выраженных типа личности, и ни один из этих типов нельзя назвать блёклым. Скука часто проявляется у людей, импульсивных по своей природе, которые постоянно ищут новых переживаний. Размеренное течение повседневной жизни кажется таким индивидам слишком пресным. Окружающий мир их недостаточно стимулирует, отмечает Иствуд.

Второй тип людей, подверженных такой хандре, диаметрально противоположен по характеру. Мир для них полон опасностей, поэтому они отгораживаются от него и пытаются не покидать свою зону комфорта. «Они отстраняются, потому что слишком чувствительны к боли», – говорит учёный. Такое отстранение приносит некоторое успокоение, но может казаться недостаточной мерой для обеспечения безопасности – и в итоге возникает скука.

Практически с самого начала стало понятно, что любое из описанных состояний может вести к

Мифы и факты

Немало людей, способных вогнать в скуку, но Санди Манн из Университета Центрального Ланкашира практикует это ремесло профессионально. Добровольцам, приходящим в её лабораторию, она даёт монотонные задания, к примеру, переписывание длинных списков телефонных номеров. Как правило, они стоически переносят испытание, но, глядя на ёрзание на стуле и периодические зевки, становится понятно, что происходящее не вызывает у них восторга.

Но страдают они ради науки: Манн хочет

понять, какое влияние скука оказывает на жизнь человека. Манн – одна из очень немногих психологов, разрабатывающих тему. Оказывается, это состояние (которое каждый для себя называет по-своему – скучища, тоска зелёная, тягототность, хандра и т.д.) может быть опасным и вредным состоянием разума, плохо сказывающимся на здоровье и даже сокращающим продолжительность жизни. Но есть и другая сторона медали: без скуки, как выясняется, мы вряд ли смогли бы творить.

Тоска зелёная
В чём вред и польза скуки

саморазрушению: склонность к скуке связана с курением, чрезмерным потреблением алкоголя и наркотиков. В ходе одного из исследований, в котором участвовала группа южноафриканских подростков, выяснилось, что скука – главная причина злоупотребления спиртным, табаком и марихуаной.

Не говоря уже о более распространённых, но столь же нездоровых привычках, к примеру, стремлению развлекать себя поеданием пищи. «Скука на работе – двигатель кондитерской индустрии», – говорит Манн. Негативное влияние тоски на продолжительность жизни тоже может быть очень существенным. Учёные, проводившие исследование жизни британских чиновников, выяснили, что среди тех, кто скучает на работе, была на 30% повышена вероятность умереть в ближайшие 3 года.

С точки зрения специалистов, это выглядит странно. Эмоции, как правило, развиваются для того, чтобы приносить человеку пользу, а не доводить его до саморазрушения. «Тот факт, что

скука является частью повседневной жизни, говорит нам, что она должна быть для чего-то полезна», – комментирует Хезер Ленч из Техасского университета A&M. Страх, к примеру, помогает избежать опасности, а расстройство – избежать повторения ошибок. А для чего в таком случае человеку тоска зелёная?

На основании имеющихся данных Ленч делает предположение, что она может лежать в основе одной из самых важных черт человеческого характера – любопытства. Скука, по словам исследователя, заставляет нас сойти с привычных рельсов и ставить себе новые цели, исследовать новые места и новые концепции. Этот поиск выхода сопряжён со стремлением идти на риск, даже если он может угрожать здоровью. В ходе одного исследования испытуемых закрыли на 15 минут в комнате с кнопкой, при нажатии на которую они получали удар током. Многие из них воспользовались этой кнопкой, похоже, просто потому, что это был единственный способ развеять скуку. Возможно, по схожим причинам

люди в состоянии хандры приобретают нездоровые привычки. Но, с другой стороны, скука способствует изобретательности.

Продолжая исследование с упомянутыми в начале статьи добровольцами, переписывавшими телефонные номера, Манн выяснила, что после этого упражнения у них улучшились результаты в тестах на нестандартные решения, к примеру, при поиске необычных применений для повседневных предметов. Психолог предполагает, что рутина помогла их мыслям течь в произвольном направлении, что способствует ассоциативному и творческому мышлению. Похоже, что без умения скучать человечеству не удалось бы достичь нынешних художественных и технологических вершин.

Любите скуку – она бывает и полезна

С учётом этого Манн советует не бояться приступов скуки. «Мы должны принимать её с радостью, – говорит она, поясняя, что сама теперь начала так поступать. –

Вместо того чтобы в пробке страдать от скуки, я включаю музыку и думаю о чём-то отвлечённом. Я знаю, что для меня это полезно. Я позволяю скучать и своим детям: это способствует развитию творческих навыков».

Иствуд не так сильно убеждён в пользе скуки, но он признаёт, что не стоит пытаться её прогонять любой ценой. «Это чувство настолько неприятное, что люди стремятся тут же от него избавиться. Я не собираюсь присоединяться к этой войне со скукой и искать против неё какие-то рецепты, потому что нам стоит прислушаться к этой эмоции и понять, что организм учётся нам сказать», – считает учёный.

К примеру, вредным может оказаться применение смартфона или планшета в качестве мгновенного лекарства от скуки. «Мы живём в техногенном мире с переизбытком стимулирования – нас постоянно что-то отвлекает и дёргает, – отмечает Иствуд, говоря, что в итоге мы попадаем в замкнутый круг и ожидаем, что любопытство будет удовлетворяться моментально. – Но, возможно, от этого люди начинают скучать даже больше».

Специалист советует вместо этого попытаться проанализировать, есть ли какие-то долгосрочные факторы, которые заставляют нас чувствовать себя отстранённо. Его исследования показали, что если убедить человека в том, что его жизнь полна значения и смысла, то тоска отступает (что подтверждается тестами). Чувство скуки, испытываемое на рабочем собрании или семейном торжестве, может казаться мелочью, но не исключено, что оно может быть симптомом глубинного экзистенциального кризиса и потребности в самореализации, выходящих далеко за рамки конкретной ситуации.

Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МГ».

По материалам сайта BBC Medicine.

Перспективы

Генетический «ключ зажигания»

Генетический «ключ зажигания», запускающий развитие человеческого эмбриона, включает в себя всего три десятка генов.

С чего начинается развитие эмбриона? Если посмотреть на него снаружи, то мы увидим, как оплодотворённая яйцеклетка делится раз, потом другой, потом третий и т.д., на третий день своего существования человеческий зародыш состоит из 8 клеток. (Правда, точнее будет сказать, что здесь поначалу происходит не деление, а дробление – первые несколько клеток между делениями не растут, так что в объёме яйцеклетки к концу дробления находятся несколько более мелких клеток-бластомеров.)

Но если попробовать посмотреть «изнутри» зародыша: какие гены управляют самыми первыми этапами его жизни. Известно, что поначалу ДНК яйцеклетки молчит, и все процессы, что в ней происходят, управляются матричными РНК, которыми клетка запаслась во время своего развития ещё до оплодотворения. Но собственные гены оплодотворённого яйца «просыпаются» довольно быстро, и от того, в каком порядке они работают и хорошо ли они работают, во

многом зависит, каким получится будущий организм.

У человека насчитывают около 23 тыс. генов, и до последнего времени мало что было известно о том, какие из них «дирижируют» первыми днями зародыша. И в этом смысле большой шаг вперёд представляет собой работа исследователей из Каролинского института, которая в скором времени будет открыта для общего доступа в Nature Communications. Им удалось посчитать гены, включающиеся на самых ранних этапах эмбрионального развития: на 2-й день начинают работать 32, а на 3-й – уже 129, причём про 7 из них до сих пор никто ничего не знал.

Некоторые из них кодируют белки, некоторые же, что особенно любопытно, относятся к так называемым мусорным последовательностям. Известно, что нашей ДНК есть много кусков, функция которых мало того, что неизвестна – кажется, что они в принципе ни на что не годятся. К мусорной ДНК, в частности, относятся протяжённые повторяющиеся фрагменты, которые в прошлом, по-видимому, были мобильными генетическими элементами, или ретротранспозонами: их так называют, потому что они могут

путешествовать внутри генома, копируя себя в разные участки хромосом. Ретротранспозоны могут быть довольно опасны: если копия попадает в важный ген, он после такой операции вместо белка начинает кодировать какую-то ерунду. Так что клетки изо всех сил стараются нейтрализовать, усыпить мобильные генетические элементы.

Однако в последнее время стали появляться публикации, в которых мусорная ДНК оказывается вовсе не мусорной. Вот и сейчас удалось показать, что развитие человеческого эмбриона зависит от взаимодействия некоторых ранних белков с ДНК ретротранспозонов, и что такое взаимодействие работает чем-то вроде молекулярного ключа зажигания, запускающего дальнейшие этапы эмбриогенеза. Новые данные имеют значение не только для фундаментальной науки – возможно, теперь мы быстрее научимся делать эмбриональные стволовые клетки, неотличимые от натуральных, а также скорее научимся лечить болезни, связанные с аномалиями эмбрионального развития.

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам Nature Communications.

Осторожно!

Французские учёные собираются вернуть к жизни гигантский вирус Mollivirus sibericum, обнаруженный в вечной мерзлоте в районе Колымы, которому около 30 тыс. лет, и выяснить, способен ли он причинить вред животным или человеку. Об этом сообщили в Национальном центре научных исследований Франции.

Древний вирус с Колымы

Mollivirus sibericum (это название переводится как «мягкий вирус из Сибири») является четвёртым древним вирусом, открытым с 2003 г. Нашли его на глубине 30 м в чукотской тундре.

Чтобы получить статус гигантского, вирус должен быть длиннее микрона (0,001 мм). Размер Mollivirus sibericum достигает 0,6 микрона, и разглядеть его можно в обычный световой микроскоп. В отличие от большинства современных, древние гигантские вирусы не только крупнее, но и более сложно устроены с точки зрения генетики. Так, у Mollivirus sibericum 500 генов, у вируса Пандоры – 2500, у вируса гриппа, для сравнения, – 8. Оживить древний вирус собираются, поместив его в одноклеточный организм – амёбу, который станет его жертвой. Аналогичным образом реанимировали обнаруженный в марте 2014 г. Pithovirus sibericum.

В условиях глобального потепления и таяния вечной мерзлоты «даже несколько частиц, при нали-

чи уязвимого хозяина, способны возродить потенциально опасные вирусы. Если мы начнём экономическое освоение этих территорий, не принимая соответствующих мер безопасности, мы рискуем вернуть к жизни болезни, которые, казалось бы, давно были стёрты с лица Земли», – предупреждает руководитель исследования Жан-Мишель Клаври.

Новый вирус относится к широкой группе больших нуклеоцитоплазматических вирусов. В эту группу включают открытые около 10 лет назад гигантские мими- и мегавирусы, которые отличаются исключительно большим размером своего генома и своих вирионов (вирусных частиц). Помимо прочих, сюда относят обнаруженные летом 2013 г. пандоравирусы с их исключительно необычным геномом, а также другие, более «традиционные» вирусы, вроде возбудителя оспы.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Proceedings of the National Academy of Sciences.

Генетика

Феномен «Геведосе»

Девочки, которые превращаются в мальчиков



Учёные уже не первый год изучают феномен деревни Салинас, где некоторые мальчики рождаются, выглядя совершенно как девочки, а пенис у них вырастает только в период полового созревания. При рождении Джонни не имел очевидных половых признаков мужчины: яичек и пениса не было видно, а вот влагалище, казалось, было. И только в период полового созревания его пенис оформился, а яички опустились в мошонку.

Почему так происходит?

Одним из первых учёных, изучавших этот необычный феномен, была доктор Джулианна Императо-Макгинли из Cornell Medical College Нью-Йорка. В 1970-е годы она приехала в эту отдалённую деревушку Доминиканской Республики, заинтересовавшись необычными сообщениями о том, что девочки превращаются в мальчиков.

Доктор провела немало исследований и тестов, включая довольно болезненную процедуру биопсии тканей яичек. В итоге ей удалось разобраться в происходящем.

Обычно у плода есть две X-хромосомы, если это девочка, и пара X- и Y-хромосомы – если это мальчик. В первые недели

развития плода в утробе невозможно понять пол ребёнка. Хотя у представителей обоих полов уже начинают развиваться соски.

Затем, примерно на 8-й неделе после зачатия, в дело вступают половые гормоны. Под влиянием Y-хромосомы внутренние половые железы плода начинают производить дигидротестостерон в больших количествах. Это способствует развитию пениса из полового бугорка. У плода, которому суждено стать девочкой, дигидротестостерон не выделяется, и половой бугорок превращается в клитор.

Джулианна Императо-Макгинли пришла к выводу, что у многих будущих мальчиков из деревушки Салинас не хватает фермента 5-альфа-редуктазы, который должен вызвать всплеск мужских гормонов. Таким образом, в утробе матери всплеска гормонов не происходит, что приводит к неправильному развитию плода и рождению как бы девочек (по первичным половым признакам). Однако такие дети имеют X- и Y-хромосомы, как положено мужскому плоду.

Во время полового созревания в организме происходит ещё один всплеск гормонов. И вот тогда под влиянием тестостерона у некоторых детей из Салинаса про-

являются и оформляются мужские репродуктивные органы.

Польза от аномалий

В среднем примерно 1 ребёнок на 90 родившихся в Салинас является геведосе. Предположительно, это отклонение сохраняется из-за географической изолированности деревни.

Медицинские исследования Императо-Макгинли показали, что в большинстве случаев после «перевоплощения» девочки в мальчика все его мужские органы работают нормально. Хотя некоторые решают сделать операцию и остаться женщиной. При этом Императо-Макгинли установила, что мужчины-геведосе, как правило, имеют сравнительно маленькую простату.

Это наблюдение привело к созданию чрезвычайно популярного ныне лекарства под названием финастерид. Оно блокирует выделение 5-альфа-редуктазы, имитируя недостаток дигидротестостерона. Терапевты нередко прописывают финастерид для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и облысения у мужчин.

Ещё один важный вывод, к которому пришла Императо-Макгинли: даже те мальчики из деревушки Салинас, которые воспитывались как девочки, демонстрировали стойкий интерес к гетеро-, а не гомосексуальным отношениям. То есть мальчиков-геведосе всегда интересовали именно девочки. Это позволило доктору прийти к выводу, что в вопросе сексуальных пристрастий гормоны играют более важную роль, чем воспитание.

Что касается Джонни, то после того, как он «превратился» в мальчика, у него уже было несколько романов с девушками. Но он говорит, что всё ещё ищет настоящую любовь.

Борис ГОРСКИЙ.

По материалам BBC Medicine.

Табак.net

Шесть лет назад в Британии был введён запрет на курение в общественных местах, но довольно скоро после этого в пабах, ресторанах и даже самолётах снова можно было увидеть привычный дымок и мерцающее сигаретное тление. И хотя сигареты были электронные, они всё равно в каких-то случаях поначалу приводили к панике и недоумению со стороны тех, кто впервые видел подобное курительное устройство.

приложимы те же рекомендации, что и к обычным сигаретам.

В то же время крупнейший в Греции институт исследований в области медицины Demokritos не нашёл в е-сигаретах следов вредных насадок и занял нейтральную позицию в отношении этих курительных приспособлений.

Меньшее зло

Илья Серебрицкий согласен с тем, что е-сигареты – это

Е-сигареты наступают

Электронное курение: вопросы остаются

Доступны детям

Главным фактором их растущей популярности, по всей видимости, является то, что их можно курить в помещениях. К тому же курильщики удовлетворяют свою потребность в никотине, а некоторые даже используют их как способ бросить курить.

«Сам по себе никотин не является опасным веществом, по воздействию его можно сравнить с кофеином. Если бы все британские курильщики бросили обычные сигареты и перешли на электронные, то нам бы удалось спасти 5 млн жизней ныне живущих», – полагает профессор Джон Бриттен, возглавляющий консультационный совет Королевского медицинского колледжа.

Однако отчёт, опубликованный благотворительной научно-исследовательской организацией Cancer Research UK, ставит под сомнение подобный благодушный настрой и заставляет задуматься над следующими вопросами.

Дело в том, что реклама и продажа этого товара не регулируется, и, соответственно, электронные сигареты могут купить даже дети.

Е-сигареты не подпадают также под тот же закон, что никотиновые пластыри и жвачки, которые считаются медицинскими препаратами, и качество и количество никотина в них регулируется, тогда как в электронных – нет.

Мнения разошлись

Насколько безвредны эти электронные сигареты? Одна из директоров Британской медицинской ассоциации Вивьен Натансон, говорит, что пока невозможно ответить на этот вопрос.

«Должно пройти какое-то время, нам надо понаблюдать за их использованием и очень тщательно исследовать, какое воздействие они оказывают. Я бы сняла их с продажи или ввела очень строгие правила, чтобы мы точно знали, что и в каком количестве в каждой из них содержится», – говорит медик.

Известно, что самое вредное в обычных сигаретах – это смолы, но во многих электронных сигаретах есть разные вкусовые насадки. Помимо этого, как обнаружило в ходе своей проверки Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), разные бренды электронных сигарет выделяют разное количество никотина, не всегда соответствующее указанному на картриджах.

Плюс к этому, FDA обнаружило следы канцерогенного вещества. Как объясняет научный сотрудник Центра исследований раковых заболеваний Fox Chase в Филадельфии Илья Серебрицкий, попытки зарегулировать электронные сигареты в Америке пока ни к чему не привели. Однако их стали позиционировать на рынке как альтернативу табачным.

Частная новозеландская организация Health New Zealand провела своё исследование и, обнаружив канцероген в электронных сигаретах, пришла к выводу, что, с точки зрения риска для здоровья, к ним



меньшее зло по сравнению с обычными.

«Я могу сделать этот вывод на основе состава электронных сигарет и того, что есть в обычных сигаретах», – говорит учёный. – Когда человек курит табачную сигарету, то в его организм попадают тысячи, может быть, даже десятки тысяч веществ, из которых являются канцерогенными. Тогда как в состав того пара, который вдыхается от электронной сигареты из вредных веществ в основном попадает только никотин».

Однако, предупреждает специалист, если общество махнет рукой, на это «меньшее зло», то, возможно, оно станет использоваться в больших количествах.

Если вместо того, чтобы то же самое количество курильщиков, которое есть сейчас, перешли на электронные сигареты и, может быть, часть из них бросили бы курить, возникнет ситуация, когда мы создадим привлекательный социальный статус курению и получим ещё большее количество курильщиков, – полагает доктор Серебрицкий.

В ожидании правил

Несмотря на то, что некоторые медики не видят ничего плохого в этих сигаретах, Всемирная организация здравоохранения уже какое-то время призывает не относиться легковесно к этому курительному новшеству.

Совсем недавно Италия и Франция объявили, что намереваются ввести запрет на курение электронных устройств в общественных местах – то есть относиться к ним так же, как и к обычным сигаретам.

Британское агентство по регулированию медицинских препаратов (MHRA) в ближайшие месяцы должно ввести правила, касающиеся производства и продажи е-сигарет.

Однако прежде чем регулировать, надо исследовать новый продукт. Пока нет таких исследований, и это позволяет обеим сторонам делать заявления, которые не подтверждаются научными данными.

Тем временем американские табачные компании уже инвестировали средства в развитие производства электронных сигарет. Поэтому неудивительно, что, не дожидаясь результатов исследований, на которое могут уйти годы, организации здравоохранения во многих странах мира пытаются как-то отрегулировать эту сферу и хотя бы добиться того, чтобы реклама этого товара не была направлена на некурящих.

Юрий ЦХЕМСКИЙ.

По материалам Forbes.

Исследования

Тревожные колебания

Они вызывают излишнюю нервозность и неуверенность

Люди с тревожным типом психики испытывают немалые трудности в решении проблем в условиях неопределённости. Например, они не могут понять, стабильна ли ситуация, в которой они находятся, сообщили исследователи из Университета Калифорнии (США).

Эксперты установили, что тревожное состояние связано с трудностями в использовании информации о жизненных ситуациях, с которыми человек сталкивается ежедневно, и принятием решения о том, как стоит реагировать. В принятии решения присутствуют логика и некоторая степень вероятности. Человек, основываясь на предыдущем опыте, должен выбрать наилучший вариант.

Способность судить о том, являлись ли негативные последствия от принятого решения случайностью



или же они повторятся в аналогичных условиях, – навык, который очень важен для успешного решения проблем.

Выяснилось, что тревожные люди хуже определяют, в каких условиях они находятся (стабильных или нет). Это мешает им сделать правильный выбор. Нейронные

цепи, связанные с принятием неверных решений, могут впоследствии стать мишенью для лечения тревожных расстройств, считают исследователи.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Meddaily.

Об удивительной судьбе партизанского лекаря я услышал около 30 лет назад, попав в «медвежий угол» Брянщины. К слову, это – вовсе не метафора. В сохранившихся до селе дремучих лесах водятся медведи. Меня же, в ту пору сотрудника областной газеты «Брянский рабочий», привело в отдалённый Клетнянский район редакционное задание.

В глухой Клетне...

Рейсовый автобус, то и дело «приседая» на бесчисленных дорожных выбоинах, повёз пассажиров привычным маршрутом. Прерывая однообразие бесконечных лесных массивов, на всём протяжении пути мелькали небольшие деревеньки. За многочасовое сидение у окна изрядно надоело однообразие домов с просевшими кровлями, каких-то неказистых сараюшек, мотающихся на ветру створок ворот... Менялись только названия населённых пунктов: Косик, Шаровка, Чапай, Акуличи... А вот и сама Клетня.

За многие годы поездок отметил для себя: почти все районы области, сохраняя по краям деревенский быт, ближе к административному центру приобретают городские очертания. В одной из командировок даже услышал от местного острослова: «Ноги ещё в «кирзухе», а голова – при шляпе». В этом плане Клетня – типичный посёлок городского типа. Уже в конце прошлого века тут были добротные дома, в посёлке проложили трубы центральной канализации, работали школа, больница, аптека. И в целом Клетнянский район имеет несколько таких примет, по которым до сих пор является «самым-самым» на Брянщине. Например, в Клетне 10 августа 1941 г., на второй день после оккупации района гитлеровцами, появился первый в области партизанский отряд. Лидирует район и по количеству военно-исторических памятников: их на этой партизанской земле больше 70. Словом, попал я тогда в край известный, многократно воспетый в книгах, фильмах, легендах.

Древнее же село Акуличи было некогда волостным центром со своей богатой историей и считалось одним из самых крупных в тогдашнем Брянском уезде Орловской губернии. А после изменения административного деления и упразднения волостей Акуличи стали центром сельского совета. В конце прошлого века в него входили деревня Строительная Слобода, посёлки Смородинец и Первые Акуличи. На территории колхозов «Слава» и «Социалистический труд» были две школы, детские сады, магазины, участко-

вая больница, два дома культуры, аптека... Отмечу попутно, что у каждого домика (к слову, отличительная черта каждого сельского населённого пункта) непременно была и банька с аккуратно сложенной неподалёку поленницей дров. Вот в Первых Акуличах я и познакомился с бывшим заместителем главного врача участковой

Москву. Согласно архивным данным, 1-я Клетнянская партизанская бригада под командованием Фёдора Данченкова разгромила около 30 вражеских гарнизонов, уничтожала эшелоны с живой силой и техникой оккупантов.

Фёдор Семёнович оставил после себя интересные воспоминания, в которых есть и такие строки:

лось отнять ногу. Отрядный врач А.А.Туманян взялся оперировать. Но чем? После долгих поисков отыскали пилу-ножовку...

Скажем сразу, что воля к жизни победила. Прооперированный в экстремальных условиях партизанский командир («операционный стол заменяли носилки, которые поставили на козлы»)

Далёкое – близкое

Бои фельдшера Самотёсова

Огонь на себя вызывали фронтовые медики

больницы Григорием Самотёсовым и его женой Натальей Яковлевной. Григорий Трофимович и его супруга были уже в ту пору на заслуженном отдыхе. В старом блокноте сохранилась запись о той давней встрече.

Выпускник Бежицкой фельдшерско-акушерской школы Григорий Самотёсов в самом начале войны попал в окружение. Изрядно хлебнув лиха, с трудом добрался в конце концов до родной клетнянской деревеньки Набат. Не собираясь отсиживаться в бездействии, принял самое деятельное участие в создании партизанского отряда. В следующем году это объединение народных мстителей приблизилось к отряду, которым командовал прославленный впоследствии комбриг Фёдор Данченков.

Партизанская служба

Мне довелось в своё время встречаться с Фёдором Семёновичем. Помните популярный и донныне многосерийный телевизионный фильм «Вызываем огонь на себя»? Прототипом одного из главных героев киноленты Сергея Колосова и стал комбриг Фёдор Данченков. Это под его командованием партизаны разгромили в ночь на 17 июня 1942 г. санаторий для гитлеровских воздушных асов. Фильм повествует о том, как разворачивалась партизанская война вокруг расположенного в посёлке Сеща (по фильму Сеча) секретного аэродрома люфтваффе, с которого фашисты летали бомбить

«С первых дней существования отряда встал вопрос об организации медицинской службы. Когда окончательно обосновались в лесном лагере, оказалось, что среди нас нет ни одного медика. Однако вскоре к нам пришёл фельдшер Гриша Самотёсов...»

В книге «Особое поручение» бывший комбриг описывает дальше, как в двух небольших деревенских хатках развернули первую санитарную часть. Потом перевезли в лес и строение клуба из Набата. Вот так и оборудовали первый лесной госпиталь, возле которого был даже пенёк-«кресло» для удаления зубов.

Вообще-то в непроходимых лесах базировались 5 партизанских бригад. Худо-бедно, но удалось собрать костяк профессиональных медицинских работников, среди которых хирург оказался всего лишь один.

В экстремальных условиях

В Клетнянском краеведческом музее наряду со всевозможным стрелковым оружием, авиабомбами и снарядами можно увидеть и набор медицинских инструментов врача А.Туманяна. В раритетном сейчке сборнике «Партизаны Брянщины», так ни разу и не переизданном с 1959 г., есть интересное описание одной из операций, которую провёл в экстремальных условиях партизанский доктор. На стр. 7 читаем: «Был ранен командир одного из партизанских отрядов т. Глебов. У него уже началась гангрена, срочно требова-

остался жив. Причём вместо обезболивающего пациенту дали стакан самогона.

Во время той командировки мне удалось побывать и на месте, где некогда располагалась деревня Мамаевка, которую называли партизанской столицей. От былого остался лишь разомлевший на летнем зное ручей.

«Попей водицы из партизанской криницы» – призывала незатейливая надпись на небольшом щите. По-стариковски насупившись, склонились над замшелым срубом ели, тускло мигало в сумраке небольшое зеркальце воды...

Неподалёку от криницы – партизанское кладбище, на котором покоятся 115 сложивших голову бойцов. На многочисленных могилах – гранитные плиты со скупыми надписями: «Погиб при взрыве эшелона...», «Погиб в бою...», «Погиб, возвращаясь из разведки...» А у деревни Болотня – памятник павшей в ту горькую годину смертью храбрых спецкору «Комсомолки» Лилии Каростяновой. А ведь могил могло быть гораздо больше, если бы не умелые руки партизанских докторов. Вернёмся, однако, к судьбе партизанского фельдшера Григория Самотёсова.

Будучи в отряде народных мстителей, Григорий Трофимович познакомился со своей будущей женой, которая была там медсестрой. После расформирования партизанских соединений он исполнил обязанность командира санитарного взвода 1320-го стрелкового полка 413-й стрелковой дивизии 3-й армии 1-го Белорусского фронта.

Награда – герою

Вот строки из наградного листа военного фельдшера Григория Самотёсова: «Невзирая на сильный артиллерийский и пулемётный огонь противника, произвёл сам лично необходимую помощь 28 человекам... В трудную минуту принимал активное участие в бою по отражению контратаки, из своего автомата убил 10 немецких солдат и офицеров, 5 солдат взял в плен. Г.Т.Самотёсов достоин правительственной награды – ордена Красной Звезды». Конечно, в спокойной обстановке пришлось бы изрядно «прилизывать» не совсем удобочитаемый ныне текст. Но командир 1320-го стрелкового полка подполковник Милехин написал эти строки сразу после жаркого боя, посчитав нужным лично (подчеркнём это!) отметить мужество военфельдшера. Ходатайство было удовлетворено.

А Григорий Самотёсов продолжал шагать нелёгкими дорогами войны. Участвовал в освобождении Гданьска, был не раз ранен. После одного из увечий ногу просто чудом удалось сохранить лишь с помощью находившегося на том участке фронта знаменитого хирурга Николая Бурденко.

– Ещё плясать будешь, – сказал, осмотрев бойца, Николай Нилович. И дал необходимые рекомендации.

Словом, обошлось без ампутации конечности. Но это будет позже. А до этого, корчась от нестерпимой боли, написал в порыве отчаяния любимой, чтобы не ждала его, калеку.

Ответом Натальи Яковлевны восхищались всем госпиталем: «Приезжай, какой есть, лишь бы живой!» Увы, такие письма в госпиталях получал далеко не каждый.

Долго ли, коротко ли, но после войны супруги стали вместе работать сначала в Клетнянской районной больнице, а потом их обоих перевели в участковый больницу села Первые Акуличи.

Листаю старый потрёпанный блокнот и вспоминаю поездку в Клетнянский лес, где располагался когда-то партизанский госпиталь. От землянок остались лишь донельзя прогнившие остатки брёвен, тут и там дорожку перегораживают поваленные от старости замшелые деревья. Тропинка – узенькая, порой едва различима. А тут ещё и обширное болото на пути... Однако именно в этих местах врачевали и воевали когда-то медики, наравне со «штатными» бойцами вызывая огонь на себя.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянская область.

Акции

В Амурском областном театре кукол в рамках мероприятий международного Дня борьбы с сахарным диабетом прошла акция под названием «Жить, побеждая диабет», организатором которой явилось Министерство здравоохранения Амурской области.

– В Амурской области среди эндокринной патологии сахарный диабет является самым распространённым, – говорит главный эндокринолог регионального Минздрава Ирина Колодина. – По состоянию на 1 января 2015 г. на диспансерном учёте состоит 22 890 больных. 73% таких больных имеют поздние осложнения. Эти данные наглядно показывают социальную и экономическую важность проблемы сахарного диабета, необходимость пропаганды здорового образа жизни, широкого информирования населения о распространённости болезни,



факторах риска, мерах первой помощи и профилактике.

Сообщество эндокринологов Приамурья, организовав такие акции, старается разнообра-

зить формы работы с данной категорией больных, с населением в целом. В этот раз особое внимание было уделено детям, больным сахарным диабетом, в

Жить, побеждая диабет

Больным ребятам в этом помогают... куклы

частности тем из них, которые в этом году впервые пошли в школу. Мероприятие так и называли – «Диапервоклассник». Винюшники торжества, их родители, а также врачи-эндокринологи и представители общественности собрались под сводами Амурского областного театра кукол. Здесь в весёлой, доброжелательной обстановке и состоялось посвящение в первоклассники пятерых детей. Королева Знаний лично вручила каждому особую медальку, подарок и портфель со школьным набором.

Всего в акции приняли участие более 100 человек, в том числе 50 ребятшек из 11 районов области и Благовещенска. Для них были

организованы игры, развлечения, показан кукольный спектакль. Кроме этого, для всех желающих проводился скрининг углеводного обмена, также можно было пообщаться с врачами-эндокринологами, обучиться навыкам самоконтроля за сахарным диабетом и ещё посмотреть конкурсные рисунки детей.

В заключение акции её участники по традиции дружно запустили в небо воздушные шары и сделали общее фото на память.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото автора.

«Сказка – ложь, да в ней намёк – добрым молодцам урок!» Слово калитка в детские годы – крылатые пушкинские строки. А во имя чего, читателям какого возраста адресуют свои сочинения создатели сегодняшних сказок? Что ж, ответ на это обозначен на обложке новой книги Марины Аржиловской «Айрислин – небесный слон», только что вышедшей в Москве. Сказка открывает проект «Спасение словом» и адресована, прежде всего, детям с онкологическими заболеваниями.

– Похоже, что вы, писатель, журналист-международник, уже определили свою творческую нишу – литература и врачевание?..

– Не скрою, меня порадовало, что читателям пришёлся по душе мой роман-сказка «Тайны старого чердака». ...Очень любопытная и непоседливая Мила, приехав к бабушке на каникулы, обнаружила в доме старый чердак под прохудившейся крышей. Конечно же, он полон секретов и манит к себе сильнее абрикосового джема и нежных воздушных блинчиков. Бабушка строго-настрого запрещает приближаться к нему. Но, как известно, нет ничего слаще того, что нам запрещают... Озорная девочка и её друг Витя проникают однажды на чердак и находят там волшебную шкатулку. А дальше их ждут сказочные приключения...

По оценке музея-театра «Булгаковский дом», это произведение больше, чем многие, соответствует духу творчества Михаила Булгакова. Издатели Франции, Бельгии и Канады готовятся переиздать книгу. Радиоспектакль по этой истории неоднократно, по просьбе слушателей, звучал на Детском радио России. Сказкой заинтересовался театр кукол имени Образцова.

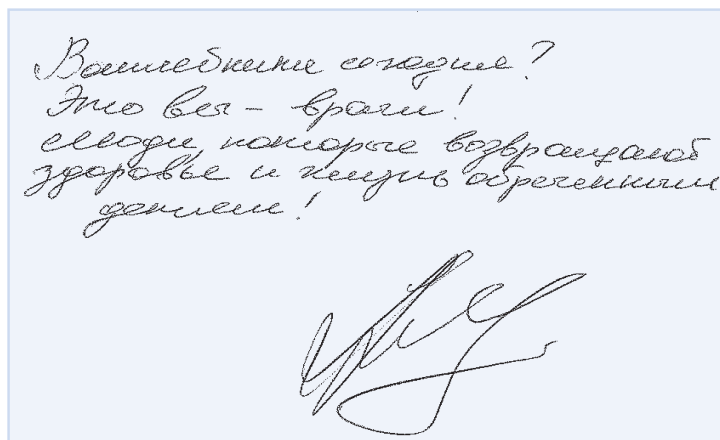
Но больше всего порадовало, что сказка понравилась больным детям. В письмах-откликах мамы и папы рассказывают, что после знакомства с книжкой их малыши заметно лучше чувствуют себя, легче переносят непростую терапию, связанную с онкозаболеванием.

...Ребята верят в чудеса, как не может верить ни один взрослый. По-настоящему я оценила силу слова, когда побывала в онкологической клинике, где лечат детей. Испытала шок, наблюдая, как 4-летний малыш молится перед иконой о здоровье. И вот тогда-то пришло решение – написать ещё одну книгу – именно для помощи маленьким пациентам. Поймала себя на мысли: а почему бы не заняться проектом «Спасение словом»?..

– И вот вторая – сказка... Какой сюжет на этот раз привлёк ваше внимание?

– Сказки как жанр для меня не новинка. Повествованию о тайнах старого чердака предшествовали сказки «Золотой голубь», «Белая роза и чёрный дрозд», «Чудомельница»... Своёобразием их продолжением стала история о волшебной стране Вилания, заколдованной злым чародеем. Победить его может лишь небесный слон Айрислин. Это – поучительный рассказ, обращённый к ребятам, как, несмотря на угрозы, проходить трудные испытания.

– Сказка, рождающая хорошее настроение... Но разве



Знакомьтесь, писатель
Марина АРЖИЛОВСКАЯ:

Сказка – урок доброты и здоровья

улыбка способна заменить терапию, лекарства?

– Заменить, конечно, нет, а вот усилить их действие, ускорить выздоровление... Знаменитый врачеватель древности Авиценна говорил: «У врача есть три средства в борьбе с болезнью – слово, растение, нож». И замечаете – слово он ставил на первое место. Беседа с видными медиками – «доктором мира» Леонидом Рошалем, академиком Владимиром Поляковым, онкологом Дмитрием Борисовым и их коллегами, неоднократно слышала: лучшая защита от болезней – это вера в собственное здоровье и положительные эмоции. Плохие мысли, всякий негатив разрушают нас. Не случайно же в народе подмечено: думаешь о хорошем – жди хорошего, думаешь о плохом – плохое и получишь. А ведь психика ребёнка – неспаханное поле. Что посеешь...

– **Американский писатель Филипп Рот заметил: «Детство кончается, когда чужие слёзы становятся для тебя невыносимее, чем собственные». Как бы вы прокомментировали его слова?..**

– Что ж, мудрый вывод, который я готова отнестись и к себе. Не кривя душой, могу сказать: боль маленького человечка стала и моей болью. Уже не могу не думать о том, как я – лично, своим пером способна уменьшить горе в детских глазах. Ответ – не просто сопереживать, но и всячески умножать положительные эмоции детворы...

В журналистском блокноте – афоризмы известных философов и учёных... Медик Роберт Бартон четыре столетия назад писал: «Смех очищает кровь, омолаживает тело, помогает в любом деле». Иммануил Кант утверждал: смех даёт ощущение здоровья, активизирует все жизненно важные процессы в организме. Зигмунд Фрейд рассматривал юмор как уникальное проявление

человеческой психики, а смех – как не менее уникальное средство лечения.

Обрадовалась, когда узнала, что сегодня благодаря американскому журналисту Норману Казинсу существует даже наука – гелотология, изучающая смех и его влияние на здоровье человека.

Я посоветовалась со знакомыми медиками. Они подтвердили: когда мы смеёмся, в нашем организме происходят удивительные процессы – снижается уровень выработки «гормонов стресса» и, наоборот, в кровь активно поступают «гормоны счастья» – эндорфины, притупляя боль, активизируя защитную иммунную систему.

Обратите внимание. За рубежом, а теперь и у нас, в России, появились «медицинские клоуны». В свободное от основной работы время циркачи приходят в детские больницы и дарят ребятишкам минуты радости.

Вот где может пригодиться добрая лукавая сказка!..

– **А как случилось, что вы подружились с медициной? Что послужило толчком для этого непростого знакомства?**

– Моя мама в юности мечтала быть медиком, но так получилось, что её профессией стала педагогика. Надеюсь, что её дочь исполнит эту мечту, но, как видите, я подружилась с медициной позднее, уже став журналистом. Наверное, повлияло, что дома всегда с большим уважением говорили о труде людей в белых халатах...

Почему выбор пал на детскую онкологию? Потому что люблю детей. Потому что знаю о непростой ситуации в этой сложнейшей отрасли медицины. В презентации моей последней книги принял участие – и я очень благодарна за это – заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина Владимир Поляков и руководитель

фонда «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов, который получил консультативный статус при Экономическом и Социальном совете ООН.

Детская онкология, подчеркнул академик, трагичная отрасль медицины. Она ставит перед врачами не только медицинские, но и социальные проблемы. Это очень затратная и наукоёмкая структура. Частота онкозаболеваний головного мозга составляет 2,4 случая на 100 тыс. детского населения. В России ежегодно регистрируют около тысячи маленьких пациентов с первичными опухолями. Такая тенденция наблюдается во всём мире.

За последние 25 лет российские онкологи добились потрясающих результатов. Если раньше удавалось спасти лишь каждого пятого ребёнка, то сейчас – 80%. При условии, что родители своевременно обратились за помощью. Слово «рак» уже не звучит как приговор. Однако отрасль испытывает острую нехватку финансирования. Тревожит подорожание лекарств и, как результат, проблема с лекарственным обеспечением онкобольных. Сказывается дефицит профессиональных кадров: в России не хватает детских онкологов...

Надежда – на такие общественные организации, как фонд некоммерческого партнёрства «Равное право на жизнь». Фонд привлекает внебюджетные средства для модернизации материально-технической базы онкологических лечебных учреждений. Он сумел переоснастить диспансеры Москвы, Петербурга, Екатеринбурга, Казани, Краснодара и многих других городов России. Проводит стажировки и мастер-классы для врачей.

Мне было приятно услышать добрые слова в свой адрес, признание «целебности» моих сказок. Часть средств от продажи новой книги пойдёт на лечение детей с онкологическими заболеваниями.

– Несколько слов о творческом пути. Ведь писательское занятие вы активно совмещаете с работой тележурналиста...

– Мне интересны люди. В моей профессии ценится золотая формула трёх У: Умение убеждать, Умение слушать, Умение быть интересным. Я подготовила десятки эксклюзивных телеинтервью с представителями мирового кинематографа. Со многими собеседниками у нас сложились по-настоящему дружеские отношения. Хотя герои попадались разные, порой очень избалованные вниманием публики. Непросто, скажем, проходила встреча с известным шотландским киноактёром Джерардом Батлером – фаворитом множества зрительниц. Тем более что беседа касалась не очень-то удобной темы – денег. Но мне удалось разговори-

актёра. Прежде всего, благодаря тщательной подготовке вопросов.

Запомнилась встреча с британским актёром Рэйфом Файнсом, который уже многие годы выступает послом доброй воли ЮНИСЕФ – Международного детского фонда, действующего под эгидой ООН. Шла на интервью, помня его признание: «Ничего не могу с собой поделать – я увлечён, очарован Россией». Естественно, наш разговор не мог не коснуться близкой нам общей темы – благотворительности...

Свои раздумья ко многому обязывающей профессии журналиста я изложила в книге «Покори мир за пять минут». О своей готовности растиражировать её заявил ряд зарубежных издательств.

– **Как удаётся поддерживать ваш, как я понимаю, достаточно напряжённый ритм жизни?**

– Благодаря тому, что у нас в семье культ здоровой жизни, не на словах, а на деле – никто не курит, не употребляют алкоголь. Правильное питание, занятия спортом, интерес к жизни, новым впечатлениям...

Родители учили меня с детства, что терпеливым помогает Бог. Не надо бояться трудностей. Чтобы добиться своего, важно уметь ждать. Следую своему железному правилу: «Никогда не сдавайся!»

Люблю путешествовать, познавать разные культуры. Как хобби – провожу мастер-классы по общению, учу людей разговаривать – у меня есть устоявшийся круг слушателей – понимать друг друга, находить общий язык...

– **Но ведь неплюху уметь и отвлекаться, отдыхать...**

– Здесь помогает музыка. Моими постоянными спутниками, «врачевателями» выступают Чайковский, Паганини, Моцарт...

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

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), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55. Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-09-00720 Тираж 31 098 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент – 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; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (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.