

В центре внимания

Сохраняя высокие технологии

Минздрав России подвёл итоги работы отрасли за прошлый год и обсудил планы на нынешний



– Общий объём медицинской помощи не сокращается, а с более эффективными медицинскими технологиями значительно увеличивается, – подчеркнула министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своём выступлении на расширенной коллегии. – Объёмы высокотехнологичной медицинской помощи удастся сохранить по меньшей мере на достигнутом уровне. Но для этого надо удерживать цены на имплантаты, лекарственные препараты, запасные части к медицинской технике. То есть выполнить запланированные антикризисные меры.

Академик РАН Евгений Чазов и Вероника Скворцова приветствуют на коллегии вице-премьера Правительства РФ Ольгу Голодец

Отдельный раздел в отчёте главы медицинского ведомства – тема интеграции Республики Крым и города Севастополя в систему здравоохранения Российской Федерации. В декабре 2014 г. средняя заработная плата врачей в Республике Крым увеличилась по сравнению с мартом прошлого года на 67% и составила 45 тыс. руб., в Севастополе – на 60%, составила 39,3 тыс. руб. Для организации качественной, доступной и бесплатной медицинской помощи населению Крымского

федерального округа в условиях стационара выделено дополнительно 3,244 млн руб. Более подробно о работе итоговой коллегии Минздрава России «МГ» расскажет в одном из ближайших номеров.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.



Зураб КЕКЕЛИДЗЕ,
директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии, главный психиатр Минздрава России, профессор:
Достижения акушерства и гинекологии – это головная боль психиатрии и неврологии.

Стр. 7

Айдар ШАРАФЕЕВ,
заведующий кафедрой Казанской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук:
Сегодня крупные современные высокотехнологичные лечебные учреждения Казани – наши клинические базы.

Стр. 10



Михаил МУРАШКО,
и.о. руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения:
Введение уголовной ответственности за недоброкачественную медицинскую продукцию неоднозначно было воспринято фармсообществом.

Стр. 12

Сотрудничество

Американские кардиохирурги ассистируют российским

Правительство Челябинской области, Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске и американский альянс Heart to Heart («От сердца к сердцу») подписали договор о сотрудничестве. Соглашение предусматривает в первую очередь обмен специалистами и информацией.

Сотрудничество подразумевает обучение российских врачей в течение 3-4 лет с приездом специалистов из США 1-2 раза в год и предусматривает не только практические аспекты ведения пациентов, но и организационные вопросы создания в регионе комплексной системы организации медицинской помощи детям и взрослым с врожденными и приобретенными пороками сердца. – Это даст нашей медицине в первую очередь стимул к развитию технологий, – подчеркнул первый заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин. – Кро-

ме того, конечно, вырастут мастерство и компетенция врачей. При том что уровень профессионализма наших кардиохирургов очень высок – об этом говорят зарубежные эксперты на рабочих встречах.

Зарубежные медики не имеют права непосредственно оперировать российских пациентов, поэтому выступают в качестве ассистентов и консультантов наших врачей.

– Наши доктора тоже многому учатся, – сказала исполнительный директор альянса Heart to Heart Джози Эверетт. – Наша организация работает в России уже 25 лет, и за это время мы видим просто фантастический прогресс.

На семинар приглашены специалисты федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии, врачи соответствующих специальностей из регионов Уральского федерального округа.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Инициатива

В индивидуальном порядке

К концу нынешнего года у пожилых жителей Москвы с хроническими заболеваниями могут появиться индивидуальные врачи. Об этом накануне заявил глава Департамента столичного здравоохранения Алексей Хрипун.

Сообщается, что столичные власти рассматривают реализацию проекта, ориентированного на пациентов, страдающих наиболее распространенными

хроническими заболеваниями: артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом 2-го типа, а также хронической обструктивной болезнью легких. «Данный проект может преобразить всю нашу поликлиническую службу в ближайшей перспективе. Это важно, потому что подходы, заложенные в этом проекте, включают ведение пациента индивидуальным врачом, а также более тесный и регулярный

контакт пациента и врача», – пояснил А.Хрипун. «Апробация» проекта начнется в июне 2015 г. в Восточном административном округе Москвы. «Если реализация проекта окажется успешной, то к концу 2015 г. его распространят на всю Москву», – сообщили в Департаменте здравоохранения.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

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

Новости

Поликлиника окнами на реку

В Йошкар-Оле открылась новая детская поликлиника № 3, рассчитанная на 330 посещений в смену и обслуживание 9 тыс. детского населения.

Это круглое 7-этажное здание на набережной Малой Кокшаги, входившее в комплекс сооружений строящегося культурно-развлекательного комплекса, числилось долгостроем с десятков лет, пока правительство республики не приняло решение разместить в нём детскую поликлинику, ютившуюся на первом этаже жилого дома старой постройки.

В новой поликлинике разместились лечебно-профилактическое отделение на 10 педиатрических участков, отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и неотложной медицинской помощи, дневной стационар на 15 коек, консультативно-диагностическое отделение с кабинетами врачей 13 специальностей, отделение восстановительного лечения, центр здоровья для детей, отделение диагностики с кабинетами функциональной, ультразвуковой, лучевой диагностики и эндоскопии.

Штаты поликлиники должны существенно расшириться, поэтому на заседании коллегии Минздрава Марий Эл принято решение выделять жильё в строящихся социальных домах в первоочередном порядке для врачей узких специальностей, решивших пройти переобучение или переехавших в Йошкар-Олу из других регионов.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

Спасительный скрининг

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре подвели итоги работы проекта по скринингу колоректального рака, который успешно реализуется здесь несколько лет и уже даёт первые результаты.

– За 2013-2014 гг. было обследовано более 45 тыс. человек. Выявлено 125 случаев колоректального рака, из них 70% случаев – на ранней стадии. Можно сказать, что этим людям благодаря исследованию была подарена жизнь, – говорит главный онколог Минздрава округа Евгений Билан. – Все мы понимаем, что успех такой работы – это заслуга большой слаженной команды специалистов: онкологов, терапевтов, лаборантов, врачей-эндоскопистов, хирургов, медсестёр и многих других.

– По итогам 2014 г. всего выявлено 3500 онкозаболеваний у жителей автономного округа, из них почти 20% обнаружено на профилактических осмотрах и во время скрининга, – подчёркивает Евгений Викторович.

На сегодняшний день в Югре в ряду мероприятий, направленных на раннее выявление и лечение злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний, проводятся дополнительная диспансеризация, скрининг по выявлению колоректального рака, рака молочной железы, простаты и женской половой сферы.

Отметим, что в Югре в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями на первом месте стоит рак молочной железы, на втором – колоректальный рак, на третьем – рак лёгкого.

Алёна ЖУКОВА.

Ханты-Мансийск.

Для села –
«Здоровье» на колёсах

Двухдневную остановку в отдалённом Клетнянском районе Брянской области сделал автопоезд «Здоровье», который оснащён самым современным медицинским оборудованием.

Около 200 жителей Акуличского и Мирнинского сельских поселений смогли, существенно экономя семейный бюджет и время, сделать комплексное медицинское обследование. Людей из отдалённых сёл и деревень подвозили машины «скорой» Клетнянской ЦРБ, вместе с врачами из областных лечебных учреждений вели приём специалисты районной поликлиники.

Уже полтора года подобные бригады областных специалистов выезжают в сельские районы области, а в Клетнянском районе автопоезд «Здоровье» сделал остановку уже третий раз. Подобная забота значительно помогает проводить раннюю диагностику заболеваний и обеспечивает жителей сельских регионов современной медицинской помощью.

Василий ШПАЧКОВ.

Брянская область.

При помощи ультразвука

Снижение травматичности и кровопотери во время операций, ускоренное заживление послеоперационных ран – мечта любого хирурга. Именно для этих целей недавно Октябрьской ЦРБ Приморского края был приобретён современный прибор, который существенно облегчает труд врачей в операционной, – специальная система ультразвукового рассеивания.

Компактный и удобный, ультразвуковой скальпель работает от аккумулятора, что позволило значительно увеличить свободу хирурга у операционного стола. Ультразвуковой инструмент обладает явными преимуществами перед электро- или криохирургическими, так как не прилипает к ткани и поверхности раневого канала и не вызывает дополнительных травм.

– Операция с использованием данного прибора проходит бескровно. Мы используем его при любых вмешательствах на органах брюшной полости, где нужна большая мобилизация кишечника, желудка или спаянного процесса, – говорит заведующий хирургическим отделением больницы заслуженный врач РФ Владимир Глухов.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

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

Деловые встречи

Основа процветания

Всё должно начинаться с профилактики

При поддержке Совета Федерации прошёл IX Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России».

Эта широкомасштабная встреча, проводимая 9-й год подряд, является крупнейшим межведомственным мероприятием, посвящённым вопросам охраны здоровья и формирования здорового образа жизни у населения России. Главный организатор мероприятия – общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации» во главе с директором Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, главным кардиохирургом Минздрава России, академиком РАН Лео Бокерией.

В приветствии председателя Совета Федерации Валентины Матвиенко отмечалось, что сохранение и укрепление здоровья граждан является одним из приоритетов государственной социальной политики.

– Сегодня в нашем здравоохранении необходимо делать значительный упор на своевременное выявление заболеваний, – считает председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский. – Чем раньше будут выявляться серьёзные болезни, тем эффективнее для пациентов и менее затратно для самой нашей медицины будет проходить их лечение. Не случайно Президент РФ Владимир Путин в своём послании говорил о внедрении и усилении страховых принципов в медицине и о необходимости массовой диспансеризации населения, направленной на профилактику и раннюю диагностику заболеваний.



Заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова и Лео Бокерия знакомятся со стендом Первого Меда

Средств в здравоохранении не хватает преимущественно потому, что наша медицина сталкивается с огромным количеством запу-

щенных случаев. Нам необходимо всестороннее развитие системы ранней диагностики заболеваний.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

Фото

Александра ХУДАСОВА.

Перспективы

Антинаркотическая политика
в ожидании перемен

Пять лет назад начала действовать «Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г.»

– Этот высший политический документ всегда определял для нас подходы, цели, задачи и направления в работе по снижению уровня наркомании и методы борьбы с наркопреступностью, – так начал своё выступление председатель Государственного антинаркотического комитета, директор ФСКН России Виктор Иванов на заседании ГАК по теме «Повышение эффективности действующего уголовно-правового инструментария по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики», прошедшем недавно.

В.Иванов отметил, что ФСКН была создана Президентом РФ 12 лет назад в ситуации, когда молодёжная смертность в возрасте от 15 до 34 лет достигла своего исторического апогея – 140 тыс. умерших за год, и вопрос повышения эффективности борьбы с наркотиками стоял исключительно остро. Совместными усилиями этот уровень смертности нашей молодёжи удалось уменьшить на 50 тыс. человек в год. Но сегодня, по словам В.Иванова, есть необходимость реформировать всю правовую базу по реализации этой стратегии.

Статистика неумолимо свидетельствует, что из почти 600 тыс. осуждённых по уголовным делам, связанным с наркотиками, лишь четверть привлечена за сбыт дурманных средств. А три четверти, то есть 400 тыс., приговорены к уголовной ответственности за хранение наркотиков без цели их



Директор ФСКН решительно настроен совершенствовать правовую базу антинаркотической политики РФ

сбыта, то есть самих наркопотребителей.

Такое положение вещей весьма устраивает наркомафию, но абсолютно не устраивает общество, и в первую очередь родных и близких наркопотребителей, которые ждут от властей именно помощи, а не простого формального наказания.

Такой перекося, с одной стороны, ведёт к просто фатальному умножению искалеченных судеб, росту социальной напряжённости в семьях и близких наркопотребителей, а с другой стороны, к переполненности тюрем, следственных изоляторов и неоправданным колоссальным бюджетным затратам. Так, за минувшие 5 лет посадка 400 тыс. рядовых наркоманов обошлась следствию, судам и пенитенциарной системе в 500 млрд руб. Как сказал на заседании ГАК В.Иванов, «эту ситуацию нужно не-

медленно и кардинально менять – пора освободить тюрьмы от армии бедолаг, сократить государственные расходы, а высвободившиеся средства и ресурсы сконцентрировать на борьбе с организованной наркопреступностью».

Как считает В.Иванов, наряду с уже действующими статьями уголовного кодекса надо организовать отдельное принципиально новое наказание за хранение наркотиков без цели сбыта – исправительные работы, сопряжённые с реабилитационными программами. При этом, вероятно, необходимо задействовать весь арсенал подобных наказаний: обязательные работы, исправительные работы и принудительные работы.

Надо отметить, практика трудовой реабилитации была успешно реализована в СССР в коммунах А.Макаренки и позднее в лечебно-трудовых профилакториях. Сегодня данные меры эффективно применяются в большинстве стран мира.

– Мы же, уничтожив систему лечебно-трудовых профилакториев – ЛТП, ничего нового в этом плане не создали, – сказал В.Иванов – и, соответственно, за четверть века не смогли эффективно ответить на катастрофический рост незаконного оборота наркотиков и наркотизации населения.

Подытоживая своё выступление, В.Иванов выразил надежду на поддержку в формировании и проведении предлагаемой ФСКН реформы.

Наиля САФИНА,
корр. «МГ».

Москва.

Официально

Спорт ради здоровья

Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этим принятым Госдумой РФ 25 марта 2015 г. и одобренным Советом Федерации 1 апреля 2015 г. законом устанавливается обязанность организаций, осуществляющих спортивную подготовку, создавать условия

для охраны здоровья лиц, направленных к ним из других физкультурно-спортивных организаций для прохождения спортивной подготовки. Следует обеспечить расследование и учёт несчастных случаев, происшедших с этими

лицами во время как прохождения спортивной подготовки, так и участия в спортивных соревнованиях.

Предусматривается, что порядок расследования и учёта указанных несчастных случаев устанавливается Минспортом России по согласованию с Минздравом России.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Решения

Право на будущее

Судьба национальных научно-практических медицинских центров, создаваемых на базе федеральных государственных бюджетных учреждений, переданных из ведения Федерального агентства научных организаций (ФАНО) в ведение Минздрава России, определена окончательно.

Соответствующие указания, касающиеся создания, финансирования и функционирования этих центров, дал во исполнение поручений Президента РФ № Пр-2606 от 05.11.2014 (пункт 1), № Пр-285 от 20.02.2015 (подпункт «в» пункта 1) и распоряжения Правительства № 421-р от 13.03.2015 (резолюция № ДМ-П12-2426 от 13.04.2015) премьер-министр РФ Дмитрий Медведев.

Как уже сообщала «МГ», Президент РФ Владимир Путин поручил создать до 1 января 2016 г. в Москве несколько национальных научно-практических медицинских центров. Они будут созданы на базе следующих федеральных государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении ФАНО: Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Научный центр

сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, Научный центр здоровья детей.

О задачах, решение которых возлагается на эти центры, – от оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи до организационно-методического руководства деятельностью медицинских организаций соответствующего профиля – мы также писали, наши подписчики знакомы с ними. Повторяться не будем.

Теперь председатель Правительства РФ Д.Медведев дал указания Минобрнауки, Минфину и Минэкономразвития России в срок до 1 сентября 2015 г. обеспечить с 2016 г. совместно с Минздравом, ФАНО, другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и РАН отражение в госпрограмме «Развитие науки и технологий» на 2013-2020 гг. бюджетных ассигнований федерального бюджета, направляемых на финансовое обеспечение проведения фундаментальных и поисковых исследований. Минобрнауки, Минздраву, ФАНО, Минфину и РАН поручено до 5 мая 2015 г. проработать с учётом ранее данных поручений по внесению изменений в Программу фундаментальных научных

исследований государственных академий наук на 2013-2020 гг. вопрос об участии создаваемых в текущем году национальных научно-практических медицинских центров и иных организаций, не подведомственных ФАНО России, в реализации указанной программы.

При формировании федерального бюджета на 2016 г. и плановый период 2017 и 2018 гг. до 1 августа 2015 г. поручено также предусмотреть бюджетные ассигнования для финансового обеспечения деятельности указанных национальных научно-практических медицинских центров. При их создании Минздраву России до 1 сентября 2015 г. поручено предусмотреть участие в их наблюдательных советах представителей РАН, ФАНО и Минобрнауки.

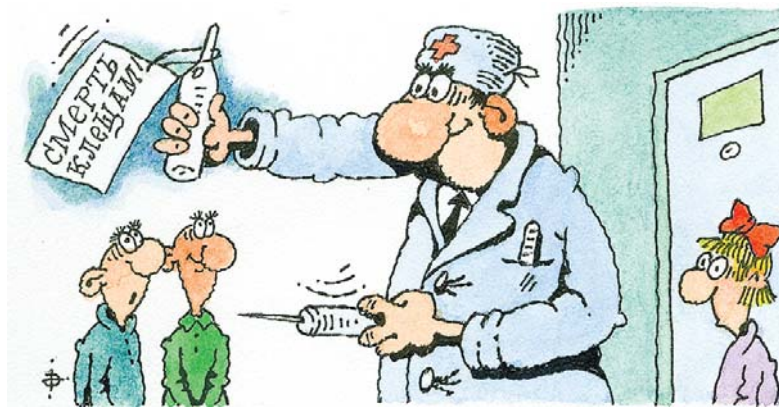
Обеспечение координации деятельности федеральных органов исполнительной власти и РАН в ходе создания в 2015 г. и функционирования национальных научно-практических медицинских центров возложено на заместителя председателя Правительства РФ А.Дворковича.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Профилактика

Клещи уже атакуют...



В медицинские организации в 70 субъектах РФ обратились 1133 пострадавших от укусов клещей, в том числе 423 ребёнка, сообщил Роспотребнадзор.

В ведомстве отмечают, что в связи с наступлением потепления на территории страны активизировалась жизнедеятельность клещей – этих переносчиков опасных инфекционных болезней, в том числе клещевого вирусного энцефалита (КВЭ), иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) и других заболеваний, передающихся при укусе клещами. Вместе с тем количество обратившихся по этому поводу к медикам в 2 раза меньше, чем за аналогичный период прошлого года.

В эпидемический сезон 2014 г., например, количество пострадавших от укусов клещей сократилось от уровня 2013 г. на 14,5% и составило порядка 440 тыс. человек. Количество обратившихся по этому поводу в этом году по сравнению с аналогичным периодом прошлого года пока в 2 раза меньше.

По данным оперативного еженедельного мониторинга Роспотребнадзора, заболеваний КВЭ пока не зарегистрировано. В то же время уже зарегистрировано 39 случаев ИКБ – в Калининградской (16 случаев), Московской (6 случаев) областях. Единичные случаи отмечены в Липецкой, Белгородской, Калужской, Самарской областях, республиках Татарстан и Удмуртской.

В субъектах Федерации для предупреждения возникновения заболеваний КВЭ и других заболеваний, передающихся при укусе клещами,

проводится комплекс профилактических и противэпидемических мероприятий. Начаты акарицидные обработки территорий летних оздоровительных учреждений, парков, скверов, мест отдыха населения, управлениями Роспотребнадзора организована санитарно-просветительная работа среди населения. Наконец круглогодично проводится вакцинация против КВЭ.

В томском филиале НПО «Микроген», кстати, произведены первые 500 тыс. доз новой детской вакцины против клещевого энцефалита «Энцевир НЕО». Разработчики реализовали в ней уникальный метод определения объёма активного компонента в одной дозе вакцины и установили дозу, которая может применяться для детей в возрасте от 3 лет. При производстве вакцины «Энцевир НЕО» используется штамм, характерный для Сибири и Дальнего Востока. Вакцина выпускается в новом цехе, отвечающем всем требованиям стандарта GMP. Таким образом, в арсенале российских педиатров появилась доступная, безопасная и надёжная защита для детей, которая соответствует всем международным требованиям.

Для профилактики клещевого энцефалита ежегодно вакциной «Энцевир», производимой НПО «Вирион» и соответствующей современным требованиям ВОЗ, по всей России прививаются до 500 тыс. взрослых старше 18 лет. Теперь эффективная вакцина есть и у малышей.

Вячеслав КОНСТАНТИНОВ.

МИА Сити!

Подписка-2015

Продолжается
подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

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

50075 – на месяц;**32289** – на полугодие.

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

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

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

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.	количество комплектов								
	переадресовки	_____ руб. _____ коп.									
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											

Активисты рабочей группы Общероссийского народного фронта «Социальная справедливость» проанализировали исполнение правительством поручения Президента РФ, лидера ОНФ Владимира Путина о преобразовании федеральных медучреждений с целью повышения эффективности использования их ресурсов на региональном уровне.

В закрытом режиме

Вывод таков: действия кабинета министров, осуществляемые в данный момент в этой сфере, не соответствуют ни букве, ни смыслу поручения главы государства. Представители ОНФ посоветовали Администрации Президента РФ не снимать поручение с контроля, а правительству – добавить продуманности и системности в эту работу.

В докладе кабинета министров об исполнении поручений приведён список из 5 федеральных медицинских учреждений (Саратовский НИИ кардиологии, Уральский НИИ травматологии и ортопедии, Научно-клинический центр охраны здоровья шахтёров, Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, санаторий «Голубая волна»), которые проходят, согласно поручению Президента РФ, процесс «преобразования» и передаются субъектам Федерации. Эксперты рабочей группы проанализировали информацию из открытых источников об этих медорганизациях и, как сообщили в ОНФ, выяснили, что процесс реорганизации проходит в крайне закрытом режиме.

Информацию в открытых источниках о происходящих в системе здравоохранения процессах удалось найти только по трём регионам. И лишь в одном случае не возникло вопросов в обоснованности и продуманности передачи федерального учреждения в ведение региона. Это – Саратовский НИИ кардиологии, на базе которого будет организован областной кардиологический диспансер с замкнутой системой оказания медицинской помощи. Она включит амбулаторный приём, экстренную высокотехнологичную помощь

Акценты

Ни букве, ни смыслу...

Проанализированы преобразования федеральных медицинских учреждений



Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова

больным с острым коронарным синдромом, а также медицинскую реабилитацию.

На этом фоне большие сомнения вызывает реорганизация Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. В рамках процесса «преобразования» предполагается выделить из него Санкт-Петербургский многопрофильный центр и присоединить его к Санкт-Петербургскому государственному университету. Предполагается, что вновь образованное учреждение станет клинической базой для подготовки студентов медицинского факультета и факультета стоматологии и медицинских технологий СПбГУ. Но непонятно, как будет организована клиническая подготовка студентов факультета стоматологии, если центр специализируется на сердечно-сосудистой хирургии (включая операции на открытом сердце), эндокринной хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, гинекологии, онкологии, нейрохирургии. Эксперты ОНФ опасаются, что «преобра-

зование» Санкт-Петербургского многопрофильного центра закончится простым сокращением его сотрудников и передачей имущества университету.

Подобное происходит потому, считают члены рабочей группы ОНФ, что реорганизация медучреждений ведётся без должной проработки вопроса в каждом конкретном случае. Это делается эпизодически, без комплексного анализа целесообразности передачи того или иного медучреждения с федерального уровня на региональный. Что говорит об отсутствии системной работы в данном направлении, в том числе единого плана действий, проработанного с учётом мнения отраслевых экспертов и согласованного на всех уровнях.

Процесс ради процесса

В своём докладе правительство сообщает, что готовит новый план преобразования федеральных медучреждений с передачей в

ведение регионов, но не раскрывает ни учреждений, ни подходов, которые закладывает в этот процесс. В целом, как отмечает сам кабинет министров, в результате оптимизации сети медицинских организаций и их коечного фонда число подведомственных Минздраву России медучреждений сократилось со 187 до 178. Их коечный фонд уменьшился на 1440 мест, включая места в санаториях, а коечный фонд регионов сократился за год на 47,8 тыс. коек.

«Процесс ради процесса не нужен ни Президенту, ни россиянам. И поручение Президента не должно восприниматься как сигнал к механическому сокращению коечного фонда. Поручение предполагало изменения в целях повышения качества обслуживания населения и эффективности использования имеющихся в системе ресурсов. Мы считаем, что правительство должно более продуманно подходить к исполнению этого поручения. Например, определиться, по каким критериям должен проводиться отбор медицинских организаций, планируемых к передаче с федерального уровня на региональный. И главное – с целями, которых достигнет наше здравоохранение, проведя данные изменения. В их числе должна быть, на наш взгляд, прежде всего способность региона обеспечить эффективное функционирование принятого в собственности медучреждения. Также необходимо повысить уровень публичности принимаемых в этой сфере решений. Это придаст работе системный характер, будет препятствовать возможным негативным последствиям при изменении формы хозяйствования. Информация обо всех передаваемых объектах должна находиться в открытом

доступе», – убеждён член рабочей группы «Социальная справедливость», советник Российской академии наук, доверенное лицо Владимира Путина Сергей Колесников.

Он пояснил, что такой план, прежде всего, должен содержать подробное обоснование передачи объекта с федерального уровня на региональный. «В том числе нужно иметь представление, потянет ли региональный бюджет содержание ещё одного медицинского учреждения, не снизится ли при этом качество медицинского обслуживания, что будет с коечным фондом. Также требуется понимать, как в ходе реорганизации будут решаться кадровые вопросы, соблюдаться права работников медучреждений. В противном случае мы не сможем говорить о качественном исполнении поручения Президента. Печально, что под словом «оптимизация» понимается не улучшение качества обслуживания населения и уровня медицинской помощи, а финансовый термин, подразумевающий только сокращение затрат на здравоохранение на федеральном уровне. Дискредитируются само слово и смысл поручения Президента», – отметил С.Колесников.

Как известно, Владимир Путин в ряде поручений, данных по итогам форума Народного фронта «Строительство социальной справедливости» (март 2013 г.) и «Форума действий» (декабрь 2013 г.), поставил перед правительством задачи совершенствования деятельности федеральных медицинских организаций, а также эффективного использования их коечного фонда для обеспечения доступности медицинской помощи для населения.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перемены

В коллективе Тверской областной детской больницы состоялось долгожданное событие – открыто новое здание стационара, строительство и реконструкция которого велись последние 3 года.

Кроме того, ведущая региональная клиника получила новое высокотехнологичное оборудование, а все помещения вновь выстроенного здания стационара, в которых находятся пациенты, оснащены современной системой очистки воздуха. Это позволяет людям с риском возможных инфекционных осложнений или уже с наличием инфекционной патологии ускорить процесс выздоровления и, кроме того, практически исключить риск возникновения осложнений.

На первом этаже корпуса разместились отделение реанимации для детей старшего возраста, на втором – реанимация для новорождённых, на третьем и четвёртом – отделение экстренной хирургии. В профильном реанимационном отделении установлено оборудование, позволяющее выхаживать новорождённых с экстремально низкой

Реконструкция с расширением

Так назвали открытие нового корпуса детской больницы в Твери

массой тела. В среднем за год через отделение проходит порядка 40 таких детей, часть из которых нуждаются в экстренном или срочном оперативном вмешательстве, которое также способны провести тверские врачи. В стенах учреждения оказывают помощь по всем профилям детской хирургии – травматологии, нейрохирургии, ортопедии, стоматологии, плановой и гнойной хирургии.

Как уточнил главный врач больницы Иван Бармин, проект называется не строительством, а реконструкцией с расширением. И это лишь очередной этап. В связи с возведением нового корпуса освобождающиеся пло-



Новое оборудование детской реанимации в действии

щади будут в первую очередь направлены на обеспечение доступности амбулаторной помощи. Люди, которые ранее приезжали в поликлинику из районов области, из-за тесноты испытывали здесь неудобства, долго ожидали своей очереди. Теперь больница открыла дополнительные кабинеты для приёма, запланировано расширение регистратуры, что, по мнению руководства ЛПУ, позволит минимизировать очереди. С появлением новых кабинетов врачи наиболее востребованных специализаций в часы пик будут работать параллельно.

Общий объём средств на строительство объекта составил более 437 млн руб., из которых свыше 337 млн выделено из регионального бюджета и около 100 – из федерального. Из этой суммы на закупку медицинского оборудования и мебели было направлено более 185 млн руб. С вводом нового корпуса увеличены мощности детской хирургии, которая сможет принимать 1800 маленьких пациентов в год вместо 1500, как было раньше.

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

В Алтайском крае актуальным вопросом в сфере здравоохранения остаётся система подготовки средних медицинских работников. Выездное расширенное заседание на эту тему провёл Комитет Алтайского краевого законодательного собрания по здравоохранению и науке на площадке Барнаульского базового медицинского колледжа.

Участие в нём приняли депутаты Комитета по здравоохранению, представители Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности, руководители медицинских колледжей края, а также факультета высшего сестринского образования Алтайского государственного медицинского университета. Свои доклады представили главные врачи центральных районных больниц из Рубцовска, Заринска, Родино, Алейска, Новоалтайска, Славгорода.

Активное участие в обсуждении проблемы приняли и представители Алтайского отделения профессиональной ассоциации средних медицинских работников.

Главное, что волновало собравшихся: соответствует ли современным требованиям система подготовки и качество образования средних медицинских работников в Алтайском крае, насколько обеспечены специалистами среднего звена учреждения здравоохранения.

По словам председателя Комитета по здравоохранению и науке Александра Лазарева, в последние годы в регионе приняты существенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава, привлечению и закреплению в отрасли медицинских кадров, в том числе и среднего звена.

В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 г.»

Деловые встречи

Без медсестёр здравоохранению не бывать

Однако эту профессию выбирают всё реже

запланирован ряд мероприятий подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», направленных на повышение квалификации медицинских работников, проведение оценки их уровня, поэтапное устранение дефицита кадров, а также меры социальной поддержки данной категории.

Это переподготовка и повышение квалификации медицинских работников, организация их санаторно-курортного лечения, доплаты наиболее востребованным категориям работников, единовременные компенсационные выплаты молодым специалистам, а также целевая подготовка специалистов по программам высшего и среднего профессионального образования и постдипломной подготовки.

Важной мерой в решении кадровых проблем является повышение заработной платы. Как отметил А.Лазарев, в нынешнем году заработная плата средних медицинских работников края выросла на 9,4% по сравнению с 2014 г. и составляет 18 328 руб. Это данные ежемесячного мониторинга, проводимого Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Кроме этого, с 2011 г. согласно постановлению администрации Алтайского края введены ежемесячные доплаты операционным

медицинским сёстрам и сёстрам-анестезистам в размере 1 тыс. руб. ежемесячно. Такая же сумма предусмотрена на доплату средним медицинским работникам стационарных отделений.

Возросло внимание властей и к проблеме обеспечения сельских территорий медицинским персоналом. Так, с целью повышения доступности первичной медико-санитарной помощи сельским жителям принят указ губернатора края «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 г. на работу в фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населённых пунктах Алтайского края». Единовременная компенсационная выплата в 500 тыс. руб. из бюджета края предоставляется фельдшеру, прибывшему для работы в ФАП, который обязуется проработать там не менее 5 лет. Сейчас по данной программе уже работают 13 молодых специалистов.

Не оставлены без внимания и вопросы обучения. В 2013 г. впервые проведён целевой набор студентов медколледжа для подготовки медицинских и фармацевтических работников с последующим трудоустройством в те медицинские организации края, которые испытывают наиболее выраженный дефицит кадров.

В 6 медицинских колледжах края сегодня обучается почти 4 тыс. студентов.

Однако, по мнению руководителей образовательных учреждений, проблемой нынешнего времени является малая привлекательность данной области деятельности для молодого поколения. Среди студентов медицинских колледжей отмечается значительное снижение интереса к ней, нежелание рассматривать её как возможную профессию. Существуют сложности и с набором студентов в колледжи ввиду периодического отсутствия конкурса на место. Следствием этого и становится недостаточная профпригодность будущих медработников.

Определённым выходом могла бы стать грамотная организация профориентации среди школьников 9-10-х классов.

В ходе заседания главные врачи ЦРБ рассказали о нехватке среднего медицинского персонала в больницах. Так, в Заринске укомплектованность медицинскими сёстрами составляет всего 61,5%. В Алейском районе остро стоит вопрос кадровой обеспеченности ФАПов, а в Славгороде – трудно получить дополнительное образование врачам и сестринскому персоналу ввиду удалённости района. Здесь необходимо создавать систему дистанционного очно-заочного обучения.

Сейчас в крае работает почти 23 тыс. специалистов со средним медицинским образованием, из них в сельской местности – около 8 тыс. Укомплектованность штатных должностей средних медицинских работников в медицинских организациях края в целом составляет 66,1% (из них по городам – 60,9%, по сёлам – 79%). Цифры говорят сами за себя...

Но не только о проблемах шёл разговор. Большой интерес вызвало обсуждение новой модели работы – «Медицинская сестра – помощник пациента». Привычная ситуация, когда медсестра просто помогает врачу, а забота о пациентах является для неё делом второстепенным, уже устарела. Эмоциональная поддержка, оказание консультаций, всесторонний уход за пациентами должны являться важной составляющей частью ежедневной практики современных медицинских сестёр.

Итогом заседания стали рекомендации Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, краевому Законодательному собранию, медицинским образовательным организациям края и органам местного самоуправления.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Решения

Их названия: «Клинический медицинский центр г. Читы» и «Детский клинический медицинский центр г. Читы». Каждая городская поликлиника, юридически ставшая подразделением новых структур, осталась на своём прежнем месте и продолжает обслуживать прикреплённое к ней взрослое или детское население.

Руководство объединённой поликлиники для взрослых разместилось в Забайкальском краевом консультативно-диагностическом центре, вошедшем в состав нового учреждения. Сердцевинной единой детской поликлиники стал консультативно-диагностический центр для детей. Теперь их посетители получили возможность без направлений формы 57/у-04 проходить обследования и в диагностических центрах.

– Благодаря открытию единых поликлинических центров возрастёт доступность диагностической базы, и это самое главное, – пояснил министр здравоохранения Забайкальского края Михаил Лазуткин. – При формировании клинических медицинских центров ни одна поликлиника не закрылась, не было сокращено ни одной врачебной ставки, в состав объединённых учреждений вошли абсолютно все медицинские работники, работающие в поликлиниках. Создание новых учреждений позволит решить целый ряд наиболее острых вопросов – сократить очереди к специалистам, снизить расходы медицинских учреждений по содержанию административно-управленческого персонала, высвободить площади, ранее занимаемые бухгалтерией, кадровой службой и другими подразделениями, убрать излишний документооборот.

Доступность — категория управляемая!

Читинские поликлиники объединились в два клинических медицинских центра



Индивидуальное занятие в центре восстановительного лечения для детей «Феникс», которого в числе других городских лечебных учреждений коснулась реорганизация в форме объединения

Новая модель медицинских учреждений призвана ликвидировать неравномерную укомплектованность участковой службы поликлиник кадрами и материально-техническим оснащением, сократить дублирование осмотров специалистами и медицинских исследований или значительно сни-

зить их. Объединение – это также возможность хотя бы частично ликвидировать очереди к узким специалистам и на инструментальные исследования. В рамках единых центров пациенты теперь могут при отсутствии нужного доктора в своей поликлинике записаться на приём к врачу любого другого

поликлинического учреждения города. Эти посещения будут для них, разумеется, бесплатны.

Первый опыт работы показал, что забор анализов для лабораторных исследований, приём узких специалистов – всё происходит так же, как и раньше, разве что больничные листы в поликлиниках города выписываются уже с наименованием новых клинических медицинских центров.

У Детского клинического медицинского центра свои особенности – в его состав кроме поликлиник и консультативно-диагностического центра вошли также центр восстановительного лечения для детей «Феникс» и городская детская стоматологическая поликлиника. Таким образом, появилась возможность в рамках одного учреждения осуществить законченный цикл лечения детей – диагностика, лечение, реабилитация.

– В диагностическом подразделении работа специалистов организована в две смены, что, несомненно, повысило доступность медицинской помощи для маленьких пациентов, – сообщила главный врач Детского клинического медицинского центра кандидат медицинских наук Ирина Нардина. На базе нового объединённо-

го детского учреждения будут по-прежнему функционировать центры здоровья для детей. Создадут здесь в ближайшем будущем и единый многоканальный колл-центр, сотрудники которого обеспечат маршрутизацию пациентов, взаимозаменяемость врачей и перенаправление потоков. Стихийного посещения специалистов не будет, но по направлению участкового педиатра с помощью колл-центра можно при необходимости перенаправить ребёнка в любое подразделение. Кроме того, в новом учреждении предусмотрена и должность холл-менеджера, который поможет маленьким пациентам и их родителям сориентироваться и значительно сэкономить время.

В дальнейших планах читинских педиатров – создание в объединённом детском центре кабинетов амбулаторной хирургии, наблюдение детей с врождёнными вывихом бедра, дисплазиями, которые смогут получать здесь гипсование, физиолечение, полноценную реабилитацию.

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Чита.

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.

Нет такого человека, который бы в определённом возрасте не задумывался о том, какой образ жизни он ведёт и насколько его здоровье зависит от работы социальных служб, органов здравоохранения, его собственного отношения к своему здоровью. Этот вопрос очень важен и для общества, не случайно геронтологи, гериатры уделяют ему сегодня большое внимание. Новая ситуация с долгожительством заставила их обратиться к изучению социальных, демографических, медицинских данных людей старшего возраста.

Москва как точка отсчёта

В последние годы социальные, экономические и политические проблемы, связанные с постарением населения, встали, как говорится, на повестке дня. Увеличение доли пожилых и старых людей, включая долгожителей, во многих странах мира в последние годы обусловило необходимость изучить состав этой категории, её потребности, возможности. Согласно прогнозам, основанным на социальной динамике, количество людей, чей возраст перевалил за 100 лет, с годами будет только увеличиваться. К 2050 г. рекордное количество долгожителей будет в Китае – около 472 тыс. человек, на втором месте стоят США 298 тыс., на третьем Япония – 272 тыс., на четвёртом Индия – 111 тыс. В России к этому времени ожидается 14 тыс. 100-летних людей.

Долголетие, то есть достижение человеком возраста 90 лет и старше, – один из важных показателей здоровья населения. По результатам исследования, проведённого Всероссийским центром исследования общественного мнения, 31% россиян выбирают такой способ заботы о своём здоровье, как воздержание от алкоголя и курения, занятия спортом предпочитают всего 12%. Также респонденты составили приблизительный портрет долгожителя: по мнению 38% опрошенных, это житель горных районов, жизнерадостный человек (29%), богатый (21%), занимается спортом профессионально (19%), не употребляет алкоголь (14%), является политиком, депутатом, чиновником (12%) или просто человеком с чистой совестью (9%). Таковы критерии образа жизни, направленного на достижение долголетия, стихийно сложившиеся у граждан России. Учёные НКЦ геронтологии решили начать свои исследования с Москвы. Столичные поликлиники предоставили им огромный материал для изучения. Результаты глубокого анализа 12 864 анкет долгожителей Москвы из 108 учреждений дали весьма интересные результаты.

Медико-социальные характеристики долгожителей и ветеранов Великой Отечественной войны столицы показали, что проблема сохранения здоровья в старости важна как для конкретного индивида, так и для общества. Была изучена возрастная-половая структура долгожителей, способность их к самообслуживанию, распределение по инвалидности, проживанию в семье, одиноко или в стационарном учреждении, обращаемость за социальной помощью в зависимости от возраста, пола и проживания. Результаты анализа представленных анкет оказались важны, поскольку могут явиться основой при планировании профильных коечных мест в гериатрических стационарах, органи-

зации центров социальной помощи и гериатрических кабинетов в поликлиниках. Они могут способствовать адекватному планированию объёма и характера медико-социальной помощи для этой категории граждан.

Лидируют женщины

Возрастные показатели населения России свидетельствуют об абсолютном и относительном увеличении числа лиц старше 90 лет. К настоящему времени около 350 тыс. жителей РФ достигли возраста 90 и более лет, более 6800 россиян перешагнули 100-летний рубеж.

ной войны, выделенной из общей базы данных.

Подавляющее большинство в группе долгожителей составили женщины – 78,9%. По соотношению женщины/мужчины в разных возрастных группах показатели выглядят следующим образом: в группе 91-94 года – 3,4; 95-99 лет – 3,87; 100 лет и больше – 5,73. Среди ветеранов ВОВ численность мужчин по естественным причинам в 3 раза превышает численность женщин.

Конечно, может возникнуть вопрос, почему учёные так скрупулёзно занимаются такими, на первый взгляд, скучными проблемами. Но это далеко не так.

инвалидов-мужчин. Такое явление можно объяснить тем, что до старческих возрастов женщин доживает больше, так как они отличаются большей активностью, лучше мужчин следят за своим здоровьем и чаще обращаются за медицинской помощью.

Болезни старости

Учёным и практикам хорошо известно, что чем старше человек, тем «багаж» его болезней многообразнее. Он порой достигает 7 и более патологий. В НКЦ геронтологии было проведено исследование возрастной динамики нарушений углеводного

порог 75 лет. Таким образом, половые различия в возрастных нарушениях метаболизма глюкозы, являющегося одним из основных показателей устойчивости гомеостаза организма, могут обуславливать наблюдаемую разницу в продолжительности жизни и инвалидизации среди долгожителей.

Анализ полученных данных показал, что для людей пожилого возраста характерна полиморбидность: показатель её для общей группы долгожителей составляет 3,79, для женщин – 3,76, для мужчин – 3,92. Среди ветеранов Великой Отечественной войны эти показатели несколько выше и составляют 4,85, 4,98 и 4,8 соответственно. Вместе с тем проявляется интересный феномен: у людей, перешагнувших «вековую черту», показатель полиморбидности снижается.

По данным собранных и обобщённых анкет учёные выявили, что наиболее распространённой патологией у долгожителей является коронарная недостаточность, которая проявляется как стенокардия более чем у 93%, а также гипертоническая болезнь – у 67%, заболевания нервной системы – у 84% и патологии органов пищеварения – у 42,76%. Среди ветеранов войны частота встречаемости наиболее распространённых видов патологии была такой же, как и в общей группе долгожителей. Мужчины-долгожители чаще, чем женщины, имеют заболевания периферических сосудов, органов дыхания, новообразования, реже – патологию со стороны эндокринной системы и кожи.

«Старость – не радость». Как часто мы произносим эти слова. Но ничего не поделаешь. И всё же, чтобы долго жить, людям старшего возраста важна способность к самообслуживанию, что зависит от возраста и условий проживания. В возрастной группе 90-94 года не могли себя обслуживать 13,06%, в возрасте 100 лет и старше число таких людей составляет лишь 36,48%. При этом количество не способных себя обслуживать среди ветеранов войны во всех возрастных группах меньше, чем среди общей группы долгожителей: в группе 90-94 лет – 5,29%, в группе 95-99 лет – 12,33%. Конечно, есть отрадные факты. Например, основная часть наших долгожителей и ветеранов войны проживает в семье (79,51%), лишь 0,17% – в учреждениях социального обслуживания. Большинство долгожителей (72,34%), проживающих одиноко, оказывается социальная помощь. Из проживающих в семье в социальной помощи нуждаются только 19,67%.

Справедливо положение о том, что долголетие определяется наследственными, социальными, экономическими факторами, условиями труда и быта, уровнем образования, образом жизни, уровнем медицинского обслуживания. Проведя свои исследования, учёные ещё раз убедились в том, что каждый должен вовремя задуматься о своём будущем, а общество, государство – предоставить все условия для нормальной, полноценной и здоровой жизни.

Людмила СЕРОВА,
доктор медицинских наук,
профессор.

Владимир ШАБАЛИН,
академик РАН.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Проблемы и решения

Живите долго

Сохранение здоровья людей старшего возраста сегодня как никогда актуально



А вот московские данные оказались более чем интересными. В столице сегодня проживает 30 578 долгожителей, из них 1689 человек в возрасте 100 лет и старше (данные «Интерфакса»). Таким образом, четвёртая часть российских долгожителей живёт в самом экологически неблагоприятном городе России. При этом самая высокая продолжительность жизни отмечена в Центральном административном округе, наиболее напряжённом деловом районе города. В среднем московский мужчина доживает до 67,3 года, что на 1,5 года больше по сравнению со среднестатистическим показателем продолжительности жизни мужчин в стране. У женщин-москвичек продолжительность жизни несколько выше, чем у мужчин, и составляет 76,5 года. Эти показатели ставят вопрос об определении специфических факторов внешней среды, которые могут быть непосредственно связаны с долголетием.

В общей базе долгожителей основную часть занимает возрастная группа 90-94 года, частота встречаемости которой – 77,23%, тогда как возрастная группа 100 лет и старше – всего 1,72%. Примерно такое же соотношение выявлено и в группе ветеранов Великой Отечествен-

Такие работы лишь подтвердили – есть основа при планировании профильных коечных мест в гериатрических стационарах, организации центров социальной помощи, гериатрических кабинетов в поликлиниках. Никто не должен забывать, что впереди у каждого время старости, какой она будет, выбор во многом делает каждый, медики же предлагают благодаря своим исследованиям меры эффективной и своевременной помощи.

Следует отметить особенности распределения долгожителей по округам Москвы. Так, возрастная группа 90-94 года в большинстве представлена в Восточном административном округе (ВАО), а долгожители возраста 95-100 лет значительно чаще встречаются в ВАО и ЦАО. Большинство имеют 1-ю и 2-ю группу инвалидности, 3-я группа – у незначительного количества. Кроме того, многие из них не имеют группы вообще. Это следует объяснить недоработкой медицинских учреждений или неспособностью самих долгожителей пройти сложную процедуру оформления инвалидности. При этом считать их абсолютно здоровыми было бы неправильно. Анализ имеющих инвалидность по полу показал, что во всех группах женщины преобладают над численностью

обмена, которые включают инсулинорезистентность и сахарный диабет 2-го типа (СД 2) у пациентов стационара – мужчин и женщин старших возрастных групп. Инсулинорезистентность характеризуется повышением уровня инсулина в крови, то есть гиперинсулинемией (ГИ). ГИ предшествует СД 2 и рассматривается как преддиабетическое состояние. Было выявлено, что у женщин ГИ с наибольшей частотой встречалась в группе 45-59 лет, что предшествовало пику встречаемости СД 2 в группе 75-80 лет. Женщины с СД 2 доживают до 94 лет. После 95 лет у женщин отмечается новое возрастание встречаемости инсулинорезистентности. У мужчин пик СД 2 наблюдается в группе 81-85 лет, а у лиц, перешагнувших 90-летний рубеж, нарушения углеводного обмена практически отсутствуют. Частота СД 2 в старших возрастных группах у женщин ниже, чем у мужчин (51% против 68%).

Наиболее неблагоприятным является одновременное наличие у больного ГИ и СД 2. Тем не менее даже при таких нарушениях женщины доживают до возраста долгожителей, тогда как мужчины при таком сочетании не преодолевают возрастной

Когда интернет получал всеобщее развитие, никто заранее не прогнозировал, чем всё обернётся. А теперь мы сталкиваемся с такими проблемами, которые надо было решать ещё вчера, считает директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Зураб Кекелидзе. Наиглавнейшая из них – интернет-зависимость у детей и подростков.

Ох уж этот планшет...

Государственной статистики, свидетельствующей о её масштабах, нет, поскольку такая форма расстройств в международной классификации болезней не выделена. А если бы и была выделена, то вряд ли статистические данные выглядели бы исчерпывающими, потому что, как утверждают специалисты, зачастую дети «уходят» от правильного диагноза, попадают к врачу с соматической патологией. Например, ребёнок, пропустивший введение инсулина, сидя за компьютером, оказывается в гипергликемическом состоянии в эндокринологическом отделении и лечится эндокринологом, хотя первопричиной явилось погружение в виртуальный мир, где он забыл обо всём. Или случается эпилептический приступ, и пациент лечится у невролога по поводу эпилепсии, а первопричина не вычленяется.

– Когда я начинал заниматься этой темой, – рассказывает ведущий научный сотрудник Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии доктор медицинских наук Лев Пережогин, – то говорил о зависимости от персонального компьютера, чуть позже стал говорить о зависимости от игр на персональном компьютере. Ещё позднее – о зависимости от Интернета. А сегодня я уже говорю о зависимости от Интернета и мобильных средств доступа к нему. В каждой российской семье есть несколько мобильных устройств (например, телефон, планшет), позволяющих обращаться к всемирной сети.

Кстати, от планшета, по мнению Льва Олеговича, зависимость возникает значительно быстрее, чем от персонального компьютера, потому что все точки, на которых ребёнок фиксирует своё внимание (видеоизображение, тактильный контакт, звук) локализованы в одном месте). А когда ребёнок сидит за персональным компьютером, всё рассредоточено: перед глазами – монитор, где-то рядом клавиатура и мышь, поодаль динамики – происходит совсем другое восприятие мира.

Интернет-зависимость относится к группе нехимических зависимостей. В отличие от традиционных аддикций (наркомания, алкоголизм, токсикомания) агентом здесь выступает не вещество, а действие. Но все зависимости имеют одну и ту же биологическую природу. Результат и последствия одинаковы.

– Читая зарубежную литературу, я долго не верил, что возможен синдром отмены при нехимической зависимости, возникновение такой же клинической картины ломки, как при героине, – рассказал Л.Пережогин. – Но спустя несколько лет на собственной клинической практике убедился, что такие случаи существуют. И суицидальная активность у интернет-зависимых, испытывающих абстинентный синдром, очень высокая.

По словам Л.Пережогина, развиваются все зависимости стереотипно. Вначале человек испытывает удовольствие от взаимодействия, не важно с чем, с водкой или с Интернетом, затем появляется влечение. Ребёнок всё больше и больше времени проводит в интернет-среде в ущерб всем остальным интересам, утрачивая контроль за временем и смысловое содержание, практически полностью погружается в сеть, уходя от реального мира. Происходит трансформация личности, десоциализация.

Острая тема

Помочь выбраться из сетей

Проблема интернет-зависимости нарастает



Как утверждают специалисты, подросткам намного проще общаться в сети, потому что она позволяет сделать себя таким, каким ты не являешься на самом деле. Формируется определённый имидж, который работает на создание альтернативной личности.

– Наверное, главным критерием интернет-зависимости является тот факт: создана или не создана альтернативная, сетевая личность, конкурирующая с реальной, – считает Л.Пережогин.

Сверхдоступность

Зарубежные исследователи полагают, что до 15% населения имеет риск формирования зависимости (неважно от чего).

– Предиспозиция существует, – подтверждает и З.Кекелидзе. – Так, достижения акушерства и гинекологии – это головная боль психиатрии и неврологии. Сейчас выхаживают детей, родившихся на ранних сроках гестации с экстремально низкой массой тела, но внутриутробное формирование нервной системы и психики происходит на более поздних этапах. Результат всего этого мы видим уже в подростковом возрасте. И число таких детей не уменьшается, а увеличивается.

Интернет по своей способности создавать зависимых людей уступает героину, алкоголю, но по доступности превосходит их в разы. С планшетом каждый ребёнок знакомится практически в колясочном возрасте. Нередко механизм формирования интернет-зависимости запускают сами родители, ещё с пелёнок, успокаивая малыша не погремушками, а мобильным телефоном и другими гаджетами. Их не настораживает то, что дитя в 2-2,5 года не может сказать ни одного слова, но прекрасно справляется с планшетом, тыкая в него пальцами. А уж школьника просто подсаживают на мобильный телефон, желая быть с ребёнком постоянно на связи. Учёба в школе усугубляет ситуацию: новые образовательные стандарты предполагают самое широкое использование информационно-компьютерных технологий. По мнению гигиенистов, уже в 1-м классе 44% учащихся пользуются Интернетом, а среди старшеклассников – 90%, при этом ежедневно, начиная с 5-го класса, путешествует в виртуальном пространстве половина детей. Время пребывания

за монитором от класса к классу стремительно увеличивается. Хотя, согласно гигиеническим нормам, дошкольники могут находиться у экрана не более 20 минут в сутки. Младшие школьники – 30-40 минут, старшие – час и более. Пребывание за компьютером свыше 4 часов в день сродни вредному производству. Но сегодня 4 часа экранного времени в день без труда набирает любой подросток (телевизор, компьютер, мобильный телефон).

Как отмечает главный детский психиатр Минздрава России Евгений Макушкин, проблема интернет-зависимости междисциплинарная. Она касается и системы здравоохранения, и системы образования (педагогов, воспитателей), потому что чем больше ребёнок находится в информационном пространстве, чем больше он загружен, тем больше информационные потоки влияют на его здоровье, как общее, так и психическое.

Плоды сотрудничества

Куда же обратиться с детьми, ставшими зависимыми, теряющими всё своё время на виртуальное общение, бессмысленно просиживающими за компьютером сутками? Ответить на этот вопрос не всегда могли педиатры, и даже неврологи. Теперь в Москве появился центр по компьютерным зависимостям, где эти дети могут получить квалифицированную помощь. Пока он единственный, да и, строго говоря, не является центром как таковым, скорее, это объединение людей в рамках договора о сотрудничестве, пытающихся найти подходы к решению проблемы.

Центр создан на базе неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы. Приём осуществляет ведущий научный сотрудник Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии доктор медицинских наук Лев Пережогин, занимающийся исследованием интернет-зависимости долгое время.

– Неврологическое отделение выбрано не случайно, – комментирует руководитель этого подразделения кандидат медицинских наук Инна Щедеркина. – Часто именно к нам первым приходят родители с детьми, ставшими жертвами всемирной паутины. Симптоматика у них не всегда бывает психиатрической. Как правило, она не

специфическая. Жалуются на всё: головные боли, нарушения зрения, вегетативного статуса и т.д. Но уже на первом приёме можно понять, что это пациент для психотерапевта, психиатра. Однако самое трудное – убедить в этом родителей.

Чтобы предъявить им доказательства, исключить соматические заболевания, ребёнок проходит определённый круг обследований у специалистов (кардиолога, эндокринолога, гастроэнтеролога и др.) и одновременно попадает к психотерапевту и психологам. Если есть необходимость в лекарственной терапии, то принимается совместное решение неврологом и психотерапевтом.

– Как невролог-эпилептолог могу сказать, бывает непросто, – делится впечатлениями Инна Олеговна, – потому что во многих случаях дети, сидя у компьютера, провоцируют достаточно серьёзные параксизмальные состояния, требующие применения «тяжёлых», с точки зрения родителей, препаратов. Но без них обойтись нельзя, потому что проблема часто бывает очень запущенной.

Здесь ориентируются на то, что ребёнок должен наблюдаться и лечиться вместе с родителями, которым нужно не только понять и осознать проблему, но и пообщаться с психотерапевтом, чтобы научиться, как с таким ребёнком взаимодействовать. Порой родители проблему упрощают или вовсе уходят от неё, заявляя докторам: «Вы неправильно ставите диагноз», и продолжают водить ребёнка по врачам до тех пор, пока не найдут того, который скажет: «Нет у вас там ничего, просто плохие сосуды» или назовёт другую любимую отговорку.

– И в этом вина неврологов, – считает И.Щедеркина. – Поэтому надо работать совместно психиатрам, психотерапевтам, неврологам. Нам это удаётся. Мы признательны Льву Олеговичу за то, что он ведёт огромную методологическую работу. Благодаря чему неврологи в Москве стали понимать, что происходит, знают, куда направлять таких пациентов. Ранее же эти дети «зависали», ходили от специалиста к специалисту, попадали к не очень квалифицированным докторам, и ситуация только усугублялась. В итоге всё заканчивалось госпитализацией в психиатрический стационар. А сейчас проблема решается в амбулаторном режиме, без травмирующей госпитализации.

Разработанная Львом Пережогиным с коллегами программа психокоррекционной помощи предполагает в среднем 8-12 занятий, если речь идёт о преморбидно здоровых детях (но если у ребёнка с шизофренией возникла ещё и интернет-зависимость, то это уже другой вариант). Требуется несколько встреч, чтобы довести пациента до состояния отказа от постоянного взаимодействия с компьютером. Ещё 4-6 занятий необходимо по разрушению метаперсонализированного образа и формированию адекватно «Я». Плюс 2-4 занятия понадобятся на закрепление достигнутого. В целом курс коррекции занимает 4-6 месяцев. Длительность ремиссии сроком более полугода отмечается у 65-70% детей, дошедших до конца курса. Путь этот нелёгкий,

требующий усилий от ребёнка и родителей. Некоторые ещё при первом знакомстве, узнав, что придётся долго ходить и что-то делать, отказываются от лечения.

Перспективы

По мнению И.Щедеркиной, пока родители будут отрицать наличие интернет-зависимости у ребёнка, а доктора, прежде всего неврологи, на первом этапе упрощать проблему (дескать, ничего страшного, подросток перерастёт), она будет разрастаться в стране в геометрической прогрессии. Надо проводить занятия для родителей, организовывать соответствующие школы, разъясняя суть угрозы, считает И.Щедеркина.

По мнению З.Кекелидзе, следует образовывать и школьных врачей, они должны знать азы детско-подростковой психиатрии, психотерапии, психологии.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, выступая в рамках «правительственного часа» в Госдуме, упомянув о проблеме интернет-зависимости, сказала, что Минздрав договорился с Российской академией образования о медицинском сопровождении образовательных организаций, в том числе дошкольных. Как это будет выглядеть на деле, не ясно. Пока же реалии плачевны.

Безусловно, должна быть преемственность, междисциплинарность работы с такими детьми, но специалисты разобщены.

На сегодняшний день речь идёт о необходимости создания целостной системы психопрофилактики и психогигиены.

Компьютер отнять навсегда невозможно. Ныне он – неотъемлемая часть жизни. Надо учить правильно им пользоваться.

– Профилактика должна основываться на формировании непривязанности к тому, что даёт Интернет, – полагает Л.Пережогин.

Сегодня доктор, помимо практической, ведёт большую исследовательскую деятельность, разрабатывает методы диагностики, профилактики и психотерапевтической коррекции зависимости от компьютера, Интернета и мобильных средств доступа, выстраивает модель междисциплинарного взаимодействия специалистов и на этапе профилактики, и на этапе лечения.

Теперь уже бесспорно – такое клиническое состояние, как интернет-зависимость, присутствует, его можно верифицировать. Однако, по мнению Л.Пережогина, утверждать, что врачи способны его диагностировать в соответствии с принципами доказательной медицины, на данном этапе нельзя. Приходится ещё его изучать, набирать статистику, вести научные исследования.

По словам Льва Олеговича, если удастся всё систематизировать, то года через 3 на свет появится толстая книга в помощь специалистам.

Она, конечно же, необходима, как необходимо и создание в стране центров, подобных тому, что появился на базе Морозовской больницы. Ведь всё больше детей запутывается во всемирной паутине.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 26 (1878)

(Окончание. Начало в № 28 от 17.04.2015.)

Клиническая картина
и диагностики

Диагностика ДБ включает анализ клинических проявлений заболевания, анамнеза, данных объективного обследования пациента. Обращают внимание на возраст, европейское (поражаются чаще левые отделы ободочной кишки) или азиатское (преимущественно поражаются правые отделы) происхождения, отмечают наличие лихорадки и лейкоцитоза, выясняют, получал ли больной кортикостероидную или иммуносупрессивную терапию. Цель обследования пациента с дивертикулёзом – исключение осложнений при их латентном клиническом течении. Для этого используют трансабдоминальное УЗИ, ирригоскопию и колоноскопию. В ходе выполнения диагностической программы оценивают локализацию дивертикулов, их размеры, число, а также толщину и эластичность кишечной стенки.

Проявления клинически выраженного дивертикулёза схожи с таковыми при синдроме раздражённого кишечника. Более того, в настоящее время остаётся неизвестным, является ли клинически выраженный дивертикулёз самостоятельной формой заболевания или же так протекает синдром раздражённого кишечника на фоне дивертикулёза. Пациенты при этом предъявляют жалобы на периодические боли в животе, чаще в левых и нижних отделах.

Выраженность болей значительно варьирует от незначительной до интенсивной. Пациенты также могут отмечать периодические запоры и поносы, вздутие живота. Диагноз устанавливают при наличии дивертикулов, отсутствии прямых или косвенных признаков воспаления, эпизодов осложнений в анамнезе. Диагностическая программа включает трансабдоминальное УЗИ, ирригоскопию и колоноскопию, а у женщин – трансвагинальное УЗИ.

Клиническая картина **острых воспалительных осложнений** находится в прямой зависимости от выраженности и распространённости воспалительного процесса. **Острый дивертикулит** проявляет себя болями, локализующимися в левой паховой области. В зависимости от анатомического расположения в брюшной полости воспалённого сегмента пациенты могут пожаловаться на боли в левой боковой, правой паховой и гипогастриальной областях. Боли могут быть приступообразными или постоянными, умеренными, не требующими назначения анальгетиков, или выраженными. Болевой синдром в большинстве наблюдений сопровождается лихорадкой и лейкоцитозом.

Такие симптомы, как вздутие живота, задержка стула, частый жидкий стул, тошнота, нарушение мочеиспускания и рвота, встречаются реже. При пальпации живота и/или бимануальном (вагинальном и ректальном) исследовании определяется болезненный, относительно подвижный сегмент сигмовидной кишки тестоватой или плотной консистенции. Общее состояние пациентов при этом удовлетворительное.

При **остром паракишечном инфильтрате** (периколлической флегмоне) клиническая симптоматика более выражена, что обусловлено большей интенсивностью и распространённостью воспалительного процесса. Закономерности локализации болей такие же, как и при остром дивертикулите, однако интенсивность их значительно выше и практически всегда возникает необходимость в назначении анальгетиков.

Отличительным признаком данного варианта острого осложнения является наличие в брюшной полости или полости таза опухолевидного образования, не имеющего чётких границ. Возможно умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Другие симптомы раздражения брюшины слабо выражены. Пальпация живота в области инфильтрата достаточно болезненная, а подвижность его ограничена за счёт фиксации к передней брюшной стенке, стенкам таза или другим органам. Постоянным признаком периколлической флегмоны является лихорадка. У 2/3 пациентов температура тела поднимается выше 38°C. Пациенты отмечают вздутие живота и нарушения стула, а в зависимости от выраженности интоксикации – тахикардию, сухость во рту, тошноту и рвоту. Выраженные нарушения кишечной

проходимости при периколлической флегмоне встречаются редко.

Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость с развитием калового перитонита имеет внезапное начало в виде острых интенсивных болей, быстро принимающих разлитой характер и сопровождающихся клинической картиной интоксикации с присоединением симптомов раздражения брюшины и лихорадки.

Диагностические задачи при острых воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни включают: верификацию дивертикула ободочной кишки как источника осложнений (отёк и уплотнение прилежащей к воспалённому дивертикулу клетчатки, разрушение стенок дивертикула с формированием паракишечной полости, выход воздуха или контрастного вещества через устье одного из дивертикулов); определение клинического варианта острых осложнений (острый дивертикулит, периколлическая флегмона, абсцесс, гнойный перитонит, каловый перитонит); оценку распространённости воспалительного процесса (вовлечение брюшной стенки, забрюшинного пространства при периколлической флегмоне, локализация и размеры гнойной полости при абсцессе, при перитоните – распространённость поражения брюшины и определение характера экссудата); оценку выраженности интоксикации.

Помимо клинического обследования, первостепенное значение имеют УЗИ брюшной полости и КТ. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование у женщин целесообразно дополнять трансвагинальным исследованием. Диагностическая ценность УЗИ, КТ и МРТ одинакова. При этом УЗИ имеет преимущество как метод, исключающий дополнительную лучевую нагрузку, и поэтому рекомендуется для контроля эффективности лечения. Внутривидовое контрастирование при КТ следует проводить осторожно, так как высока вероятность перфорации воспалённого дивертикула. Кроме того, при прикрытой перфорации такое исследование может спровоцировать перфорацию в свободную брюшную полость.

Из этих же соображений ограничено и применение колоноскопии, которую целесообразно выполнять после стихания явлений острого воспаления. При острых осложнениях применение ирригоскопии с использованием суспензии сульфата бария должно быть ограничено. Предпочтение при данном методе исследования следует отдавать водорастворимым контрастным веществам. Информативная ценность ирригоскопии при острых осложнениях достоверно ниже УЗИ и КТ.

Эндоскопические исследования необходимы только для решения задач дифференциальной диагностики, в первую очередь в отношении рака и воспалительных заболеваний кишечника. При невозможности исключить опухолевый процесс проведение колоноскопии в острой фазе воспаления показано, если по данным КТ нет выхода воздуха за пределы кишечной стенки.

Дифференциальная диагностика при острых воспалительных осложнениях ДБ требует исключения таких заболеваний, как аппендицит, опухолевые заболевания органов брюшной полости и полости таза, острый колит вирусного или бактериального происхождения, острые воспалительные заболевания мочеполовой сферы, болезнь Крона, язвенный колит, острые заболевания жировых подвесков ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз).

При **хроническом дивертикулите** клинические проявления варьируют в зависимости от характера и выраженности воспалительного процесса. Основным проявлением заболевания являются боли незначительной или умеренной интенсивности в левых и нижних отделах живота. При **латентном течении** хронического дивертикулита клинических проявлений заболевания нет, а диагноз устанавливают по данным дополнительных

методов обследования. При **непрерывном течении** хронического дивертикулита в течение суток боли то периодически усиливаются, то ослабевают, возможна их иррадиация в поясничную, правую подвздошную и эпигастральную области. Приём спазмолитических и анальгетических препаратов позволяет купировать болевой синдром в течение 15-40 минут.

Потребность в ежедневном приёме данных препаратов отмечают небольшое количество пациентов. Пациенты с рецидивирующим течением хронического дивертикулита вне периодов обострения не предъявляют каких-либо жалоб или же они минимально выражены. При обострении развивается клиническая картина, как при острых воспалительных осложнениях. Частота обострений колеблется от 1 раза в 3 недели до 1 раза в 1,5 года. При клиническом исследовании у

большинства из них при пальпации в левой подвздошной области определяется плотная болезненная сигмовидная кишка. У части женщин она определяется при влагалищном исследовании.

Стеноз ободочной кишки при ДБ имеет скудную клиническую симптоматику при наличии основного классифицирующего признака – нарушения кишечной проходимости в виде эпизодов вздутия живота, ощущения тяжести в левой подвздошной области и гипогастрии, задержки стула до 3 суток, метеоризма. Симптомы, как правило, разрешаются после ограничения в питании и приёма слабительных. У большей части пациентов в анамнезе можно выявить эпизоды обострения воспалительного процесса без яркой симптоматики. В течение длительного периода, до появления клинических признаков нарушения кишечной проходимости, пациенты отмечают незначительные локализованные боли в левых отделах живота. Длительность этого периода составляет от 2 до 10 лет (в среднем 5,5 года). Длительность существования симптомов нарушения кишечной проходимости колеблется от 4 месяцев до 3 лет. При пальпации в левой подвздошной или левой боковой области живота определяется плотный умеренно болезненный сегмент сигмовидной кишки, фиксированный к стенке таза или брюшной стенке. Выше обнаруженного плотного тяжа выявляется умеренное расширение кишки, над которым при перкуссии может отмечаться тимпанический звук. На фоне консервативных мероприятий нарушение кишечной проходимости удаётся ликвидировать в течение 12-24 часов, однако стойкого длительного эффекта достичь не удаётся. Расширение же диеты приводит к повторному развитию вздутия живота и задержке стула.

При **хроническом паракишечном инфильтрате** клиническая картина, характерная для хронического дивертикулита, дополняется наличием опухолевидного образования в брюшной полости, как правило, фиксированного к брюшной стенке или другим органам. Это образование определяется пальпаторно через переднюю брюшную стенку и/или при бимануальном (вагинальном, ректальном) исследовании.

Клиническая картина при **свищах ободочной кишки** полиморфная и зависит от локализации наружного отверстия, выраженности парафистулярной инфильтрации, направления хода свища, наличия дополнительных гнойных затёков и полостей.

При **наружных свищах** наружное отверстие, как правило, располагается на передней брюшной стенке в послеоперационных рубцах. Оно может располагаться в ягодичной и поясничной областях, на промежности или бедре. В большинстве наблюдений свищ образуется после экстренного хирургического вмешательства, при котором резекция воспалённого сегмента сигмовидной кишки не была выполнена, а операция была завершена дренированием брюшной полости. Значительно реже наружные свищи образуются после пункции и/или пункции и дренирования абсцесса под контролем УЗИ. Редко свищ формируется после вскрытия абсцесса передней брюшной стенки или поясничной области и крайне редко – промежности и бедра.

При **внутренних свищах** клиническая картина не соответствует тяжести развилсяшего осложнения и имеет стёртый характер. При сигмовезикальных свищах характерны выделения газов при мочеи-

спускании, мутный цвет мочи и примесь в ней кала, незначительные боли в нижних отделах живота без чёткой локализации, недомогание, утомляемость и редкие подъёмы температуры. До развития клинической манифестации кишечного свища у пациентов периодически возникают боли в нижних отделах живота, сопровождающиеся лихорадкой.

Большинство отмечают один эпизод резкого усиления болей с подъёмом температуры, после чего у них начинают выделяться газы при мочеиспускании, и/или появляется мутный цвет мочи. В последующем боли значительно ослабевают или же полностью исчезают, а температура нормализуется. Менее чем у трети пациентов осложнение проявляется лишь стойкой бактериурией, пневматурией и невыраженной фекалурией, а первыми жалобами являются выделения

газов при мочеиспускании и жалобы на мутный характер мочи.

Кишечно-генитальные свищи манифестируют болями незначительной и умеренной интенсивности, гнойно-каловыми выделениями из влагалища. В подавляющем большинстве наблюдений при сигмовагинальных и сигмоцервикальных свищах в анамнезе имеет место либо экстирпация матки с придатками, либо надвлагалищная ампутация матки. У 2/3 пациенток отмечаются периодические боли, которые становятся интенсивными, появляется лихорадка, а затем – обильные гнойно-каловые выделения из влагалища, после чего явления интоксикации исчезают.

При кишечно-мочепузырных и кишечно-генитальных свищах при сомнениях в наличии патологического соустья проводят пробу Швайцгольда. Проба предполагает приём пациентом 250 г семян мака, используемых в кулинарии, в течение 2 суток по 1 чайной ложке, запивая их 1 стаканом воды. В сутки необходимо принимать не менее 1,5 л жидкости. При подозрении на кишечно-мочепузырный свищ наличие семян мака исследуют во всех порциях мочи в проходящем свете, при кишечно-генитальных свищах у женщин – на влагалищных тампонах.

При тонкокишечно-толстокишечных свищах клинические проявления неспецифичны. Они включают в себя умеренные периодические боли, недомогание с субфебрильной лихорадкой, иногда – неустойчивый либо учащённый жидкий стул. При свищах в области внутреннего отверстия в стенке кишки имеет место рубцово-воспалительный процесс, более чем в половине наблюдений приводящий к образованию стриктуры. При этом нарушения кишечной проходимости развиваются крайне редко вследствие особенностей строения свища.

Диагностические задачи при хронических воспалительных осложнениях ДБ включают: верификацию дивертикула ободочной кишки как источника осложнений; определение клинического варианта хронического воспалительного осложнения (хронический дивертикулит, хронический паракишечный инфильтрат, свищ, стеноз); оценку распространённости воспалительного процесса (утолщение кишечной стенки за счёт деформации ≥ 3 мм, вовлечение в воспалительный процесс периколлической клетчатки, брюшной стенки, забрюшинного пространства, других органов брюшной полости и таза, при свищах – их топографо-анатомическая характеристика).

Диагностическая программа включает основные, дополнительные (уточняющие) и интраоперационные методы диагностики. К основным методам относятся: клиническое обследование и изучение анамнеза; лабораторные исследования крови и мочи; рентгенологические методы (КТ с внутривенным и внутривидовым контрастированием, ирригоскопия, при свищах – фистулография, цистография, вагинография, рентгенография тонкой кишки); колоноскопия; ультразвуковое исследование (трансабдоминальное, трансвагинальное, трансректальное).

Уточняющие методы исследования включают ультразвуковую колоноскопию; исследование двигательной активности толстой кишки и внутривидового давления. Интраоперационно выполняют УЗИ ободочной кишки с целью определения границ резекции.

Дифференциальная диагностика при хронических воспалительных осложне-

яя требует исключения таких заболеваний, как рак толстой кишки, иные опухолевые заболевания органов брюшной полости и полости таза, синдром раздражённого кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, ишемический колит.

Толстокишечные кровотечения как осложнение ДБ проявляются выделениями крови, которая может быть алого или тёмного цвета, со сгустками. Кровотечение возникает на фоне общего благополучия и не сопровождается никакими иными симптомами ДБ. Приблизительно в 1/3 наблюдений объём кровопотери превышает 500 мл. Первичное диагностическое мероприятие при этом – колоноскопия, при которой в устье одного из дивертикулов можно обнаружить либо кровоточащий сосуд, либо фиксированный к стенке сгусток.

При остром кровотечении диагностическая эффективность колоноскопии составляет 69-80%. Кровоточащий дивертикул обнаруживается в 10-20%. При этом высока вероятность неэффективности консервативных мероприятий или рецидива кровотечения. К другим методам диагностики относятся КТ-ангиография, скинтиграфия с эритроцитами, мечеными изотопом ^{99m}Tc .

Эффективность этих методов достигает 90%, а необходимость их применения возникает при малой информативности колоноскопии. Диагностическая программа должна включать обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Дифференциальная диагностика требует исключения в качестве причины кровотечения опухоли или полипа толстой кишки, язвенного колита, болезни Крона, ишемического колита, инфекционного колита, ангиодисплазии, ятрогенных причин (предшествующая биопсия или полипэктомия), геморроя.

Лечение

Возможности Клиник Самарского государственного медицинского университета позволяют проводить индивидуальное, комплексное консервативное и оперативное лечение пациентов с ДБ ободочной кишки. В полный цикл профилактики, лечения и медицинской реабилитации включена работа консультативной поликлиники, диагностических служб, стационарных – колопроктологического (клиника и кафедра госпитальной хирургии), гастроэнтерологического отделений, а также отделения восстановительной терапии.

Лечение больных ДБ требует дифференцированного подхода. Пациенты с бессимптомным дивертикулёзом не нуждаются в медикаментозном лечении. Рекомендуется диета, содержащая большое количество растительной клетчатки. Из рациона исключают продукты, вызывающие вздутие кишечника (бобовые, виноград, арбуз) и содержащие очень грубую клетчатку (редис, хурма, ананасы). Не следует рекомендовать пищевые волокна в виде орехов, зёрен и семян из-за опасности задержки их в дивертикулах.

Пациентам с клинически выраженными формами неосложнённого дивертикулёза рекомендуется диета с высоким содержанием растительных волокон (хлеб с отрубями, морковь, цветная капуста, салат, яблоки и др.).

С симптоматической целью назначают спазмолитики (мебеверин), средства, улучшающие процессы пищеварения (ферментные препараты), устраняющие метеоризм (пеногасители, симетикон), нормализующие микрофлору толстой кишки (пре- и пробиотики). При упорных запорах рекомендуют продукты, поглощающие воду и увеличивающиеся в объёме (морская капуста, семена подорожника, льна, метилцеллюлоза и др.), а также лактулозу.

При диарее временно ограничивают употребление клетчатки, назначают средства, обладающие вяжущим и адсорбирующим эффектами, при упорных поносах – лоперамид (осторожно у пожилых лиц).

Больным острым или рецидивирующим дивертикулитом в лёгкой форме рекомендуют жидкую пищу (компоты из сухофруктов, кисели, чай, отвары лечебных трав, протёртые супы). Для снятия воспаления назначают перорально сульфаниламидные препараты и антибиотики (триметоприм/ко-тримоксазол в сочетании с метронидазолом, клиндамицин, цефалексин в общепринятой дозировке на протяжении 7-10 дней), оказывающие воздействие на аэробные и анаэробные грамотрицательные микроорганизмы. В последнее время в литературе появились единичные сообщения о целесообразности использования месалазина в лечении неосложнённого дивертикулита в виде монотерапии или в комбинации с антибиотиками.

Положительный терапевтический эффект месалазина при данной патологии объясняют не только присущим этому препарату противовоспалительным действием, но и способностью сдерживать реактивные

кислородные метаболиты, с которыми взаимодействуют кишечные бактерии. Это приводит к изменению их жизнедеятельности и обеспечивает восстановление нормальной микрофлоры толстой кишки.

При остром неосложнённом дивертикулите и остром паракишечном инфильтрате (периколической флегмоне) показано консервативное лечение. Цели консервативного лечения состоят в предотвращении дальнейшего распространения острого воспаления и создании оптимальных условий для эвакуации воспалительного экссудата из дивертикула в просвет кишки. Исходя из этих целей, консервативное лечение включает бесшлаковую диету (молочные продукты, отварное мясо, рыба, яйцо, омлет), приём вазелинового масла по 1-4 столовой ложки в сутки, назначение селективных спазмолитиков и антибиотиков широкого спектра действия.

При лечении острого дивертикулита предпочтительно назначение пероральных антибиотиков (рифаксимин). Существует также обоснованная точка зрения, что при невыраженной клинической симптоматике, а также достаточной уверенности в отсутствии более тяжёлых осложнений антибактериальные препараты можно не назначать. Лечение острого дивертикулита, в зависимости от выраженности клинических проявлений и учитывая индивидуальные особенности, возможно как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Длительность госпитализации определяется диагностическими и лечебными задачами в отношении каждого пациента. При уверенности в том, что воспалительный процесс локализован и имеется выраженный эффект от проводимой терапии, возможно амбулаторное продолжение лечения. Риск развития рецидивного эпизода воспаления у лиц, перенёсших атаку острого дивертикулита или переход в хроническую форму, не превышает 30%.

При периколической флегмоне имеет место более выраженный и распространённый воспалительный процесс, что требует парентерального назначения антибиотиков, а также проведения детоксикационных мероприятий. Лечение должно проводиться в условиях стационара. Риск развития рецидива воспаления у лиц, перенёсших острый паракишечный инфильтрат (периколическую флегмону) или же переход заболевания в хроническую форму, составляет более 50%. При остром абсцессе возможно несколько вариантов лечения. При размере периколического абсцесса до 3 см предпочтение следует отдавать консервативному лечению.

При больших размерах абсцесса или отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения показаны пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ и дальнейшее проведение консервативного лечения вплоть до максимальной ликвидации воспалительного процесса. Такая тактика позволяет избежать хирургического вмешательства у 30-40% пациентов. При отсутствии выраженного лечебного эффекта от малоинвазивных методов лечения показано оперативное вмешательство.

При остром абсцессе происходит разрушение стенок одного из дивертикулов, поэтому переход воспаления в хроническую форму, а также вероятность формирования свищей толстой кишки весьма высоки. У большинства пациентов в последующем возникает необходимость в плановом хирургическом лечении.

При других формах перфоративного дивертикулита показано экстренное хирургическое лечение. Целью хирургического вмешательства является удаление сегмента толстой кишки с разрушенным дивертикулом из брюшной полости, так как борьба с абдоминальным сепсисом наиболее эффективна в условиях ликвидации источника инфекции.

При этом наиболее эффективной является резекция сегмента с перфорацией. Ушивание дивертикула при его перфорации противопоказано вследствие крайне высокой летальности. Если имеет место перфорация сегмента ободочной кишки с длинной брыжейкой, то возможно выполнение операции экстериоризации – выведение перфорированного сегмента на переднюю брюшную стенку в виде двустольной колостомы. Однако стремление к выполнению такого варианта вмешательства часто связано с высоким риском развития тяжёлых перистомальных осложнений, поэтому необходимо отдавать предпочтение резекции перфорированного сегмента кишки.

При экстренном оперативном лечении перфоративного дивертикулита не следует пытаться решить задачи, стоящие перед плановыми вмешательствами. Не надо пытаться иссекать и удалять все воспалённые участки, дополнительно мобилизовать левый изгиб ободочной кишки и входить в пресакральное пространство, тем самым открывая новые пути для распространения

гнойно-воспалительного процесса. Кроме того, нет необходимости удалять дистальную часть сигмовидной кишки при экстренной операции, если в этом сегменте нет участка с перфорацией. Крайне важно до ушивания передней брюшной стенки вскрыть удалённый препарат, чтобы убедиться в отсутствии опухоли.

При невозможности исключения злокачественного процесса необходимо выполнение ререзекции кишки по онкологическим принципам. Операцией выбора при перфоративном дивертикулите являются операции Гартмана или Микулича. Только в редких ситуациях при локализованном абсцессе, начальных стадиях перитонита у пациентов без выраженных сопутствующих заболеваний возможно выполнение резекции толстой кишки с формированием межкишечного анастомоза.

Операцию при этом целесообразно дополнять превентивной двустольной илеоили колостомой. Лечение перитонита при ДБ ободочной кишки должно проводиться согласно общим принципам лечения абдоминального сепсиса без какой-либо специфики.

В лечении хронических воспалительных осложнений консервативный подход играет ведущую роль. При рецидивирующем течении хронического дивертикулита или хронического паракишечного инфильтрата лечение должно проводиться до достижения клинического эффекта не менее 1 месяца.

Показания к плановому хирургическому лечению при ДБ относительные, их устанавливают индивидуально на основании выраженности перенесённых воспалительных осложнений, оценки эффективности проводимых консервативных мероприятий и прогноза дальнейшего течения заболевания. Правильный выбор объёма резекции толстой кишки при ДБ является ведущим фактором достижения хороших результатов.

При плановом хирургическом лечении хронических осложнений ДБ необходимо придерживаться ряда принципов. Не следует стремиться к удалению всех отделов толстой кишки, имеющих дивертикулы. В границы резекции обязательно должны быть включены отделы с признаками воспаления. При определении границ резекции необходимо удалить сегменты с утолщённой и деформированной кишечной стенкой.

Ведущим и наиболее точным методом диагностики степени изменения кишечной стенки при этом является интраоперационное ультразвуковое исследование. Формирование анастомоза желательно между отделами с неутрождённой эластичной стенкой, не содержащей дивертикулы в непосредственной близости к линии кишечного шва. При невозможности выполнить эти условия формирование первичного анастомоза целесообразно сочетать с наложением проксимальной кишечной стомы.

При выполнении перечисленных рекомендаций риски осложнений со стороны анастомоза и рецидива ДБ являются минимальными. При хирургическом лечении хронических осложнений ДБ следует стремиться к выполнению операций с применением лапароскопических технологий. При выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств у лиц, перенёсших операции с формированием кишечной стомы, необходимо учитывать особенности ДБ. При этом, как правило, формирование толстокишечного анастомоза должно дополняться резекцией атрофичной и/или функционирующей отделов по вышеперечисленным принципам.

Толстокишечные кровотечения. При ДБ острые толстокишечные кровотечения останавливаются самостоятельно (86% наблюдений). В любом случае необходимо выполнить колоноскопию для верификации этого факта. При толстокишечном кровотечении проводят гемостатическую терапию, как и при других вариантах желудочно-кишечного кровотечения, а также отменяют приём антиагрегантных, антикоагулянтных и нестероидных противовоспалительных препаратов.

При эндоскопической верификации источника кровотечения необходимо выполнить остановку кровотечения путём инъекции адреналина, электрокоагуляции, клипирования кровоточащего сосуда. При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения желательно выполнить селективную ангиографию с эмболизацией, эффективность которой составляет 76-100%, а риск рецидива кровотечения – менее 20%.

Хирургическое вмешательство при остром толстокишечном кровотечении показано при рецидивирующем или продолжающемся кровотечении на фоне неэффективности

других методов его остановки, необходимости большого объёма гемотрансфузии (не менее 4 доз в течение 24 часов), а также нестабильной гемодинамики, некорректируемой при проведении интенсивной терапии. Среди пациентов, требующих неотложного хирургического вмешательства, послеоперационная летальность составляет 10-20%.

Методом выбора при этом является сегментарная резекция при условии точной дооперационной топической диагностики источника кровотечения. Вероятность рецидива толстокишечного кровотечения в течение года после такого вмешательства составляет 14%. При отсутствии точной верификации источника кровотечения вероятность рецидива кровотечения после сегментарной резекции увеличивается до 42%.

Субтотальная колэктомия показана при отсутствии точной верификации источника кровотечения. В таких наблюдениях частота осложнений увеличивается до 37%, а летальность – до 33%. Вероятность рецидива толстокишечного кровотечения в течение года после такого оперативного вмешательства, по данным разных авторов, предельно низкая. При рецидивирующих кровотечениях показания к плановому хирургическому лечению устанавливают в зависимости от числа эпизодов кровотечения (≥ 2), объёма кровопотери при каждом эпизоде, необходимости приёма пациентами антикоагулянтов.

Профилактика

За всеми пациентами, перенёсшими первый эпизод острого дивертикулита, необходимо динамическое наблюдение. Сделана попытка разработать прогностически значимые критерии для формирования группы пациентов с высоким риском возникновения рецидива воспаления. Установлено, что риск рецидива дивертикулита высокий, если:

- первый эпизод острого дивертикулита возник в возрасте до 60 лет;
- при возникновении первого эпизода отмечались интенсивные боли в левой подвздошной области;
- при первом осмотре пациента определяются воспалительные изменения кишки;
- температура тела выше 38,0°С;
- обнаруживаемые при ирригоскопии дивертикулы локализованы в левых отделах ободочной кишки;
- имеются рентгенологические признаки стойкого повышения тонуса в левых отделах кишки, которые сохраняются даже в условиях медикаментозной гипотонии;
- обнаруживаются признаки ранее перенесённого воспалительного процесса (фиксация дивертикулов между собой, а также сигмовидной ободочной кишки в окружающих тканях в сочетании с деформацией её контура).

Профилактика как самого дивертикулёза, так и перехода его в состояние ДБ однотипная. Она включает преимущественное содержание в рационе растительной клетчатки в количестве не менее 25 г в сутки, контроль частоты стула и консистенции кала, профилактику ожирения. Наибольший риск развития осложнений дивертикулёза отмечается в группах пациентов с нарушениями обычного течения воспалительных реакций.

Это наблюдается при приёме нестероидных противовоспалительных средств, глюкокортикоидов и опиатов. Дополнительное внимание необходимо уделять пациентам с гигантскими дивертикулами ободочной кишки, размером более 3 см. Риск развития кровотечений высок при приёме антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных средств, антикоагулянтов.

Скрининг необходим в группе пациентов, перенёсших эпизод острых воспалительных осложнений, особенно в группах с высокой вероятностью развития повторных и более выраженных осложнений. Медицинская реабилитация пациентов с ДБ ободочной кишки требует вдумчивой клинической оценки, соответствующих визуализирующих исследований, мультидисциплинарного подхода с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, колопроктологов, гастроэнтерологов, специалистов диагностических подразделений), чёткой хирургической стратегии, а также индивидуального характера лечебных мероприятий.

Павел АНДРЕЕВ,
врач-колопроктолог клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Вячеслав ИСАЕВ,
профессор кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
доктор медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

– **Айдар Зайтунович, судя по тому, что в наименовании кафедры обозначено относительно молодое направление современной медицины – рентгеноэндоваскулярная хирургия, ваша кафедра, вероятно, является недавно созданной?**

– Так она стала называться только в 2012 г. До этого это была кафедра кардиологии и ангиологии. Если обращаться к истории преподавания кардиологии в стенах казанского ГИДУВа, то можно сказать, что это началось в 50-е годы прошлого столетия на кафедре терапии и напрямую связано с именем Леопольда Рахлина. Ученик, прямой наследник академических и клинических традиций А.Самойлова и Р.Лурия, профессор Леопольд Рахлин считается основателем кафедры терапии и всей казанской кардиологической школы. Именно он сделал кардиологию приоритетным направлением своей кафедры, постоянно занимаясь функциональными методами диагностики и виртуозно совмещая клинический подход к пациенту с самыми современными инструментальными исследованиями тех лет.

С 1974 г. кардиологическая направленность ещё более усилилась с приходом на заведование кафедрой ученицы и правопреемницы Л.Рахлина – профессора Лидии Александровны Щербатенко (Лушниковой). При ней научное направление кафедры полностью перешло в плоскость кардиологии, включая исследования по атеросклерозу, нарушениям ритма, функциональным методам. На первое место и в практической работе, и в научных исследованиях стала выходить проблема острого инфаркта миокарда – диагностика, особенности течения лечения, профилактика осложнений. Разработанные в стенах Казанского ГИДУВа методы профилактики разрывов миокарда позволили снизить частоту этого фатального осложнения на треть. В настоящее время Лидия Александровна – профессор-консультант и, конечно же, самый заслуженный и почитаемый корифей кардиологической школы нашей академии.

В 1987 г. кафедру возглавил профессор Игорь Перецевич Арлиевский, который тоже прошёл все стадии академической иерархии на кафедре, придя в науку с многолетним стажем практического врача. Не будет преувеличением сказать, что в лице профессора И.Арлиевского кардиологическая школа ГИДУВа достигла своего апогея в силу сочетания в этом учёном предельной клинической методичности и широкого научного кругозора. Не раз и не два неожиданные диагнозы, поставленные им у постели больного, были впоследствии безоговорочно подтверждены сложными инструментальными исследованиями. Он виртуозно владел всем спектром физических методов, и за его обследованием больного сотрудники и ординаторы всегда наблюдали, затаив дыхание. Безусловный приоритет его научной деятельности заключался в разработке электроимпульсной терапии нарушений ритма сердца. Очевидно, что в Казани профессор Арлиевский был первым, кто на свой страх и риск организовал регулярные и плановые восстановления синусового ритма в условиях терапевтического стационара. Кстати, всем известный «P-mitrale» как ЭКГ-признак гипертрофии левого предсердия при митральном стенозе описал наш соотечественник Александр

Филиппович Самойлов, уже тогда известный клинический и экспериментальный физиолог, ученик самого академика Ивана Петровича Павлова.

Изучение болезней сердца в Татарстане берёт начало ещё в XIX веке. Тогда единственным крупным центром медицинской науки и образования на всю восточную часть страны: Поволжье – Урал – Сибирь был Казанский Императорский университет, который в 1930 г. стал самостоятельным вузом – Казанским государственным медицинским институтом, а ныне – КГМУ.

в современной практической кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, а в ряде случаев непосредственно принимать участие в них.

Учебный процесс на кафедре состоит из широкого спектра циклов подготовки специалистов по различным разделам кардиологии, сердечно-сосуди-



Вехи

Объединённые одной целью

22 апреля исполняется 95 лет Казанской государственной медицинской академии

22 апреля 1920 г. на торжественном заседании Казанского губернского исполнительного комитета, посвящённом 50-летию В.И.Ленина, было учреждено высшее лечебно-учебное заведение «Казанский клинический институт им. В.И.Ленина», директором которого стал профессор Р.Лурия. Спустя 95 лет Казанская государственная медицинская академия, или КГМА, будет встречать известных учёных, именитых гостей из разных городов России на торжествах по поводу своей знаменательной даты. Как раньше, так и сегодня, академия является крупнейшим учебным, научным и методическим центром дополнительного профессионального образования кадров всего российского здравоохранения. Ежегодно в академии проходят подготовку около 8 тыс. врачей по 52 специальностям из всех регионов России и стран СНГ. В академии обуча-

ется 300 ординаторов, включая иностранных граждан из 9 стран мира, ежегодно проходят обучение около 200 интернов, 60 аспирантов.

Цифры впечатляют. В течение 13 лет возглавляет это уникальное учреждение 13-й по счету со дня его основания ректор – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Камилль Зыятдинов. По его мнению, как и в любом учреждении подобного типа, есть несколько самых передовых кафедр, которые определяют лицо не только академии, но и соответствующей отрасли в отечественном здравоохранении. Одной из таких является кафедра кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, возглавляемая доктором медицинских наук Айдаром ШАРАФЕЕВЫМ. С ним беседовала специальный корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиль САФИНА.

Новым витком в развитии казанской школы кардиологов можно считать создание в декабре 2008 г. кафедры кардиологии и ангиологии КГМА. Возглавила её профессор Светлана Дмитриевна Маянская.

С сентября 2012 г. кафедра была переименована в кафедру кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, которую я возглавляю с этого времени. Кафедра продолжила заложенные традиции по организации и совершенствованию оказания плановой и экстренной кардиологической помощи населению. Основной целью работы кафедры явилось создание единого понимания, единых подходов, преемственности работы врача-кардиолога, рентгеноэндоваскулярного и сердечно-сосудистого хирурга в оказании помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Сегодня наши клинические базы – это крупные современные высокотехнологичные лечебные учреждения Казани: Межрегиональный клиничко-диагностический центр, Республиканская клиническая больница, госпиталь МВД Республики Татарстан. Высокий уровень материально-технического оснащения клинических баз кафедры и исполнение самых современных лечебных стандартов позволяют обучающимся ознакомиться с большим количеством высокотехнологичных диагностических и лечебных методов, применяемых

стой хирургии, рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению. В год проходит в среднем 8 циклов. Обучение состоит из 4-месячных циклов профессиональной переподготовки врачей по специальностям «кардиология» и «рентгеноэндоваскулярная диагностика и лечение» и 1,5-месячных сертифицированных циклов «общего усовершенствования» для врачей со стажем по специальностям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия». На кафедре преподаётся широкий спектр циклов тематического усовершенствования, а это – «Пороки сердца», «Неотложная кардиология», «Неотложная сердечно-сосудистая хирургия», «Электрокардиостимуляция», «Аритмология с основами ЭКГ» и другие, которые освещают избранные вопросы в отдельных областях клинической кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии.

На циклах по сердечно-сосудистой хирургии освещаются вопросы диагностики и современных методов хирургического лечения различной патологии сосудов артериального и венозного русла, атеросклеротического поражения коронарных артерий, применения методик коронарной ангиопластики и стентирования у больных с острым коронарным синдромом. Процесс обучения включает все основные формы преподавания – лекционный курс, практические занятия, семинары, обходы, клинические разборы и учебные конференции. Контроль учебного процесса и успеваемости врачей и курсантов осуществляется в

различных формах: это и собеседование в рамках материала по изученной теме, и традиционный экзамен, и программный контроль, и тестовый контроль с использованием адаптированных программ. Кроме стационарных циклов сотрудники кафедры проводят и выездные. Сюда включаются и профессиональная переподготовка кардиологов с выдачей диплома, циклы общего усовершенствования с выдачей свидетельства и продлением сертификата специалиста, а также циклы тематического усовершенствования с выдачей удостоверения.

– На вашей кафедре учатся в основном свои, казанские, врачи?

– Среди курсантов кафедры более 50% составляют врачи Республики Татарстан, остальные – из других регионов Поволжья, в основном из Ульяновской области, республик Удмуртской, Чувашской, Башкирской, Марий-Эл, Пермского края.

– Айдар Зайтунович, расскажите немного о сотрудниках кафедры.

– На данный момент, как я уже говорил, на кафедре ведётся обучение по четырём основным направлениям. Направление кардиологии возглавляет доктор медицинских наук, профессор Светлана Дмитриевна Маянская; сосудистая хирургия – доктор медицинских наук, доцент Александр Владимирович Максимов; кардиохирургия – кандидат медицинских наук, доцент Ильдар Васильевич Абдулянов; рентгеноэндоваску-

лярная хирургия – ваш покорный слуга. Все руководители направлений – это признанные специалисты своего дела. Все прошли специализацию и стажировки в ведущих мировых центрах. Надо отметить, что все сотрудники кафедры плодотворно сотрудничают с зарубежными коллегами, участвуют в международных многоцентровых клинических исследованиях лекарственных препаратов. Также все сотрудники кафедры являются членами международных профессиональных ассоциаций, активными участниками и докладчиками на международных конференциях.

На базе кафедры проходит обучение в ординатуре и аспирантуре по трём специальностям: «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия», «рентгеноэндоваскулярная диагностика и лечение». На данный момент на кафедре обучается свыше 30 ординаторов по трём основным специальностям. К основным достоинствам прохождения ординатуры на нашей кафедре мы можем отнести сильный профессорско-преподавательский состав на базе высокотехнологичных медицинских центров Казани, а также возможность получить широкий спектр знаний по кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии. Выпускники нашей кафедры – это специалисты, подготовленные для работы в передовых медицинских учреждениях нашей страны. Подводя итог, можно сказать, что кафедра кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии КГМА на сегодняшний день – это уникальный для всего Поволжья формат обучения тандема специалистов, объединённых единой целью: диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

– В преддверии Дня Победы не могу не спросить о работе института в военные годы.

– К началу Великой Отечественной войны в состав ГИДУВа входили 26 кафедр. Профессора ГИДУВа занимали ответственные посты в военно-медицинских учреждениях, работали главными специалистами фронтов, флотов и армий. В лучших клиниках института с первых дней войны были развернуты эвакугоспитали, проводились 2-месячные курсы специализации врачей по тематике военного времени: хирургии, травматологии, ортопедии, нейрохирургии, эпидемиологии и др. Предметом научных исследований были вопросы диагностики, лечения огнестрельных ранений и их последствий, травм конечностей и др. Научные открытия с успехом применялись военными врачами на практике при лечении гнойных и ожоговых ран, инфекций, травм. В военные годы не прекращались выездные циклы в районах Татарии и соседних республиках. За самоотверженный труд в годы войны свыше 160 сотрудников института были награждены орденами и медалями. Наш ректор Камилль Шагарович Зыятдинов и сам очень чтит историю академии, и нас причает знать и ценить все исторические штрихи каждой кафедры, которые мы вспоминаем с особой теплотой в эти юбилейные дни.

– Уже четверть века «МГ» дружит с ректором академии, и в эти юбилейные дни редакция желает лично Камиллю Шагаровичу Зыятдинову и всем сотрудникам Казанской государственной медицинской академии здоровья и благополучия.

Казань.

В Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского прошёл Всероссийский общественный форум, приуроченный к Всемирному дню почки.

Нынешний день почки во всём мире проходил под девизом: «Здоровые почки для всех». И это не случайно. На рубеже XX и XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение, – пандемией хронических болезней.

Хроническая болезнь почек занимает среди хронических неинфекционных заболеваний особое место, поскольку она широко распространена (встречается, по данным различных исследований, у 6-20% населения), связана с резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки, что непомерным бременем ложится на бюджеты здравоохранения даже развитых стран.

Выбор МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского в качестве места проведения форума также не случаен. Правительство Московской области уделяет особое внимание развитию нефрологической службы и диализа в регионе. Уже сейчас обеспеченность населения области заместительной почечной терапией существенно превышает среднероссийский показатель, отсутствует очередь на диализ, проведена децентрализация диализной службы в регионе, что приблизило этот вид специализированной медицинской помощи к населению.

Разработана концессионная программа, реализация которой позволит довести обеспеченность диализными местами до 500 больных на 1 млн населения, что соответствует европейским показателям.

В области активно совершенствуется трёхуровневая система оказания медицинской помощи по профилю «нефрология», начиная с первичного звена, создания межрайонных нефрологических центров, заканчивая центром трансплантации и диализа МОНИКИ, в котором работает 9 докторов медицинских наук и на базе которого создана одна из немногих кафедр последипломного образования по нефрологии и трансплантологии.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского в течение многих десятилетий был и остаётся многопрофильным лечебным, научным и учебно-методическим центром не только для Московской области, но и многих регионов России.

Деловые встречи

Здоровые почки — для всех

Об этом говорят в мире и в стране



В президиуме форума

Руководитель центра трансплантации и диализа Андрей Ватазин назначен главным нефрологом Минздрава России по Центральному федеральному округу и избран вице-президентом Ассоциации нефрологов России, а сотрудник кафедры трансплантологии, нефрологии и искусственных органов ФУВ МОНИКИ Елена Прокопенко – председателем Ассоциации нефрологов ЦФО.

Надо сказать, что Всероссийский день почки в МОНИКИ стал не только сугубо медицинским, но и общественно-политическим форумом, в рамках которого кроме заседания, посвящённого непосредственно заданной теме, проведена научно-практическая конференция для специалистов-нефрологов, школа нефрологических пациентов, заседание профильной комиссии по нефрологии Минздрава России, организована лекция для студентов-медиков.

В форуме приняли участие практически все ведущие отечественные специалисты в данной области: академики РАН Николай Мухин, Сергей Готьё, Николай Палеев, директор НИИ нефрологии Алексей Смирнов, главный не-

фролог Минздрава России Евгений Шилов, главный нефролог Департамента здравоохранения Москвы Олег Котенко, главный специалист по профилактической медицине Минздрава России Сергей Бойцов, профессора Валентин Ермоленко (городская клиническая больница имени С.П.Боткина, Москва), Владимир Добронравов (НИИ нефрологии, Санкт-Петербург), Ирина Бобкова, Наталья Козловская, Лидия Козловская (клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М.Тареева Первого Московского государственного университета им. И.М.Сеченова), главные нефрологии более 60 субъектов РФ и многие другие.

В приветственном слове академик РАН Николай Мухин подчеркнул, что основоположник отечественной нефрологии и первый руководитель клиники нефрологии и профпатологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Е.М.Тареев почти 18 лет был руководителем терапевтической клиники МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, что подчёркивает преемственность традиций нефрологического сообщества России.

Академик РАН Сергей Готьё отметил, что нефрологи и трансплантологи делают одно общее дело – лечение крайне тяжёлой категории больных, страдающих болезнями почек. – Трансплантация почки – это только конечный результат огромной работы по выявлению и лечению хронической болезни почек, которую делают нефрологи, – сказал он.

В этом отношении отдел трансплантологии, нефрологии и хирургической гемокоррекции МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского может служить примером организации этого вида специализированной медицинской помощи: от острого почечного повреждения и хронического диализа до трансплантации почки у взрослых и детей.

Главный специалист по профилактической медицине Минздрава РФ Сергей Бойцов говорил о важности работы по своевременному выявлению болезней почек и нефропротективной терапии. И здесь невозможно переоценить роль профилактической медицины.

Наша газета неоднократно писала о том, что многие десятилетия нефрология была забытой областью медицины в России. Сегодня медики уверенно говорят о кардинальных изменениях к лучшему.

Как отметил директор НИИ нефрологии Алексей Смирнов, в последние годы главному нефрологу федерального министерства, профессору Евгению Шилову удалось сдвинуть дело с мёртвой точки и в целом изменить отношение к нефрологии.

Проделана огромная организационная работа. Вышел приказ, регламентирующий работу службы, подготовлены клинические рекомендации, касающиеся большинства направлений деятельности нефрологов, утверждены главные специалисты федеральных медицинских округов и многое другое.

Важным для всех работающих в данной области явилась организация Ассоциации нефрологов России, девизом которой стали известные слова Булата Окуджавы: «Возьмёмся за руки, друзья...» Ассоциация вошла в состав Национальной медицинской палаты.

Стали регулярно проводиться заседания профильной комиссии, всероссийские и региональные конференции и форумы, публичные обсуждения нормативных документов.

Поэтому на заседании профильной комиссии по нефрологии Минздрава России, проведённой в рамках Всемирного дня почки, члены комиссии признали работу главного нефролога удовлетворительной и единогласно проголосовали за её продолжение.

Помимо этого на заседании были обсуждены вопросы финансирования, в частности, методика расчёта тарифа на гемодиализ и перитонеальный диализ, намечен план организационных мероприятий на ближайший период.

Общественно-политический форум, посвящённый Всемирному дню почки, проведённый в стенах старейшего медицинского учреждения России – Староокеанской больницы (ныне – МОНИКИ), ещё раз продемонстрировал не только внимание к проблеме лечения больных с нефрологическими заболеваниями со стороны общественности и Минздрава России, но и необходимость дальнейшего развития этого вида специализированной медицинской помощи.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Акценты

Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом провёл социологическое исследование об уровне информированности о профилактике ВИЧ-инфекции.

Опрошено около 2 тыс. рабочих из разных городов области: Ирбита, Каменска-Уральского, Полевского, Артёмовского, Серова, Невьянска, Нижнего Тагила, Асбеста.

Среди респондентов – 43,2% мужчин и 56,8% женщин. Большинство состоит в зарегистрированном (52,5%) либо гражданском (15,4%) браке.

В исследовании принимали участие представители всех возрастных групп, однако преобладали рабочие в возрасте от 20 до 40 лет. У многих есть специализированное высшее либо среднее профессиональное образование.

Подавляющее большинство опрошенных считают, что проблема ВИЧ-инфекции в Свердловской

Что мы знаем о ВИЧ?

Информированность наших сограждан находится на низком уровне

области актуальна на данный момент, однако достаточно большая доля (69%) ответивших не может с уверенностью сказать, что у них есть риск заражения ВИЧ.

Таким образом, сотрудники предприятий хоть и понимают опасность ВИЧ-инфекции как таковой, но относятся к ней, как к отстранённой и не имеющей отношения непосредственно к ним самим угрозе. Это подтверждается цифрами: 39% из них уверены, что тема ВИЧ/СПИДа их не касается, и лишь 10% указали, что они и их близкие сталкивались в своей жизни с ВИЧ-инфекцией. (Для сравнения: во время подобного анкетирования, которое

проводилось в 2007 г., последний показатель был всего 1,5%).

Подавляющее большинство опрошенных правильно называют самые распространённые способы передачи ВИЧ (половой путь, при употреблении инъекционных наркотиков, во время родов и кормления грудью), но при этом они же считают возможными и такие пути передачи, как «укус комара», «поцелуи», «посуда».

Выбор этих ответов свидетельствует о недостаточной информированности. Как показывает практика, неверные убеждения в том, что ВИЧ передаётся воздушно-капельным путём, через укус насекомых и т.д., способствуют формированию дискриминацион-

ных установок в отношении ВИЧ-положительных людей. Тolerантность рабочих в отношении ВИЧ-положительных людей находится на низком уровне: 20% опрошенных считают, что они имеют право отказаться работать в одном коллективе с ВИЧ-положительным человеком, 40% затрудняются ответить на этот вопрос.

Отрадно, что 65% убеждены в том, что работодатель не имеет права уволить ВИЧ-инфицированного сотрудника.

При этом больше половины респондентов отметили, что на предприятиях, где они работают, мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции не проводятся совсем.

– Результаты исследования свидетельствуют о том, что работа по профилактике ВИЧ-инфекции на предприятиях и в трудовых коллективах области должна быть активизирована, – считает главный врач Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом Анжелика Подымова. – Тем более что существует специальное распоряжение правительства Свердловской области, в котором представлен план мероприятий по организации работы по ограничению распространения ВИЧ-инфекции, в том числе среди работающего населения.

Елена ЛЬВОВА.

Екатеринбург.

Разработка и производство лекарственных средств и медицинских изделий являются локомотивами развития национальных экономик в развитых странах мира. С этой точки зрения, считает временно исполняющий обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко, регуляторные функции должны сверяться с требованиями рынка, однако главным критерием должна быть безопасность пациента.

Выступая на 7-й конференции «Государственное регулирование и российская фармпромышленность – 2015: продолжение диалога», глава ведомства в первую очередь отметил законодательные изменения, которые затронули нескольких существенных разделов. В частности, Кодекс РФ об административных правонарушениях (КоАП) получил новую статью, которая касается оборота фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств и медицинских изделий. Соответствующие изменения внесены Федеральным законом № 532 и в Уголовный кодекс. Для представителей аптечных сетей появились законодательные акты о видах предпринимательской деятельности и номенклатурном классификаторе. Введён запрет на продажу медицинских изделий вне стационарных мест торговли.

Так, статья 6.33 КоАП подразумевает ужесточение наказания за фальсификат – штраф за этот вид преступлений возрос до полутора миллионов рублей и, кроме того, появился пункт о приостановлении деятельности сроком до 90 суток, что принципиально для легального оборота лекарственных препаратов.

Вместе с тем, по словам Михаила Мурашко, введение уголовной ответственности за недоброкачественную медицинскую продукцию неоднозначно было воспринято фармсообществом. В частности, участились жалобы на усложнение работы фармацевтического рынка. Глава Росздравнадзора напомнил, что аналогичный порядок существует в зарубежных странах с развитой регуляторной системой, и там крайне педантично относятся к этому вопросу.

Проблемы и решения

Из пункта «А» в пункт «Б»

У регулятора появится возможность остановить оборот серии препарата «одной кнопкой»



Конвенцию «Медикрим», направленную на противодействие фальсификации медицинской продукции, подписали более 20 стран. После ратификации данного соглашения его участники будут обмениваться общей информацией и консолидированно бороться с преступлениями в этой сфере. В России уголовная ответственность предусматривает лишение свободы от 3 до 12 лет. По словам Михаила Мурашко, ряд стран ввёл намного более жёсткие меры.

Всего в 2013 г. в России было выявлено 5 серий 3 торговых наименований фальсифицированных лекарственных средств. За первые 3 месяца этого года – уже 3 серии 2 торговых наименований.

Действенной мерой, по словам главы Росздравнадзора, станет введение выборочного контроля качества лекарственных средств, а также отмена обязательной процедуры предварительного согласования внеплановой проверки субъектов обращения ЛС и предварительного уведомления предпринимателей.

– Это фактически пакет документов, который позволяет организовать реальный контроль за безопасностью рынка лекарственных средств. Разумеется, проверка должна быть обоснованной, и у контролирующего органа должны

быть неоспоримые основания для проведения такого мероприятия, – отметил М.Мурашко.

Одним из первых пунктов выборочного контроля является обязательность предоставления сведений о сериях и партиях лекарств, поступающих

в оборот в РФ. К этому будут подключены все производители и компании, осуществляющие ввоз лекарственных препаратов. Сегодня эта программа разработана, и её введение с 1 июля будет обязательным для всех участников рынка.

Росздравнадзором также прописан порядок отбора образцов лекарственных средств в рамках выборочного контроля, в настоящее время документ проходит стадию обсуждений. После того, как он будет принят, ведомство получит право напрямую приостанавливать обращение лекарства в случае выявления проблем по качеству. Сегодня это может сделать только производитель или его доверенное лицо.

В случае выявления повторных нарушений контролю будет подвергаться уже вся серия, а если проблема по качеству не устраняется, оборот препарата будет остановлен. При этом М.Мурашко подчеркнул, что порядок проведения проверок субъектов обращения не заменяет расследование ФАС, но позволяет Росздравнадзору проследить практически всю цепочку, даже если проблемы по качеству будут выявляться у оптовика или в розничной сети.

Кроме того, вводится система обращения серий ЛС, или програм-

ма сериализации. Большинство участников рынка, заинтересованных в легальном и цивилизованном обороте лекарственных средств, поддерживают этот проект. В ряде стран подобная схема уже используется, на пространстве ЕС единая программа сериализации начнёт действовать с 2017 г., сообщил М.Мурашко.

Наиболее удачным был признан опыт Турции, и именно он взят за основу при разработке аналогичной программы в России. В частности, планируется введение единых информационных ресурсов. Каждая упаковка будет отслеживаться на всём пути движения лекарства. Это позволит защитить легальный оборот от фальсифицированной и контрафактной продукции и оперативно принимать решения по выводу из оборота серии или партии препарата.

В 2013 г. через государственный контроль прошли 16,3% серий ЛС. В этом году к внедрению подготовлен следующий этап – рамановская спектрометрия, которая будет использоваться неразрушающие методы контроля. Это позволит значительно расширить скрининг, в частности осуществлять оперативный анализ ампульных лекарственных препаратов.

Ещё одна «болевая точка» – ввоз в страну фармацевтических субстанций. По экспертным оценкам, показатели качества трети препаратов не соответствуют нормативной документации.

– Это достаточно большая цифра. Мы обязательно будем разбираться в каждом конкретном случае, проводить соответствующие контрольные мероприятия, – отметил М.Мурашко. По его словам, будет продолжено тесное взаимодействие с таможенной службой. В 2014 г. ведомствами начата реализация проекта по внедрению экспресс-методов идентификации фармсубстанций при прохождении таможенного контроля. В настоящее время формируется

библиотека БИК-спектров фармацевтических субстанций.

Много претензий у ведомства и к документации, которая предоставляется производителями в регистрационном досье на препараты. К примеру, некоторые методики, которые содержатся в документах, фактически невозможны. Как показывает практика, в большинстве случаев это связано с небрежностью в заполнении регистрационных документов. По результатам проверок, проведённых в 2013 г., в 84 случаях потребовалось внесение изменений в нормативную документацию.

В 2013 г. число штрафных санкций, вынесенных Росздравнадзором, увеличилось на 60%. Среди основных нарушений, выявленных в ходе контрольных мероприятий, – несоблюдение условий хранения, в частности нарушение температурного режима. В 492 медицинских организациях выявлены препараты с истёкшим сроком годности. При введении системы сериализации, отметил М.Мурашко, данные проблемы должны автоматически отпасть.

– У регулятора появится возможность остановить партию или серию препарата «одной кнопкой», – сказал руководитель Росздравнадзора. – Все участники сети автоматически получат данные по этой серии, и она тут же будет выведена из оборота.

В планах ведомства на 2015 г. – формирование централизованной системы государственного контроля в рамках лицензирования фармацевтической деятельности, совершенствование системы федерального контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств. Совестно с Минздравом будет доработана система движения серий лекарственных препаратов, поступающих на российский рынок.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Тенденции

ФАС России опубликовала краткие результаты проведённого в 2014 г. анализа рынка услуг розничной торговли лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и сопутствующими товарами по итогам 2012-2013 гг. в географических границах муниципальных районов и городских округов.

По данным участвующих в анализе территориальных органов ФАС России, в 2013 г. на территории РФ насчитывалось 10 107 хозяйствующих субъектов, владеющих 48 474 аптечными организациями, что больше, чем в 2008 г., на 1831 (+22,1%) хозяйствующий субъект и 17 367 (+55,8%) аптечных организаций.

Наименьшее количество хозяйствующих субъектов и аптечных организаций действовало в субъектах РФ Дальневосточного федерального округа.

В 2012-2013 гг. продолжилась тенденция роста доли частных розничных продавцов по отношению к государственному и муниципальному. Так, если доля частных компаний в 2008 г. составляла 84,52% от общего количества розничных продавцов, то в 2013 г. эта доля увеличилась на 4,55% и составила 89,07%.

На фоне роста частных аптечных организаций количество муниципальных аптек уменьшилось с 2008 г. на 19%. Вместе с тем количество аптечных организаций

За лекарствами — в город?

государственной формы собственности продолжает расти: в 2013 г. их уже 6158, что на 41% больше, чем в 2008 г.

Аптечные организации частной формы собственности преобладают над государственными и муниципальными практически во всех субъектах РФ. Исключение составляют 5 регионов с небольшим количеством действующих в них розничных продавцов, а именно: республики Мордовия и Алтай, Ненецкий автономный округ, Костромская и Псковская области.

В разрезе по муниципальным образованиям наибольшее количество хозяйствующих субъектов, осуществляющих розничную торговлю лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и сопутствующими товарами, действует в крупных городах (от 500 тыс. до 1 млн человек) и в городах-миллионерах.

Так, в городах-миллионерах в среднем действует около 350 аптечных организаций, что в 6,3 раза больше, чем в крупных городах (в среднем 55,1 аптеки) и в 41 раз больше, чем в небольших городах и муниципальных районах с численностью до 50 тыс. человек (8,54 аптеки).

Проведённый анализ показал, что в 2013 г. продолжался рост количества аптечных сетей и входящих в их состав аптечных организаций. Так, в 2013 г. территориальными управлениями ФАС России выявлено 4,5 тыс. групп лиц и аптечных сетей, в составе которых действовало 43,2 тыс. аптечных организаций. За 2008-2013 гг. количество аптечных организаций, принадлежащих выявленному в ходе проведения анализа аптечным сетям, увеличилось на 61,9% – с 26,7 тыс. до 43,2 тыс. организаций. В 2013 г. в аптечные сети вошло 89,03% всех рассмотренных в анализе аптечных организаций.

Наибольшее количество аптек, принадлежащих аптечным сетям, действует в Московской, Омской, Ростовской, Нижегородской, Новосибирской, Самарской, Челябинской и Свердловской областях, республиках Татарстан и Башкортостан, в Пермском, Краснодарском, Ставропольском краях.

По результатам проводимого исследования выявлено, что одной из серьёзных проблем являются проблемы помещений, так как большинство аптечных организаций располагается на арендуемых площадях. Высокая арендная плата

помещений является одной из основных составляющих их высоких затрат на ведение деятельности, при этом стоимость аренды постоянно растёт.

В отчёте ФАС подчёркивается, что к помещениям и оборудованию, в которых будет осуществляться фармацевтическая деятельность, предъявляются жёсткие лицензионные требования (к площадям помещений, наличию складских и административно-бытовых помещений, наличию необходимого оборудования, мебели, инвентаря и т.д.). Всё это требует больших финансовых вложений ещё до начала хозяйственной деятельности. К аптечным пунктам в сельской местности со стороны лицензирующего органа также применяются жёсткие требования по торговым и складским площадям, что создаёт сложности в поиске помещений для размещения аптеки.

Однако после истечения срока действия договоров аренды, заключённых с аптечными организациями, даже в малонаселённых муниципальных образованиях проводятся конкурсы на заключение новых договоров аренды, на которых имеют явные преимущества иные хозяйствующие субъекты и индивидуальные предпринима-

тели (например, занимающиеся реализацией промышленных или продовольственных товаров и др.). И это по сравнению с аптечными организациями, осуществляющими фармацевтическую деятельность, отпуск наркотических средств и психотропных веществ и льготное обеспечение лекарствами в условиях жёсткого государственного регулирования (в том числе цен) и высокой социальной нагрузки, которую они несут. В результате у аптечных организаций отсутствует возможность получения в пользование соответствующих объектов недвижимого имущества для осуществления деятельности в сфере обращения лекарственных средств.

С целью лекарственного обеспечения населения в небольших, малочисленных, удалённых или труднодоступных муниципальных образованиях и на территориях с низкими доходами населения ФАС России считает целесообразным предоставление государственных и муниципальных предпочтений аптечным организациям в указанных территориях, например, льготной аренды помещений, предоставления помещений без конкурсов, снижения налоговой нагрузки для таких аптечных учреждений.

Анна КРАСАВКИНА.

Открытия, находки

Ф.Крик, сооткрыватель двойной спирали – Double Helix – вещества генов, писал в 1970 г. о крушении центральной догмы, провозгласившей поступательный ход наследственной информации от ДНК через РНК к белку. Его «признание» было вызвано открытием РНК-содержащих раковых вирусов (потом к ним присоединился ВИЧ), у которых есть специальный фермент, делающий копию ДНК на матрице РНК, после чего вирусная ДНК встраивается – интегрируется в геном клетки. Потом нечто подобное было открыто у вируса весенней лихорадки (герпеса), который до поры до времени «прячет» свой геном в нервных клетках. С рождением геномики и повышением разрешающей способности методов были открыты малые РНК, интерферирующие – «замалчивающие» активность генов-мишеней и другие механизмы регуляции генома. И вновь на страницах научных журналов замелькало слово «эпигенез», но, конечно же, молекулярный.

Три века сомнений

Спорам о биологическом предназначении и механизмах, изначально лежавших в основе развития всего живого, уже четвёртый век. Ещё в 1694 г. Николас Хартсекер (Hartsoeker) выпустил «Очерки по диоптрике», то есть прохождению света, с изображением маленького человечка, сидящего в головке спермия. Автор был сторонником преформизма, утверждавшего, что в человеке всё predetermined в момент зачатия, вернее оплодотворения при слиянии спермия и яйца (ab ovo). Эпигоном подобных взглядов был Ч.Ломброзо, убеждённый, что внешний облик человека отличается прирождённых убийц (Born to kill). Преформистам яростно возражали эпигенетики, считавшие, что в яйце нет ничего «предустроенного», сравнивая его с глиной, которая в руках гончара и скульптора принимает самые разные формы. Много позже преформисты нанесли своим противникам окончательный удар, приведя пример наследование альбинизма у тигров. Белого Мохана поймали в 1952 г. в джунглях Индии, и все его дети, по закону Менделя, были рыжими, однако во втором поколении, опять же по закону монаха, произошло расщепление, в результате чего на 5 рыжих потомков пришлось 16 белых. Какая же тут эпигенетика с её влиянием среды и диеты, но провозвестники окончательного решения вопроса несколько рано праздновали победу.

Недавно специалисты Имперского колледжа в Лондоне предложили использовать для роста и манипулирования геномом клеток последние достижения микроэлектроники с её способностью выращивать на поверхности кремниевого чипа правильные ряды пористых иглол толщиной всего 50 нм. Через внутреннее их каналы они подвели ДНК

гена белка, представляющего собой ростовой фактор клеток (эндотелия), выстилающих сосуды изнутри. Это дало рост клеток, без которых невозможно новообразование сосудов, что со временем может помочь при инсультах и инфарктах, а также при выработке эффективных средств борьбы с опухолевым новообразованием сосудов.

Молекулярная медицина стремится понять, как «включить» и «выключить» активность тех или иных генов. Современная эпигенетика как раз и старается понять механизмы подобных переключений. Известно, что подавляющее число генов, активных на разных стадиях внутриутробного развития, выключаются после рождения ребёнка, когда он «переходит» в среду с гораздо большим содержанием кислорода. Выключение касается энхансеров и транскрипционных факторов. Первые представляют регуляторные части ДНК, усиливающие транскрипцию ген-информации с ДНК на РНК, вторые занимаются включением «списывания». Но в последнее время заговорили о новой роли хорошо известных гистонов, из которых собираются нуклеосомы, или «шпульки» для наматывания на них ДНК. И ДНК, и гистоны могут модифицироваться – изменяться путём присоединения к ним метильных групп –CH₃, что приводит к выключению генов. Это «надструктурное» изменение, не затрагивающее последовательностей ДНК и протеинов, стали называть старым, но получившим молекулярное толкование словом «эпигенетика».

Первый квартал 2015 г. ознаменовался интересным открытием, тем более значимым, что благодаря возбуждаемой ультрафиолетом флюоресценции его можно увидеть воочию. Сначала Science поместил статью исследователей из Кали-

форнийского университета в Санта-Крус, которые явили миру зелёную «ауру» ДНК спермия, проникшего в яйцеклетку, мутантный геном которой светился розовым, что было вызвано мутацией «женского» гена фермента метилазы, «навешивающего» –CH₃-метки на гистоновые протеины. Эта демонстрация не вызвала бы особого ажиотажа, если бы зелёное свечение обычного белка не передавалось в дочерние клетки после первого и последующих делений зародыша-эмбриона. Таким образом впервые на молеку-

лярном уровне была доказана эпигенетическая передача белкового признака в клеточных поколениях и более сложная, нежели думалось до того, природа наследования.

Модификация гистонов давно привлекает к себе внимание молекулярных онкологов. Интересно, что при оплодотворении нормальной яйцеклетки (с нормальным ферментом метилирования) мутантным спермием угасание зелёного свечения зародыша не наблюдалось. Ещё более убедительное свидетельство было представлено в том же журнале сотрудниками Института клеточной биологии в Кембридже и Эдинбургского университета, в котором некогда была клонирована овечка Долли. Свою статью они начали с заявления, что на молекулярном уровне не только ДНК (в более широком смысле – нуклеиновые кислоты) отвечает за передачу признаков между поколениями – читай: наследственность. Известно, что гистоны отвечают за формирование гетерохроматина, или неактивных участков хромосом, поэтому они уже после синтеза их аминокислотных цепей могут претерпевать изменения, отвечающие за эпигенетическую передачу признаков, никак не связанную с последовательностями «букв» генетического кода (нуклеотидов) ДНК. В качестве доказательства учёные изменили состояние гистона, что привело к выключению определённых генов, которое затем проявилось в выключении их активности в клеточных поколениях. Вывод, сделанный в конце статьи, гласит: наследование признаков может быть и эпигенетическим, то есть передаваться не только с изменённой ДНК.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science.

Перспективы

Возможно ли
остановить рак

В лаборатории в Колд-Спринг-Харбор (Нью-Йорк) обнаружили онкогенную вариацию гена TP53, известного своими противораковыми свойствами. Согласно данным исследования, учёным удалось ингибировать продукцию мутантного гена и предотвратить злокачественное перерождение клеток.

Как известно, онкопротекторный белок p53, зачастую называемый «стражем генома», выявляет клетки с повреждённой ДНК, останавливает их деление и при необходимости запускает процесс программируемой клеточной гибели (апоптоз), чтобы предотвратить их перерождение в опухолевые клетки. Мутации гена TP53, ответственного за выработку этого белка, обнаруживаются в клетках около 50% злокачественных опухолей.

Научная группа профессора Рафаэлли Сорделлы обнаружила новую вариацию данного гена, которая кодирует облегчённую версию нормального белка, названную p53-psi. Как показали лабораторные исследования с культурами нормальных и раковых клеток человека, этот белок вместо уничтожения повреждённых клеток стимулировал их рост и деление.

Изучив активность гена p53-psi в образцах тканей лёгких, взятых у больных с начальной стадией рака, исследователи обнаружили, что белок, кодируемый мутантным геном, присутствовал почти исключительно в образцах тех пациентов, у кого наблюдался рецидив.

Как считают авторы работы, это говорит о том, что белок p53-psi способствует росту опухолевых клеток. Исследования также показали, что этот протеин работает

только в клеточных митохондриях, которые отвечают за производство энергии. В сочетании с другим белком, циклофилином D, белок, экспрессируемый мутантным геном, способствует превращению нормальных клеток органа в мышечноподобные клетки, которые часто образуются прежде, чем на этом месте развивается рак.

Когда Р.Сорделла и её коллеги остановили процесс данной трансформации, подавив экспрессию гена p53-psi, клетки вернулись к своему обычному состоянию. Это указывает на то, что препараты, которые подавляли бы выработку одного из этих белков, могли бы предотвратить рост опухоли у пациентов.

«Существует несколько известных ингибиторов циклофилина, действие которых можно проверить на человеке», - отмечает Р.Сорделла. В настоящее время она работает с компанией, тестирующей на животных моделях лекарственные средства против белков p53-psi и циклофилина.

Любопытно, что Дэвид Лэйн – учёный, открывший роль белка p53 в 1979 г. и работающий в настоящее время директором по науке в Институте Людвига по исследованию рака в Нью-Йорке, поддерживает команду Р.Сорделлы. По его словам, ген p53-psi имеет нетипичные для «стража генома» свойства онкогенного характера, и разработка препарата, ингибирующего его продукцию, поможет предотвратить канцерогенез или снизить риск рецидива рака.

Алина КРАУЗЕ.
По материалам Proceedings of the National Academy of Sciences.

Исследования

Выдёргивание волос, как выяснили учёные, в определённой мере способствует их более активному росту. Об этом свидетельствуют данные американского исследования. Задачей учёных было установить, как взаимодействуют друг с другом волосяные фолликулы в том случае, если им требуется совершить «восстановительные работы».

Как выяснили учёные Университета Южной Калифорнии, организм воспринимает изменение густоты волос как своего рода ущерб здоровью и реагирует попыткой активно возместить утраченное. По словам экспертов, это был очень интересный эксперимент, однако пока непонятно, можно ли будет этот метод применить к человеку и таким образом бороться с облысением.

В ряде экспериментов исследователи выдернули у подопытных мышей 200 волосяных фолликулов на круговом участке кожи. При редком выдёргивании отдельных волосинок на участке диаметром

Клин клином

6 мм никакой регенерации не происходило. Однако если удалялось 200 волосинок на участке диаметром 5 мм, это приводило к появлению 1300 новых волосинок. Но при более плотном удалении волос – того же количества, но на участке меньшего диаметра, в 4 мм, – появлялось 780 новых волос.

Учёные также установили, что уровень воспаления в подкожном слое зависел от уровня нанесённого урона, и посредством химических и иммунологических реакций организм реагировал на процесс волосяной регенерации.

По мнению учёных, каждый волос «голосует» по поводу того, что должно произойти дальше, и когда достигается определённый порог – «кворум», запускается процесс восстановления. Калифорнийская команда назвала эту концепцию «реакцией кворума».

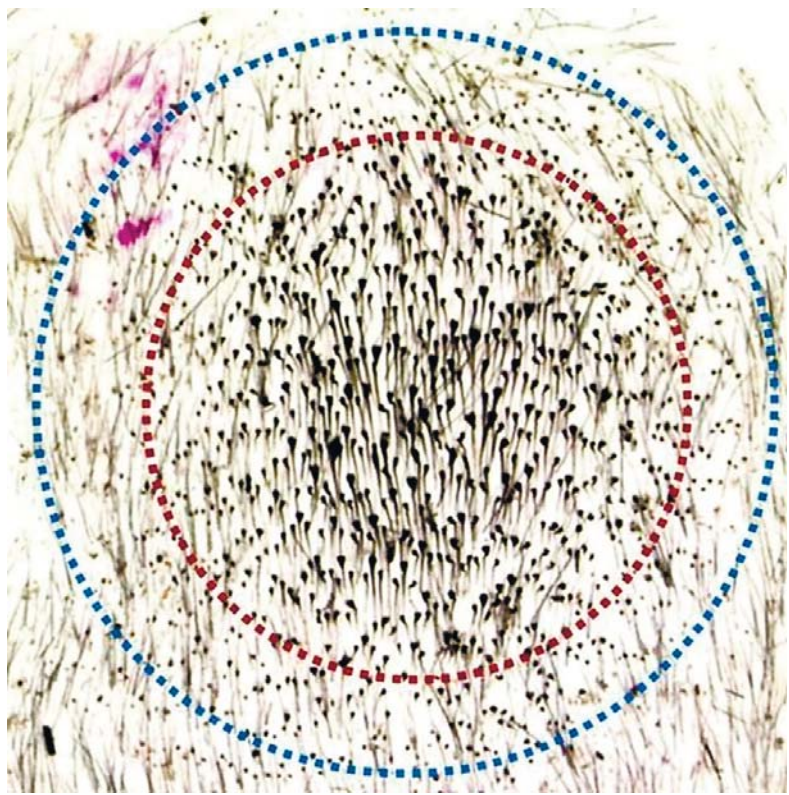
«Это исследование потенциально ведёт к новым методам в лечении формы облысения – ало-

пеции», – заявил научный руководитель Чен-Мин Чон.

«Идея «реакции кворума» очень остроумна», – так прокомментировал это открытие профессор Крис Мейсон, занимающийся восстановительной медициной в лондонском Университетском колледже (UCL).

Однако сможет ли это помочь в борьбе с облысением, пока неизвестно. «Это вопрос на миллион долларов. Ответить на него я не могу. Раньше многие эксперименты приводили к тому, что удавалось восстановить производство волос, но это были младенческие волоски – лёгкие, светлые, мягкие. В этом же новом исследовании, по всей вероятности, им удалось получить волосы взрослой особи, а это уже шаг вперёд», – заявил профессор Мейсон.

Юрий БОРИСОВ.
По материалам Celle.



Прогнозы

Меняющийся лик смерти

От каких болезней мы умрём

В жизни вам гарантировано не так много вещей. Согласно расхожему выражению, неминуемы лишь смерть и налоги. Однако при всей неминуемости смерти причины её постоянно меняются, и те заболевания, которые сейчас воспринимаются как смертный приговор, совсем не обязательно сохранят свой зловещий статус через несколько лет.

Что было, что настало

Сто лет назад бичом человечества были инфекционные заболевания. К концу XIX века причиной более трети всех смертей были чёрная оспа, корь, холера, туберкулёз и дифтерия. Сегодня благодаря развитию медицины, а также в немалой степени распространению вакцинации количество инфекционных заболеваний заметно снизилось. А от чёрной оспы человечеству удалось избавиться навсегда.

Этот факт оказал существенное влияние на продолжительность жизни. Если раньше более трети всех смертей приходилось на людей в возрасте до 60 лет, то сегодня в этом возрасте умирает 1 человек из 10. Но в связи с таким «старением» человечества на первый план вышли хронические заболевания. Сегодня половина смертей связана с заболеваниями сердца и раком.

«Апокалипсис» обычных инфекций

Что же будет дальше? Давать точные прогнозы очень сложно. Например, после того, как была изобретена вакцина от оспы, появилась новая угроза – вирус иммунодефицита человека. Сегодня одной из серьёзных проблем является невосприимчивость человеческого организма к некоторым видам лекарств. Можно говорить об «апокалиптической» ситуации, когда причиной смерти становятся обычные инфекции лишь потому,

что антибиотики уже не так эффективны, как раньше.

Другой угрозой может стать глобальное потепление. Если оно продолжится, то возможно распространение экзотических для Европы тропических заболеваний. Учёные предполагают, что повышение средней температуры в Великобритании может создать условия, подходящие для размножения и жизни москитов – основных переносчиков болезней в тропическом климате. И тогда, по мнению исследователей, все тропические болезни, такие как лихорадка денге и вирус Западного Нила, распространятся по Европе за несколько десятилетий.

Годы болезни

Все эти изменения повлекли за собой другую проблему – увеличение продолжительности болезни. Если инфекционные заболевания забирали жизни очень быстро, то хронические болезни влекут за со-

бой долгие годы жизни со слабым здоровьем.

Исследования показывают, что, в то время как общая продолжительность жизни в последние 20 лет растёт, продолжительность жизни в добром здравии растёт уже не так быстро.

Больше всего на состояние здоровья людей влияет курение, за ним идут избыточный вес, малоподвижный образ жизни и неправильное питание.

В итоге в среднем пятую часть жизни человек проводит в борьбе с болезнями – такие цифры приводит Британский государственный комитет статистики.

Так что совершенно очевидно, что если вы подвержены вредным привычкам, то к неизбежности смерти можете легко добавлять неизбежность борьбы с болезнями.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Lancet, Infectious Diseases, Public Health England.

Кстати

Прогноз причин смерти в странах с высоким доходом

Но пока всё вышеперечисленное лишь требует мер предосторожности. А о новой серьёзной опасности, возможно, точнее всего проинформирует исследовательская программа ВОЗ Global Burden of Disease. Исследование ВОЗ отслеживает причины смерти с 1990 г. и на этой основе делает прогноз причин смерти в будущем.

Прогнозируемая доля смертности:

1. Сердечно-сосудистые заболевания – 12,1%.
2. Инсульт – 7,6%.
3. Старческое слабоумие – 6,4%.
4. Рак лёгких и дыхательных путей – 5,5%.
5. Инфекции нижних дыхательных путей – 4,6%.
6. Заболевания лёгких – 3,9%.
7. Рак кишечника – 3,5%.
8. Диабет – 3%.
9. Высокое артериальное давление – 2,2%.
10. Заболевания почек – 2,2%.

P.S. Возможно, самое заметное изменение связано с резким скачком вверх в таблице старческого слабоумия (с 8-го на 3-е место). Растущая продолжительность жизни означает, что число случаев заболевания деменцией также возрастёт.

Гипотезы

Пышные формы — умные дети?

Учёные из Питтсбургского университета (США) пришли к выводу, что жировая ткань, откладывающаяся в области таза у женщин, служит в некотором роде депо необходимых для полноценного развития головного мозга эмбриона веществ. Кроме того, количество жировых отложений в ягодичной области, по мнению экспертов, непосредственно влияет на развитие интеллектуальных способностей ребёнка.

«Для полноценного развития нервной системы плода, в особенности – центральной, необходимо немало жиров, которые богаты содержанием омега-3-жирных кислот, в том числе докозагексаеновой жирной кислоты – важного компонента человеческого мозга», – поясняет ведущий исследователь Уилл Лассёк.

Как известно, в среднем доля жира в организме у женщин составляет 25-30% от общей массы тела. По всей видимости, этот



факт и обеспечивает нормальное развитие мозга ребёнка. Примечательно, что в течение периода естественного вскармливания малыша мать теряет около 0,5 кг жировой ткани в течение месяца. Таким образом, получается, что липиды, содержащиеся в молоке, являются производными жировой ткани в области бёдер и ягодиц. Логично, что содержание липидов, столь необходимых для полноцен-

ного развития нервной системы ребёнка, больше у тех женщин, чьи формы, образно выражаясь, пышнее. Этот факт, по мнению учёных, является доказательством того, что дети, рождённые от более полных матерей, в общем и целом рождаются с большим интеллектуальным потенциалом.

Алина КРАЗУЭ.

По информации dailymail.co.uk

Сноп-кадр

Постель и то, что в ней происходит, стали объектом художественной выставки в Берлине. Устроители утверждают, что кровать и постель – территория рождения человека, его любви, недугов и кончины. Этот продукт цивилизации относится к числу тех, которые фигурируют в произведениях изобразительного искусства от глубокой древности до наших дней.

Меня же тронуло, что устроители, несмотря на обилие постельных соблазнов, нашли место внедриться и в тему больничной кровати. «Она ещё и ложе болезни, место, с которым связаны лечение и утешение, ограничение пространства и заброшенность, – сказал куратор Марио Кодоньято. «Во время болезни кровать проявляет свою амбивалентную сущность, свою способность стать как безопасным убежищем, так и

Постель в истории искусства



Выставка обладает сильными зрелищными свойствами, которые передают и немалый эротизм, и мифологизированные историей или шоу-бизнесом сюжеты. Виртуальный визит в чужую спальню всегда сулит нам встречу с чем-то неожиданным.

местом, полным опасностей». Так, картина «Больница» австрийской художницы Марии Лассниг, «передаёт чувство отчаяния и обнажённой беззащитности человека на больничной койке».

Игорь НИВКИН.

По материалам Der Spiegel.

Исследования

Стероидные гормоны и аутизм

Объединённая группа учёных из Великобритании и Дании научно подтвердила, что аутичные дети в период своего внутриутробного развития подвергались воздействию повышенного уровня стероидных гормонов (например, тестостерона, прогестерона, кортизола). Это исследование может помочь объяснить, почему аутизм наиболее распространён среди мужчин.

В образцах учёные исследовали уровень 4 стероидных гормонов, образующихся один из другого: прогестерона, 17α-гидроксипрогестерона, андростендиона и тестостерона, а также кортизола. Результаты показали, что у детей-аутистов в период внутриутробного развития уровень всех стероидных гормонов был выше, чем в контрольной группе.

– Это один из самых ранних негенетических биомаркёров расстройств аутистического спектра, – отметил один из авторов исследования Саймон Барон-Козн. – Уже известно, что повышенный пренатальный уровень тестостерона связан с замедлением социальной адаптации, развития языковых навыков и повышенным вниманием к деталям. Теперь нами впервые показано, что уровень этих стероидных гормонов повышен у детей с диагнозом «аутизм». И так как некоторые из этих гормонов в большем количестве производятся в мужском организме, это частично объясняет, почему расстройства аутистического спектра, включая синдром Аспергера, классический и атипичный аутизм, более распространены среди мужчин.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению BBC.

Стероидные гормоны влияют на то, каким образом генетический код используется для построения белков. Как считают учёные, повышение уровня этих гормонов в период, когда закладывается раннее развитие мозга, может внести соответствующие изменения.

Исследователи из Кембриджского университета и Института сыровороток в Копенгагене изучили 19,5 тыс. образцов амниотической жидкости, взятых у беременных женщин в период с 1993 по 1999 г.

Образцы околплодных вод были получены в важный для раннего развития мозга и половой дифференцировки период – на 15-16-й неделе беременности. В итоге было отобрано 128 образцов от лиц мужского пола, у которых впоследствии диагностировали расстройства аутистического спектра.

Наша страна, да, пожалуй, и вся прогрессивная мировая общественность, стоит на пороге великой даты – 70-летия Победы в Великой Отечественной войне. Сейчас даже самые отъявленные скептики понимают: правда о войне нужна, чтобы война не повторилась. В Советском Союзе не было семьи, которой бы не коснулась война: это был коллективный подвиг всех народов, населяющих тогда нашу страну.

Трудно переоценить вклад советских медиков в общее дело Победы: в годы войны в составе военно-медицинской службы Красной армии трудилось свыше 200 тыс. врачей и около 500 тыс. медицинских работников. Конечно же, в их числе были и психиатры, с первых дней войны вставшие в строй: они работали в госпиталях фронта и тыла, при их участии спешно создавались психоневрологические отделения при военных госпиталях, специализированные госпитали для контуженных.

При том что война одинаковой тяжестью легла на плечи всех, история у каждого участника была своя. Своя она была и у ставропольских медиков. 23 июня ушли на фронт первые сотрудники и студенты Ставропольского медицинского института, а всего в годы войны в ряды Красной Армии из этого вуза было призвано 153 человека, 33 из них остались на полях сражений. В этом скорбном списке заведующий кафедрой психиатрии В.В.Браиловский, доцент кафедры психиатрии Т.М.Виленский, ассистент кафедры психиатрии М.З.Виленская и другие.

С судьбой Ставропольского мединститута неразрывно связана (и в те годы, и сейчас) судьба Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы.

Всякий раз, когда прикасаешься (и в буквальном смысле тоже) к немим свидетельствам истории, пережившим столетия, испытываешь особый, ни с чем не сравнимый трепет: через эти предметы «старины глубокой» с нами говорит навсегда ушедшее время.

История Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы насчитывает более 100 лет, и убедительнее всего об этом напоминает чугунная лестница главного корпуса

К 70-летию Великой Победы

Машины для убийства

В дни оккупации на территории Ставропольской психиатрической больницы разыгралась трагедия

больницы, некогда отличая на Ставропольском чугунно-литейном заводе Руднева и Шмидта. Лестница эта, обладающая всеми признаками произведения искусства, чудом уцелела в годы Великой Отечественной войны: оккупанты, покидающие город, оставляли после себя руины, и немецкие подрывники получили приказ взорвать больницу, предварительно разобрав лестницу для её последующего вывоза в Германию. Но что-то там не сработало в хваленной «германской машине», и красноармейцы поставили всё на свои места, и лестницу – тоже.

К слову сказать, с периодом оккупации связаны самые мрачные страницы истории больницы. Командование немецких войск, захвативших Ворошиловск (прежнее название Ставрополя), видимо, было хорошо осведомлено о нахождении здесь психиатрической больницы. На этот счёт были чёткие инструкции, касающиеся душевнобольных (в самой Германии нацисты уничтожили всех психически больных, так же они поступали на оккупированных территориях).

Из воспоминаний врачей психиатрической больницы: «5 августа 1942 г. в больницу приехали немецкие солдаты из команды «СС» во главе с оберфельдфебелем Герингом на больших крытых автомашинах. Автомашины герметически закрывались, внутри были обиты оцинкованной жёстью, без окон



Монумент на территории больницы

и без сидений. Немцы сажали по 70-75 больных, не проверяя по спискам и не требуя никаких других документов. После посадки больных двери автомашин немедленно закрывались и запирались на замок. Крики больных прекращались вскоре после пуска мотора автомашин. Через час-два автомобили возвращались за следующими партиями больных. Таким путём 5, 7 и 10 августа 1942 г. было вывезено 632 душевнобольных, в том числе и дети из городского отделения...»

Свидетельствует сестра-хозяйка М.И.Малюшкова «...на

полу машины была выдвинута деревянная решётка. Когда открыли машину и началась посадка больных, я спросила переводчика: как же больные могут ехать в такой машине, ведь они задохнутся? Переводчик ответил: неважно, им будет легко, они будут всего 2 секунды в сознании и 2 – без сознания, через 4 секунды наступает смерть. Сама я видела, как проходила посадка. Когда больные сопротивлялись и держались за дверь, немецкий офицер вынимал из кармана ножницы, колот ими руки и ноги больных, чтобы они их убрали, чтобы плотней можно было закрыть машину...»

Доктор Гамбаров вспоминает: «Машина тронулась к вокзалу и через два часа вернулась за новой партией больных. На моё замечание, каким образом так быстро вернулись, обер-фельдфебель Геринг сказал мне через переводчика, что у немцев всё делается быстро и что у них очень сильные и хорошие машины...»

Что и говорить, с точки зрения «нового порядка», который несли в «освобождённую» Европу немецко-фашистские войска, машины для убийства были действительно хорошие.

Воспоминания очевидцев, а также показания других свидетелей легли в основу расследования, которое специально созданная чрезвычайная комиссия провела в 1943 г., сразу после освобождения города от оккупантов. Комиссия констати-

ровала: «...немецкие солдаты... вывезли из Ставропольской психиатрической больницы и умертвили окисью углерода в автомашинах 660 больных...»

После окончания войны Адольфу Яковлевичу Доршту (до оккупации Ворошиловска он работал главным врачом психиатрической больницы) предложили стать главным врачом одной из московских психиатрических больниц, но он вернулся домой и вместе с коллегами поднял из руин Ставропольскую психиатрическую больницу и буквально вдохнул в неё жизнь. За участие в Великой Отечественной войне не подполковник медицинской службы А.Я.Доршт был награждён орденами Красной Звезды, Отечественной войны II степени, медалями «За оборону Кавказа», «За победу над Германией».

Цифры ужасной статистики, приведённые выше, равно как и другие документы, в том числе из мирной жизни, легли в основу монументального труда о вековой истории этого лечебного учреждения – книги «Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы – 100 лет».

По инициативе врачей психиатрической больницы и общественности Ставрополя 22 июня 2010 г., в очередную годовщину начала Великой Отечественной войны, на территории больницы состоялось открытие мемориала «Светлой памяти 660 пациентов Ставропольской психиатрической больницы, зверски задушенных в газовых камерах в августе 1942 г.»

Значение того события 5-летней давности трудно переоценить: родственники и близкие погибших теперь знают место, где можно поклониться их памяти.

Как рассказал нынешний главный врач больницы Олег Боев, кандидат медицинских наук, доцент, главный психиатр Минздрава Ставропольского края, среди прочих традиций в этом ЛПУ есть и такая – всякий, кто приходит сюда на работу, начинает знакомство с больницей с посещения музея, который создан здесь 8 лет назад. Музей, как известно, – хранилище памяти, а память требует бережного отношения...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Имена и судьбы



Смоленская областная дума приняла решение о присвоении Смоленскому медицинскому колледжу имени Героя Советского Союза Ксении Семёновны Константиновой.

Санинструктор с автоматом

Защищая раненых, она погибла в бою

Санинструктор третьего батальона 730-го полка 204-й стрелковой дивизии Ксения Константинова погибла 1 октября 1943 г. у деревни Шатилово Руднянского района, оставшись одна на охране раненых советских бойцов. Защищая их, она огнём из автомата уничтожила более 50 немецких солдат. Только когда у Ксении закончились патроны и она сама была тяжело ранена, фашистам удалось схватить старшину медицинской службы. Издеваясь над ней, они выкололи девушке глаза, отрезали нос и груди, а

убили, пригвоздив к земле заострённой оглоблей.

Ксения Константинова в мае 1943 г. окончила Липецкую фельдшерско-акушерскую школу и в возрасте 18 лет добровольцем ушла на фронт. За бои на Орловско-Курской дуге, где была ранена, награждена медалью «За боевые заслуги». «Папа, побросала все бинты со своего тела, спешу на фронт – добывать фашистов...» – написала она отцу после того, как, побывав на личном приёме у начальника госпиталя, добилась досрочного отбытия из Тулы, где лечилась,

в действующую армию на Смоленско-Витебское направление.

Похоронена К.С.Константинова в деревне Распопы, на братском кладбище, где покоится прах ещё 243 павших смертью храбрых красноармейцев и командиров. В начале этого года жители Руднянского района начали сбор средств на памятник юной героине. Инициативу поддержали все смоляне. Собрано было более 2 млн, и, как сообщают корреспонденту «МГ» глава Руднянского муниципального образования Юрий Ивашкин, 9 Мая

памятник Ксении Константиновой будет торжественно открыт.

Смоленский медколледж – второе учебное заведение, носящее имя санинструктора Константиновой. Ранее её имя было присвоено Липецкому медицинскому училищу (ныне – колледж), а 9 Мая 1965 г., в день 20-летия Великой Победы площадь Клубная в этом городе была переименована в площадь имени Героя Советского Союза Ксении Константиновой.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Это было несколько лет назад. В нашей стране уже произошла перестройка, рухнул «железный занавес», и нам открылись дороги в мир. Случай познакомил меня с Сергеем Петровичем, милым, интеллигентным человеком, неразговорчивым, сдержанным в выражении своих чувств и, как мне показалось, не очень здоровым. Но тогда он был как будто на взлёте, и было удивительно, куда исчезли его грусть, неразговорчивость. У него появилось столько энергии, бодрости, что свои подозрения о его нездоровье мне пришлось подвергнуть сомнению. Сергей Петрович собирался... в Париж! И поведал мне историю, о которой никогда раньше не рассказывал.

Всё произошло неожиданно. Дело в том, что после долгих безуспешных поисков, не оставлявших надежды в течение многих лет, вдруг нашлась его родная сестра Надюша, с которой он расстался в 1945 г. в немецком концлагере под Мюнхеном. Узи-ками этого лагеря были 250 тыс. детей разных возрастов из 24 стран, из них около 70 тыс. были убиты и замучены, в том числе 12 тыс. советских детей. Когда их угнали в концлагерь, им было 14 и 13 лет. Они с сестрой были погодками. Сергей Петрович всё хорошо помнил: как их вместе с другими детьми везли в товарном вагоне, как от страха они прижимались друг к другу, как на границе каждому выдали жестяной номер для «постоянного ношения» вместо имени и фамилии, как одели в полосатые костюмы, а утром под конвоем выводили на работу в депо, где приходилось чистить и мыть колёса паровозов, идущих на фронт. Когда двигались составы с орудиями или снарядами, их сажали в ряд вдоль железнодорожного полотна как живой щит: русские лётчики, видя сидящих детей, не открывали огонь по составам. Многие гибли от голода и болезней, многие – от «экспериментов» немецких докторов над детьми...

Сергей и Надя, к счастью, остались живы, пройдя жернова гитлеровского концлагеря. В апреле 1945 г. лагерь был освобождён, а Сергей и Надя потерялись. И все эти годы он и мать искали Надюшу и надеялись, надеялись... Уже и мамы давно не стало, и вдруг – письмо из Парижа от сестры с просьбой приехать. Это было невероятно!

Сергей Петрович поделился со мной своей радостью. У меня в столе лежал вышедший тогда мой первый сборник стихов «Весенний снегопад»; я отметила жирной галкой стихотворение «Последний приют» и сказала: «Прочтите, пожалуйста, это вашей сестре и непременно побывайте на кладбище Сен-Женевьев-де-Буа и там обязательно зайдите в Успенский собор и поставьте свечки за упокой наших соотечественников – эмигрантов первой волны во Франции, покинувших Россию после 1917 г. и Гражданской войны. И ещё: поклонитесь могиле Ивана Алексеевича Бунина – это мой любимый писатель.

Сокровенное

Такая вот великая просьба к вам...» Сергей Петрович обещал выполнить.

Мне, конечно, хотелось узнать о судьбе Надюши: как она попала во Францию, почему долгие годы не давала о себе знать. Но, честно говоря, на новую встречу с Сергеем Петровичем я не надеялась, только думала, как он всё выдержит?! Ведь и горе и радость – это стресс, а для больного сердца это не безразлично. Но прошло некоторое время, и вдруг Сергей Петрович предстал передо мной помолодевший, повеселевший, одетый с «не нашей» строгой элегантностью в серый костюм, красивую рубашку и галстук. «Надюша приехала», – смущённо улыбаясь, сказал Сергей Петрович.

Мы нашли маленькое тихое кафе, удобное для беседы, и просидели часа три.

«Начну с того, – говорил Сергей Петрович, – что я совсем не узнал Надюшу. В памяти она навсегда осталась подростком. А здесь – гранд-дама... но улыбка, глаза – всё те же. Мы долго плакали, обняв друг друга. Тогда, в апреле сорок пятого, когда мы потерялись, от разорвавшегося рядом снаряда Надю контузило. Она потеряла сознание и сама не поняла, как оказалась в госпитале в другой стране – во Франции. Её выходили. Позже она, как и другие, пыталась вернуться домой. Слушала радио, рассказы очевидцев и узнавала, что всех, кто по репатриации возвращался на Родину, обвиняли в измене и судили, приговаривая к ссылке на 10 лет. По пересечении границы сажали в зарешеченные «телячьи» вагоны и отправляли в лагерь, в Сибирь; документы отбирали, в редких случаях кому-то чудом удавалось остаться незамеченным для НКВД. Но самое страшное – преследовали и родственников, живших в России, чего все боялись больше всего. Так люди становились невозвращенцами, эмигрантами, вынужденно покинувшими Родину. Они начинали испытывать непонятное чувство вины – в чём же она была, их вина? – и страх, который вырывался на свободу ночью, страх за себя, за родных, за будущее. Научились жить осторожно, с оглядкой, не гнушаясь никакой работы. Создавался некий маленький союз друзей по несчастью, объединённых памятью о прошлом и мечтой когда-нибудь вернуться домой. Культ прошлого становился их страстью, но они доживали свой век в Париже, на чужбине, которая так и не стала

Надя-Надюша
Непридуманная история

их родиной. Каждое воскресенье шли на службу в православный храм и неистово молились...

Но Надюше всё-таки повезло. Она встретила во Франции свою любовь, вышла замуж за француза, приличного работающего человека, благодаря ему у сестры появился свой дом. Сначала они с мужем едва сводили концы с концами, а потом дела пошли в гору. Мишель оказался одержимым манией строительства, всё строил и перестраивал... Наконец остановились и открыли маленькое кафе, Надюша придумала название – «Катерина», в честь мамы. В кафе потянулись русские, здесь встречались, общались... Жили как одна семья».

«У Нади, – продолжал Сергей Петрович, – обнаружился особый дар дружелюбия, душевного общения с людьми, умения располагать их к себе. Возможно, поэтому ей удалось под парижским небом создать подобие Родины. А её кулинарное искусство помогло представить русскую кухню как часть национальной культуры. Кафе полюбили и французы, приходили специально отведать щей из квашеной капусты, похлёбки старорусской, окрошки, пирогов и других разносолов, которые готовила Надюша в горшках и чугунах. Я удивлялся, ведь из России сестра уехала 13-летним ребёнком, где всему научилась?... Да... Я часто думал, как безжалостно сначала война, а потом государство ворвались в судьбы людей и перекроили их, а сколько и сломали...»

Но Надя, пройдя этот путь, не сломалась, не потерялась, и Сергей Петрович радовался за неё. Она оказалась большой труженицей: в 7 часов уже на ногах, жизнь и работа начинаются у неё рано. Родились сыновья, Серж и Леон.

Когда Мишель умер, Надя растерялась. Как жить дальше без мужа? Но сыновья взяли большую часть работы на себя: Серж завозил продукты, стоял за барной стойкой, а Леон оказался прирождённым шеф-поваром и всё делал с большой любовью. Племянники понравились Сергею Петровичу своей выдержанностью, приветливостью, трудолюбием, они хорошо говорили по-русски и, как понял Сергей Петрович, читали наших классиков, интересовались своими русскими корнями.

Серж и Леон показали Сергею Петровичу Париж и его достопримечательности: Эйфелеву башню, Лувр, Елисейские поля, а Сергей Петрович, в свою очередь, пообещал показать племянникам Москву и Петербург.

Каждый вечер в кафе собирались друзья Нади и всякий раз, как и в день приезда Сергея Петровича, говорили о России: их интересовало всё, они были в курсе всех событий и происходящих изменений.

«Выпивали водочки, ели русскую еду... И однажды я вместо тоста прочел ваше стихотворение «Славянский погост близ Парижа». Что здесь началось! Вы себе представить не можете, – рассказывал Сергей Петрович, – какую бурю чувств оно вызвало, люди плакали навзрыд, в голос. Я не знал, как их успокоить... Как вам удалось проникнуть в их душу? И я понял: эта неизлечимая и неистребимая болезнь, ностальгия, никогда не покидала их, не оставляло пронзительное чувство любви и тоски по прошлому, по Родине, по тому, что было безвозвратно потеряно. Стихотворение перечитывали ещё и ещё. А потом решили напечатать в русской газете, которую выпускала русская диаспора

во Франции, и пригласить вас к ним в гости, что я от их имени и делаю», – торжественно провозгласил Сергей Петрович.

Я такого не ожидала и, признаюсь, была немало удивлена всем этим и, конечно, приглашением.

«Перед отъездом я попросил Надюшу свозить меня на кладбище Сен-Женевьев-де-Буа, – рассказал в завершение Сергей Петрович. – Место, если можно так сказать о кладбище, живописное, не грустное, ухоженное, его очень украсили берёзы, так напоминающие Россию, и обилие цветов. На душе было легко и светло. Я выполнил вашу просьбу: поклонился Бунину и всем, кому пришлось умереть на чужбине, оставаясь при этом детьми России».

Мне так и не довелось воспользоваться приглашением Надюши и её друзей, а вскоре я узнала, что Сергей Петрович умер. Как всё-таки хорошо, думала я, что он успел встретиться с сестрой, узнать о её жизни, и как жаль, что столько лет они жили врозь.

*Последний приют
Славянский погост
близ Парижа.*

*Кладбище
Сен-Женевьев-де-Буа.
От князя до нувориша,
В каждой могиле – судьба.*

*Надписи филигранны:
«Покоится вечных прах...»
Последний приют эмигрантов,
Таблички на двух языках.*

*И если б тоска по России
Кручиной не извела,
Наверное, даже б счастливым
Каждый из них умирал.
Тяжко почить на чужбине
Скитальцу с русской душой,
И во французской могиле –
Славянской натуре большой...*

*В агонии заклинали:
«На родине хоронить!»
И русской земли припасали
Горсть, чтобы в гроб положить.*

*Русские песни пели,
В русские церкви шли,
Русские колыбели
Правнукам берегли.*

*Люди просят у Бога
Лёгкую жизнь ниспослать,
Я же прошу другого –
Погост чужой миновать.*

ОБ АВТОРЕ. Наталья Мацуева – главный кардиолог Ногинского района Московской области, заведующая кардиологическим отделением Ногинской центральной районной больницы. Член Союза писателей России.

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 – Т.КОЗЛОВ.

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, 8-925-437-53-98. 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 ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-03-00480 Тираж 31 168 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; Ханану (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.