# 

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

## Работают мастера —

# Награда за уникальную операцию

Премия имени академика М.И.Перельмана присуждена кубанским докторам



Главный врач Научно-исследовательского института – Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского академик Владимир Порханов, торакальный хирург Валерий Кононенко и вертебролог Игорь Басанкин удостоены престижной медицинской премии имени знаменитого российского учёного М.И.Перельмана. Кубанские медики победили в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь пациента».

В Краевую клиническую больницу № 1 поступила 35-тилетняя жительБригада торакального хирурга В.Порханова удаляет огромную опухоль

ница Tvance с гигантоклеточной опухолью позвоночника. Новообразование размером более 15 см захватило 7-9-й грудные позвонки и уже начало прорастать в грудную клетку. Помимо спинного мозга, оно сдавливало сердце, аорту и лёгкие. Женщина чувствовала нехватку воздуха, сильно кашляла. Боль в спине становилась невыносимой. Больная обращалась за помощью в другие медицинские учреждения России, но безрезультатно.

Оперативное лечение проводилось силами двух бригад - вертебрологами и торакальными хирургами. Огромная опухоль была успешно удалена. Ни один близлежащий орган, сосуд или нерв не были задеты. Пациентка благополучно выписалась и вернулась к своей обычной полноценной жизни.

Полученная докторами награда учреждена Фондом поддержки фтизиатрии и торакальной хирургии им. М.И.Перельмана. Она вручается

> Дмитрий АНДРЕЕВ, внешт. корр. «МГ».

Краснодар.



Аркадий ВЁРТКИН, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор:

Сегодня терапевт поликлиники – это агент национальной безопасности.



#### Наталья СТАДЧЕНКО, председатель Федерального фонда ОМС:

Мы сформировали резерв, позволяющий обучать персонал, обновлять медицинское оборудование и производить ремонт медицинской техники.

Cmp. 6

Михаил ДАВЫДОВ, главный онколог Минздрава России, академик РАН:

Несмотря на стремительное развитие химио- и лучевой терапии, хирургический метод остаётся краеугольным камнем лечения множества онкологических заболеваний.





## Профилактика —

# Продолжая традиции ранней диагностики

В Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере подвели итоги акции по раннему выявлению рака молочной железы. Она проводилась уже второй год подряд.

- На этот раз продолжительность акции, заявленной как неделя ранней диагностики, была увеличена с 5 рабочих дней до 8, - сообщила главный онколог Департамента охраны здоровья населения Кузбасса Ольга Жаркова. – Врачей, онкологов, рентгенологов и специалистов по ультразвуковой диагностике также было задействовано больше.

Половину обратившихся женщин доктора в итоге признали практически здоровыми 152 попали в группу риска, в том числе 35 - с узловыми доброкачественными новообразованиями молочной железы. Эти пациентки прошли дополнительные обследования и взяты под контроль онкологов для дальнейшего наблюдения.

У 6 обратившихся был заподозрен рак. В 4 случаях диагноз уже подтвердился, в настоящее время пациентки проходят исследования.

Стоит отметить, что в структуре онкологической заболеваемости Кузбасса рак молочной железы занимает лидирующие позиции. В прошлом году этот диагноз был установлен 1112 женщинам, что составило 42,5 случая на 100 тыс. женского населения. Рост заболеваемости, отмечаемый за последние годы, специалисты в первую очередь связывают с улучшением диагностики и более внимательным отношением женшин к своему

> Валентина АКИМОВА, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

## События

# «Цепочка» врачей спасает от инсульта

Актуальные проблемы оказания помощи больным с острым инсультом обсуждались в Сургутской клинической травматологической больнице на научно-практической конференции.

На форум приехали медики из Нижневартовска, Ханты-Мансийска, Тюмени, Перми, Санкт-Петербурга и других городов.

Опыт Сургутской клинической травматологической больницы, в инсультном центре которой ежегодно проходят лечение более тысячи человек,

обобщила врач центра кандидат медицинских наук Екатерина Остапчук. Она рассказала, как организована нейрохирургическая служба в регионе для оказания помощи больным с инсультом.

Здесь ключевым в лечении сосудистой патологии головного мозга является комплексный подход, который подразумевает полную готовность всех медицинских этапов. Это диагностика, лечение и восстановление. Взаимодействие врачей этой «цепочки», постоянный контроль над ходом болезни дают ощутимый эффект. Для

этого в клинике открыты профильные больничные отделения, создана мультидисциплинарная бригада врачей. В её составе - нейрохирурги, неврологи, анестезиологи, нейрореаниматологи, терапевты, хирурги и другие специалисты.

На конференции также выступили ведущие специалисты в области восстановительной медицины.

> Елена ЛЬВОВА. **МИА Cito!**



## Hobocmu

#### Думая о душе

В будущем году в столичном регионе откроется 20 психоневрологических диспансеров. Таким образом, за год их количество увеличится до 40. Об этом сообщили в Департаменте здравоохранения Москвы.

«Реорганизация психиатрических больниц предполагает увеличение их материальных и кадровых ресурсов за счёт открытия новых психоневрологических диспансеров, чтобы радикально улучшить оказание психиатрической помощи пациентам вне стационара и максимально приблизить её к местам проживания больных», – отметили в ведомстве.

Кроме того, в департаменте подчеркнули, что также предусмотрено открытие дневных стационаров, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационных отделений на базе психоневрологических диспансеров.

«Для реализации этих задач городом выделяются дополнительные помещения. Наряду с этим, в соответствии с новой концепцией развития службы, запланировано обеспечить амбулаторными подразделениями те районы, которые на сегодняшний день лишены доступной амбулаторной психиатрической помощи – это юг, юго-восток, юго-запад города», – уточнили в департаменте.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

### Помоги себе сам?

В Российском научном медицинском обществе терапевтов заявили о возможной поддержке образовательных проектов по самолечению. Эта информация, в том числе будет предназначена для терапевтов. Об этом в рамках XI Национального конгресса терапевтов заявил президент общества терапевтов академик РАН Анатолий Мартынов.

Широко распространённое мнение о том, что самолечение – это абсолютный вред, ошибочно, заявил академик. В ряде случаев, например, при острых респираторных инфекциях пациенту можно и не обращаться к врачу. Но пациент, который занимается самолечением, должен быть подготовленным.

«Мы должны проводить разъяснительную работу с пациентами, информировать их, как реагировать на то или иное изменение состояния в самочувствии, в частности, при простудных заболеваниях. Не всегда человек должен идти к врачу. В аптеках тоже работают грамотные люди, которые обладают высокой квалификацией. Но мы должны прорабатывать совместно с терапевтами такую тактику, чтобы она не наносила ущерба пациентам, ведь нет лекарств без побочных действий», – сказал А.Мартынов.

По словам академика, терапевты должны также активнее работать с пациентами, имеющими хронические заболевания. Например, помочь им составить персональную домашнюю аптечку. Проблема в том, что это не всегда возможно в рамках существующих временных норм приёма, даже с учётом их недавнего увеличения.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

## Роковой скальпель

В одной из частных клиник эстетической медицины в Волгограде во время хирургической операции скончалась 23-летняя пациентка. Следственным управлением Следственного комитета РФ по Волгоградской области возбуждено уголовное дело.

По данным следствия, потерпевшая обратилась в косметологическую клинику в конце октября. После предварительной консультации с хирургом, являющимся генеральным директором этого медицинского учреждения, девушке было выписано направление на анализы и назначена дата пластической операции.

Во время операции пациентке стали вводить различные лекарственные препараты. После одной из таких инъекций у девушки начались судороги. Реанимационные мероприятия, проводимые в том числе врачами скорой медицинской помощи, положительных результатов не дали – потерпевшая скончалась на операционном столе.

В настоящее время проводятся следственные действия, территориальный орган Росздравнадзора по Волгоградской области проведёт внеплановую проверку в клинике. Погибшая была стоматологом. Под нож пластического хирурга она легла, чтобы изменить форму подбородка.

Борис БЕРКУТ.

Волгоград.

#### Не допустить ВИЧ

Столичные доктора приняли роды у 600 ВИЧ-инфицированных пациенток в течение прошлого года. Об этом в ходе конференции «Современные подходы к лечению ВИЧ-инфекции в практике московского здравоохранения» сообщил главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Александр Коноплянников.

«За минувший год в столичных медучреждениях было принято 134 тыс. родов, 600 из которых – у ВИЧ-инфицированных пациенток. Самое главное, что порядка 30-35% пациенток – не москвичи, это пациентки из других регионов России или даже из стран СНГ. Основная проблема в том, что мы получаем необследованных пациентов, которые не стоят на учёте в женской консультации, про которых мыничего не знаем», – отметил А.Коноплянников. – Благодаря внедрению перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции удалось снизить риски инфицирования плода за минувший год до 2%, что входит в общеевропейские критерии. На сегодняшний день столичные родильные дома располагают всем необходимым для профилактики ВИЧ-инфицирования плода».

Алина КРАУЗЕ.

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

## В особых условиях -

# Трагедия на дороге

Министр лично контролирует медицинскую помощь, оказываемую детям

Страшная авария произошла в минувшие выходные на трассе Тюмень — Ханты-Мансийск. Автобус, перевозивший членов детской спортивной команды по акробатике, столкнулся с грузовиком. Кроме того, в аварию попали ещё два других автомобиля. ДТП унесло жизни 12 человек, из них 10 детей.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова прилетела в Ханты-Мансийск, чтобы лично проверить, как оказывается медицинская помощь пострадавшим. Сразу по прилёту она и прибывшая с ней команда специалистов из Российской детской клинической больницы и Центра медицины катастроф Минздрава – нейрохирурги, травматологи, реаниматологи, психологи – посетили реанимацию окружной клинической больницы, где осмотрели пострадавших.

- Всего в настоящее время в реанимации продолжают оставаться 11 детей и один взрослый, - прокомментировала увиденное В.Скворцова. - Состояние всех оценивается как тяжёлое. Медики делают всё необходимое. Утром мы снова проведём обход и с учётом динамики на консилиуме примем решение, следует ли проводить медицинскую эвакуацию пострадавших в федеральные учреждения в Москву, позволит ли состояние пострадавших сделать это.



Позже министр так прокомментировала состояние здоровья летей:

- Очень тяжёлые травмы, комбинированные, фактически у всех. Есть повреждения внутренних органов, черепно-мозговые травмы. Прошло уже 5 больших операций при комбинированных травмах, сейчас идёт реанимационный период. Трое детей дышат самостоятельно, находятся под обезболиванием, остальные дети пока очень тяжёлые. О динамике говорить рано...

По предварительным данным Следственного комитета России – авария произошла из-за того, что водитель рейсового автобуса не справился с управ-

лением. В условиях сложных метеорологических условий, ограниченной видимости, вызванной обильным выпадением осадков, он столкнулся с грузовиком. Возбуждено уголовное дело по факту нарушения правил дорожного движения, повлёкшее смерть двух и более лиц, и по факту оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Уже сейчас следователи установили. что перевозка детей не была должным образом согласована. Транспорт следовал без обязательного сопровождения.

> Алексей ПИМШИН. МИА Cito!

Москва.

#### Акиенты

# Не нужно бояться нужно знать

## Быть ближе к тем, кто видит этот мир по-другому

В столице завершился IV Московский фестиваль творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны». С 2010 г. цель фестиваля остаётся неизменной: диалог между обществом и людьми с особенностями психического здоровья, их сближение посредством искусства, обогащение культуры произведениями, созданными теми, кто видит этот мир по-другому.

Организаторами мероприятия выступили Благотворительный фонд «Качество жизни» и Региональная общественная организация «Клуб психиатров» при поддержке Департамента здравоохранения, Департамента труда и социальной защиты населения, Департамента культуры правительства Москвы.

«Каждый имеет право на творчество» – эта фраза, сказанная на открытии фестиваля режиссёром Аллой Суриковой, словно задала тон всему мероприятию. Его организаторы и участники всеми силами старались показать, что люди с нарушениями психического здоровья имеют право быть частью социума, сохранять самобытность и непохожесть, хотеть быть услышанными.

В течение 7 дней на лучших театральных и музейных площадках страны демонстрировались художественные и фотоработы, мультимедийные проекты и документальные фильмы, литературное творчество, театральные спектакли, гала-концерты, журналистские работы. Фестиваль собрал более 1200 «очных» и 3 тыс. «заочных» участников из 40 регионов РФ и 13 стран зарубежья: Аргентины, Белоруссии, Бельгии, Германии, Испании, Италии, Латвии, Польши, Португалии, Узбекистана, Финляндии, Франции, Чили.

Не секрет, что в современной России отношение к людям с психическими заболеваниями колеблется в диапазоне от настороженного и опасливого до отрицающего и избегающего. Между тем от подобных заболеваний не застрахован никто: по данным Всемирной организации здравоохранения, сегодня каждый десятый житель планеты страдает тем или иным психическим расстройством, каждый четвёртый столкнётся с заболеванием в тот или иной период своей жизни. А депрессия как психическое заболевание, по прогнозам ВОЗ, к 2020 г. войдёт в первую пятёрку болезней, ведущих к потере трудоспособности.

Увы, в России не выстроена система психогигиены и психопрофилактики, лежащая в основе эффективной психиатрической помощи, а большинство пациентов прибегают к помощи психиатра на запущенных стадиях болезни, что ведёт к высокой инвалидизации и потере трудоспособности. «Мы хотим, чтобы психиатрия перестала быть сферой, окутанной тайнами и вымыслами, чтобы люди с психиатрическими диагнозами могли вести полноценный образ жизни». - отметила Мария Кулик, президент фонда «Качество

- Фестиваль завершён. Всё ли у нас получилось? Не знаю. Но уверен, что мы движемся в правильном направлении. А именно в движении жизнь. Это нелёгкий путь, но вдохновение рождается из труда и во время труда. И наша стратегическая цель заключается в том, чтобы фестиваль был не только воспоминанием о прошлом, но и мечтой о будущем», подвёл итоги многодневного творческого форума президент Клуба психиатров Аркадий Шмилович.

Ирина АНДРЕЕВА. МИА Cito!

## Проекты —

# За бюрократию взяться по-серьёзному

Председатель правления Врачебной палаты Московской области главный врач Ногинской ЦРБ Сергей Лившиц выступил с предложением введения порядка, который бы регламентировал рассмотрение жалоб от пациентов. Инициатива была озвучена в ходе рабочего совещания, посвящённого вопросам решения конфликтных ситуаций между докторами и пациентами.

«Обращение пациента рассматривают самые различные инстанции, а потом оно всё равно спускается на уровень медицинской организации, и там готовится ответ, затем опять направляется наверх, и уже потом отправляется заявителю, – отметил С.Лившиц. – Между датой обращения и датой ответа проходит несколько месяцев, в то время как при обращении непосредственно в медицинскую организацию адекватные действия по решению конфликтной ситуа-

Председатель правления ции могли бы быть реализованы в считанные дни», – добавил он. Что характерно, согласно дан-

ным статистических исследований, обоснованными признаются лишь 15-20% жалоб пациентов. Большинство из них возникают, когда больные или их родственники в чём-то не до конца разобрались. Большинство конфликтных ситуаций, по мнению главного врача, могут быть решены путём корректного общения с пациентом, разъяснения нюансов и тонкостей лечебного процесса. При этом сам руководитель медицинской организации не должен уходить в сторону от решения конфликтов и перекладывать всё на плечи врачей. Кроме того, с точки зрения С.Лившица, отнюдь не последнюю роль в успешном решении конфликтных ситуаций между врачами и больными играет правильно оформленная документация, которая зачастую демонстрирует правоту докторов, пусть и формальную.

«Первичные обращения пациентов должны поступать именно в медицинскую организацию, подчеркнул С.Лившиц. – И только если заявитель не удовлетворён качеством и оперативностью решения проблемы, он может обратиться в более высокие инстанции. При этом и сроки ответа на обращения могли бы существенно сократиться: если в законе «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» на это отводится 30 дней, то медучреждение явно могло бы делать это в несколько раз быстрее. Можно было бы дополнить данный закон подзаконным актом, где будет указано, что жалоба пациента, например, в региональный Минздрав регистрируется и принимается к рассмотрению в том случае, если его обращение уже было рассмотрено в медицинской организации, к которой оно относится. И только если пациент не удовлетворён результатом, то в этом случае подключаются вышестоящие инстанции. Изменение регламента рассмотрения жалоб избавит и вышестоящие инстанции от лишнего документооборота».

ян РИЦКИЙ.

### Ngeu

# «Насильное» оздоровление

Депутаты Государственной думы РФ предложили направлять осуждённых наркозависимых на принудительное лечение в связи с большим количеством смертей в тюрьмах. В местах лишения свободы, по их сведениям, содержится около 70 тыс. страдающих наркоманией, а помощь им оказывается недостаточная, кадров и специалистов не хватает.

Как известно, согласно ст. 82.1 УК РФ, если осуждённый по ч. 1 ст. 228, ч. 1 ст. 231, ст. 233 УК РФ болен наркоманией и изъявит желание пройти курс лечения, то ему предоставляется отсрочка от наказания для реабилитации, но зачастую пациенты не проходят лечение, а только отмечаются в медицинских учреждениях.

Согласно предложению депутатов, на принудительное лечение могут отправить наркоманов, которые были осуждены за уголовные преступления. При этом отсрочка лечения не должна превышать максимального срока наказания по нетяжкой статье.

Недавно главный нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Евгений Брюн сообщил, что реабилитация наркоманов должна продолжаться и в тюрьмах. А также отметил, что принудительное лечение стоило бы ввести и для больных алкоголизмом, так как тяжёлые формы подобного расстройства и его последствия сопоставимы с наркоманией.

Матвей ШЕВЛЯГИН. МИА Cito!

Москва.

## 100 строк на размышление —

# О праве на смерть

Обучаясь в ординатуре, я видел немало пациентов с терминальной стадией дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, глубоким нарушением сознания вследствие перенесённого ОНМК и т.д. Дни их были сочтены, опытные доктора, под руководством которых мне посчастливилось осваивать основы клинической медицины, именовали их не иначе как «живыми трупами», однако жизнь этих больных продолжалась. Кроме того, в клинику то и дело поступали пациенты с различными формами злокачественных новообразований, страдающие невыносимыми болями, купирующимися лишь на непродолжительное время. «Мы не хотим жить», - говорили многие из них. «За что нам эти муки?». - отчаянно вопрошали несчастные.

Ни для кого не секрет, что тема эвтаназии – одна из наиболее дискутабельных медико-социальных проблем на современном этапе. И наша страна – отнюдь не исключение, однако в отличие от многих экономически развитых стран руководство отрасли заявляет чёткое «нет» в ответ на просьбы рассмотреть варианты легализации этой манипуляции в особых случаях.

Между тем эвтаназия не одно десятилетие официально легализована во многих странах мира (см. материал собственного корреспондента «МГ» в Израиле Захара Гельмана № 90 «МГ» от 30.11.2016).

Рассуждая с позиции материалиста, неизбежно приходишь к выводу, что такая медицинская манипуляция, как эвтаназия, в ряде случаев может пойти на пользу отрасли как с медико-социальной, так и экономической точек зрения. Как это ни прискорбно, но 3,4% весьма скудного российского ВВП, выделяемых на здравоохранение. катастрофически не хватает, плолы столь ничтожного финансирования отрасли отчётливо видны при сопоставлении ключевых медикосоциальных показателях в нашей и экономически развитых странах. Пребывание безнадёжно больного человека на больничной койке весьма обременительно как для медицинской организации, так и для отрасли в целом, прежде всего, с материальной точки зрения. Не говоря уже о моральной составляющей: доктора, подчас, вынуждены скрывать реальную картину от родных и близких, так или иначе обманывая их. В сухом остатке - порочный круг: пациент безнадёжен, доктора бессильны, родственники питают заведомо ложные иллюзии. Вдобавок к этому и без того скудный «отраслевой карман» продолжает пустеть.

Другое дело - важна юридическая сторона вопроса: что, как, почему, зачем и т.д. Одних клинических рекомендаций для этого мало. Тем не менее видится весьма перспективным создание некого «Общества по эвтаназии РФ», членами которого стали бы клиницисты, организаторы здравоохранения, юристы, а также представители общественности. И подходить к этой проблематике в нашей стране надо чрезвычайно взвешенно: ситуацией могут воспользоваться в корыстных целях - не только политических, но и экономических, а также - бытовых. Но, к сожалению, это – завтрашний, а то и послезавтрашний день для нашей страны.

Не вызывает сомнений, что человек должен не только достойно жить, но и умереть соответствующе. Чтобы не мучиться и не мучить родных и близких, не быть материальной обузой для государства. Из жизни следует уходить достойно. Эвтаназия — это не только лёгкая, но и достойная смерть, которая подчас при оценке той или иной личности, важнее жизни. И лишать человека права на такой уход в небытие не следует.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

# Поздравляем!

Коллектив Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова сердечно поздравляет директора учреждения, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Андрея Геннадиевича ЩУКО с 60-летним юбилеем!

Уважаемый Андрей Геннадиевич, мы рады работать вместе с Вами – талантливым учёным, блестящим хирургом, творчески одарённым человеком, который постоянно нацеливает своих коллег на глубокий научный поиск и достижение самых высоких клинических результатов, умеет максимально эффективно организовать деятельность большого коллектива, заботится о безу-



пречной репутации нашей клиники в глазах пациентов и профессионального сообщества.

Желаем Вам отменного здоровья, новых профессиональных успехов и грандиозных жизненных планов!

Интервью с А.Г.Щуко читайте на стр. 7.

#### Дословно -

# Снова ищем виноватых

Председатель комиссии Общественной палаты РФ по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни Владимир Слепак направил письмо генеральному прокурору РФ Юрию Чайке с просьбой провести комплексную проверку и выявить причины широкой распространённости ВИЧ-инфекции в 10 регионах нашей страны, которые считаются критическими с точки зрения распространения ВИЧ-инфекции.

Основные причины распространения ВИЧ-инфекции в стране, в частности в 10 обозначенных Минздравом России регионах, по мнению В.Слепака, – недофинансирование ключевых направлений в области охраны здоровья населения, а также неэффективная оптимизация социальных расходов и реформа системы здравоохранения. Всего, по подсчётам члена Общественной палаты, на лечение ВИЧ в регионы направлено 35% от всех бюджетных средств, выделенных на здравоохранение.

Между тем эпидемия ВИЧ в Екатеринбурге, лидирующем городе по распространённости инфекции, по словам В.Слепака, была объявлена

ещё в 2000 г. Размещённые мобильные пункты экспресс-тестирования, организованные в антисанитарных условиях на базе автомобиля «газель», демонстрируют несостоятельность системы диагностики в городе. Вместо обращений в специализированные медицинские учреждения жители выстраиваются в очередь к грузовику. «Не было дано должной оценки факту размещения на указанном автомобиле логотипа известного международного фонда, что может характеризовать лиц, осуществляюших сбор указанной информации. как действующих не в интересах Российской Федерации и её граждан», - добавил правозащитник.

В своём письме член Общественной палаты просит генерального прокурора разобраться, насколько эффективно ведутся работы по развитию отечественной фармпромышленности и поддержке научных исследований, а также по выполнению поручений Президента РФ. Он также просит проверить, на что в регионах тратятся деньги, выделяемые на необходимые препараты, и доходят ли лекарства до больных.

Соб. инф

# На контроль! —

# За лекарствами будет строгий присмотр



Как сообщает пресс-служба Росздравнадзора, в настоящее время ведомство проводит полномасштабную работу по выявлению и пресечению фактов реализации аптечными организациями, в том числе дистанционным способом, лекарственных препаратов, которые предназначены для медикаментозного прерывания беременности только в специализированных медицинских акушерско-гинекологических организациях под наблюдением врача.

Росздравнадзор уже провёл видеоселекторное совещание с участием представителей территориальных подразделений службы, органов управления здравоохранением субъектов РФ, оптовых организаций и аптечных сетей. Руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко предупредил на нём участников рынка об ответственности за несоблюдение правил отпуска лекарственных препаратов указанной группы.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва

XI Национальный конгресс терапевтов, посвящённый 135-летию со дня рождения известного отечественного учёного-клинициста, одного из крупнейших интернистов первой половины прошлого столетия, академика АМН СССР Владимира Зеленина, состоялся в Москве.

Как известно, во всём мире прирост населения достигается, главным образом, за счёт увеличения продолжительности жизни. В экономически развитых странах львиная доля смертности приходится на пожилое население. В России же этот медико-социальный демографический показатель, к сожалению, обеспечивается за счёт других возрастных групп.

#### С акцентом на профилактику

- Хочу напомнить, что в середине XX века в разных странах относительно и абсолютно возросла не только клиническая, но и социальная значимость неинфекционных заболеваний, отметил, открывая форум, главный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения РФ, директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической мелицины Миналрава России, член-корреспондент РАН Сергей Бойцов. - К середине 1980-х годов в нашей стране вследствие нарастающей алкоголизации населения состоялся гигантский скачок смертности от неинфекционных заболеваний, который привёл к тому, что наша страна вышла на абсолютно лидирующие позиции по уровню смертельных исходов в мире. Сверхпотери на уровне 40-60 лет и по сей день остаются основной демографической проблемой в России. – В абсолютном значении за последнюю четверть века мы потеряли 16,8 млн человек, из них 11 млн – это мужчины и 5,8 млн - женщины, - продолжил С.Бойцов. - Основными факторами риска смерти пациентов являются сердечно-сосудистые заболевания, онкология, болезни органов дыхания, а также сахарный диабет 2-го типа. В качестве основных причин смертности на первой позиции находится ожирение, вторую строчку занимает повышенная частота нарушений сердечного ритма, на третьей гипертония. Начиная с 2006 г., общая смертность в стране снизилась на 26%, а уход из жизни людей вследствие всевозможных патологий сердца и сосудов - на 36%. Вклад сердечно-сосуди-

## Деловые встречи

# Сегодня терапевт — агент национальной безопасности

## Он – ключевая фигура в современной системе

стой смертности и обусловил снижение общей смертности в стране. За последние 10 лет курение среди мужчин снизилось на 35%, продажи алкогольной продукции за этот же временной промежуток снизились также на 35%. Главная проблема, с моей точки зрения, заключается в том, что у нас смертность прекратила снижаться, имеет место стабилизация данного показателя с 2013 г. Количество случаев ожирения у мужчин с 1993 по 2013 г. увеличилось с 9 до 27%, догнав показатели женщин. Следствием этого является двукратный рост сахарного диабета. Кроме того, в целом по стране снизился и уровень физической активности: у молодой части населения он ниже, чем у пожилых. Гипертония у мужчин выросла с 33 до 42%. Ожирение среди несовершеннолетних с 90-х годов минувшего столетия по настоящее время возросло в 2 раза. В связи с этим недавно было принято решение о создании стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями, чем мы - профилактологи - и занимаемся. Главной задачей мы считаем снижение смертности на 25% к 2025 г.. – заключил главный профилактолог страны.

#### Её Величество коморбидность

С сообщением «Сердце и хроническая боль в суставах: достоверные факты в практических рекомендациях» выступил один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий Вёрткин.

– Сегодня терапевт поликлиники – это агент национальной безопасности, – заявил А.Вёрткин. – Какое значение имеет пациент, пришедший в поликлинику, скажем, с ОРВИ?



Выступает академик А.Мартынов

Никакого, если учесть, что социально значимые болезни у нас совершенно другие. Большинство людей боятся рака и СПИДа, а умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Надо понять, что, например, остеоартрит - это социально значимое заболевание, третье место в структуре инвалидизации. Кто бы в поликлинику ни пришёл и какой бы повод его туда ни привёл, каждый доктор автоматически должен провести максимально возможную диспансеризацию. Приход пациента должен стать абсолютным и безальтернативным поводом к её началу. Остеоартрит - это страшная угроза. У всех людей с возрастом развивается коморбидность, её частота растёт из года в год. Причиной тому - увеличение продолжительности жизни. Недаром в минувшем году вышли в свет клинические рекомендации, согласно которым, если мы имеем коморбидного больного с ишемической болезнью сердца, гипертонией, избыточной массой тела, ожирением, сахарным диабетом 2-го типа, остеоартритом, то современный диагноз формулируется как одно заболевание, выбранное в качестве основного. а остальные требуется записать как коморбидную патологию. Необходимо понимать, что лечить следует не только остеоартрит,

но и все сопряжённые с ним заболевания.

#### ...и ещё раз учиться!

О непрерывном медицинском образовании рассказал профессор кафедры госпитальной терапии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, президент Российского научного медицинского общества терапевтов, академик РАН Анатолий Мартынов.

- За первое полугодие нынешнего года учебным центром общества терапевтов проведены 16 школ (7 - в Москве и 9 - в региональных отделениях -И.М.). Тематика проводимых мастер-классов, ориентированных, главным образом, на специалистов первичного звена, была разнообразной и затрагивала наиболее актуальные вопросы внутренней медицины, - отметил А.Мартынов. - В основе этих мероприятий лежал междисциплинарный подход («Стратегия диагностики и лечения острых респираторно-вирусных инфекций и гриппа в практике терапевта», «Современные возможности диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии в клинике внутренних болезней», «Мультиморбидный пациент с ревматическими заболеваниями в клинической практике терапевта» и др.) Наши школы очно посетили более 2,5 тыс. докторов, немногим менее слушателей смогли увидеть мероприятия, проводимые под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов, в режиме реального времени через мобильное приложение. Лекторский состав был представлен ведущими специалистами как московских, так и региональных учебных заведений в области диагностики и лечения внутренней патологии. Каждое из проведённых мероприятий было аккредитовано Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, Количество зачётных единиц в зависимости от продолжительности составило 5-6 кредитов. Все мероприятия согласовывались с местным органом управления здравоохранением, каждый учебный курс подтверждался распоряжением или информационным письмом. Тематика каждого мероприятия составлялась с учётом региональных особенностей и имела междисциплинарный подход (инфекционисты, клинические фармакологи, иммунологи, оториноларингологи и др.). К настоящему моменту в процессе разработки находятся следующие опции: регистрация участников на сайте, входной тест, отзыв о школе, оценка лекторов, комментарии, так называемая обратная связь. На основании регистрационных форм учебный центр проводит мониторинг, - подчеркнул он.

\* \* \*

В заключении конгресса под руководством профессора А.Вёрткина прошёл симпозиумспектакль по бессмертному и актуальному по сей день произведению незабвенного Александра Грибоедова «Горе от ума» совместно с клиническим разбором случая 42-летнего пациента, перенёсшего 2 инсульта и страдающего преждевременным сосудистым старением.

Иван МАГЕР, корр. «МГ».

## Рядом с нами —

Детский дом в Марфо-Мариинской обители милосердия существует уже более 5 лет. Год назад игуменьей Елизаветой было принято решение взять сюда на воспитание, кроме здоровых детей, девочек с синдромом Дауна.

Корреспондента «МГ» с работой детского дома познакомила дефектолог Татьяна Мышатина.

Она рассказала, что, кроме психологов, с детьми работает логопед, преподаватель музыки, преподаватель танцев, который по совместительству также дефектолог. Всего «солнечных» девочек сейчас в обители 10 – от 3 до 18 лет. В основном воспитанницы поступают сюда из других детских домов. Поэтому основная цель – их реабилитация и устройство в семью.

Дети поступают с разным уровнем развития и разными возможностями. Реабилитация зачастую начинается с обучения элементарным навыкам самообслуживания.

# Много мам не бывает

#### В необычном детском доме ещё раз подтверждается эта истина

Или навыкам понимания - не просто кричать и падать, а уметь обращаться, что-то просить и общаться друг с другом так, чтобы все вокруг пытались прочитать мысли воспитанника. Тех, кто не умеет говорить, учат показать нужный предмет и сказать «дай мне». Когда ребёнок начинает говорить, методика жестов потихоньку уходит. Здесь учат одеваться, при необходимости самостоятельно ходить и жевать. С этого года начались занятия в плавательном бассейне, а для социализации девочек отправляют в обычный детский сад, но при этом в разные группы. Отметим, что родители обычных детей к «солнечным» девочкам относятся вполне лояльно.

Для того чтобы адаптировать ребёнка к новой семье, работа в основном ложится на плечи психологов. Необходимо развить чувство привязанности к новым родителям, проигрывается само понятие «семья». Для этого дети никогда не называют воспитателей «мамами», как это принято в обычных детских домах, только по имени - мама должна быть одна-единственная. Будущие кандидаты в родители направляются из органов опеки и посещают школу приёмных родителей, в том числе и ту, которая существует при Елизаветинском детском доме. Идёт небыстрый процесс знакомства - ребёнок должен научиться выделять будущих мам и пап из всех остальных, так начинает

писаться история будущей семьи. В среднем процесс адаптации занимает 2-3 месяца – сначала приёмные родители приходят в гости, потом ребёнок выезжает к ним с местным сотрудником на несколько часов. Потом интервал совместного времяпрепровождения постепенно увеличивается.

Здесь находятся не только сироты, но и те, чьи родители попали в трудную жизненную ситуацию. Когда проблемы родителей решаются, ребёнок возвращается обратно в свою семью. Конечно, бывают случаи, когда приёмные родители отказываются от девочки, но это случается крайне редко.

Все дети при поступлении в Елизаветинский детский дом про-

холят полное мелицинское обследование. Был случай, когда девочка первое время сидела в углу и буквально рычала на окружающих. Но выяснилось, что у неё просто плохое зрение (+6) и при подборе очков всё образумилось. При синдроме Дауна часто нарушается не только зрение, но и слух, и медицинская корректура иногда необходима. Иначе работа дефектолога просто невозможна: например, ребёнок может изобразить какой-то предмет, но разглядеть на картинке - уже нет. А перед прохождением психолого-медикопедагогической комиссии с детьми работает психиатр.

Жизнь в этом необычном учреждении идёт со своими особенностями, необычными деталями, но маленькие воспитанники здесь имеют реальный шанс на обретение новых сил для дальнейшего развития.

Вячеслав СВАЛЬНОВ, корр. «МГ».

Москва

Трое жителей Челябинской области впервые получили «Орден Данко. Отдающему себя». Это две матери, которые отдали свои почки для пересадки собственным детям, и женщина, которая решилась родить после трансплантации.

Ещё двое южноуральцев награждены медалью «За вклад в развитие трансплантологии». Среди них – первая пациентка с пересаженной печенью, а также сотый реципиент с пересаженной почкой. Эти люди не понаслышке знают, что такое жизнь до и после трансплантации органа.

Элина Зайцева из Магнитогорска – сотый пациент в Челябинской области с пересаженной почкой. После нескольких процедур гемодиализа врачи предложили женщине встать в лист ожидания. Донор появился уже через полгода, хотя нередко приходится ждать по 6-8 лет.

- Я сразу же приехала в Челябинск и после обследований в тот же день легла на операцию, - вспоминает пациентка. - Врачи работали всю ночь с перерывом на 15 минут. Пересадка прошла успешно, и уже через несколько дней я вернулась к полноценной жизни. Сомнений до операции у меня не было, потому что знала: проводится тщательный отбор донорских органов, они проверяются на вирусы, инфекции. После операции прошёл год, и за это время не было никаких проблем.

Нина Фёдорова стала первой пациенткой на Южном Урале, которой пересадили печень. Трансплантация органа потребовалась после курса химиотерапии, из-за которого печень вышла из строя.

Примером родственного донор-

- Когда гемодиализ перестал помогать моей дочери и потребовалось срочно пересаживать почку, у меня даже вопросов не стояло, отдавать или нет свой орган, – призналась мать Ирина. – Операция прошла успешно, но через некоторое время с донорской почкой началась та же проблема – она стала сморщиваться и перестала функционировать. Поэтому в 2016 г. дочери провели ещё одну трансплантацию. Теперь всё хорошо.

Необычные награды придумали врачи Челябинской областной клинической больницы в знак благодарности своим пациентам. Сами разработали дизайн и заказали изготовление на одном из предприятий Златоуста. Все герои получили знаки признания из рук директора Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, главного трансплантолога Минздрава России, академика РАН Сергея Готье и главного врача Челябинской областной клинической больницы Дмитрия Альтмана.

#### Ориентиры

# Врачи наградили пациентов

# Трансплантация – это подвиг ради жизни



С.Готье

Церемония награждения состоялась на прошедшей в Челябинске конференции, посвящённой вопросам пересадки органов. В мероприятии приняли участие более 100 специалистов из Челябинской, Свердловской, Курганской областей, а также представители ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова (Москва).

По оценке московских специалистов, Челябинск является одним из центров трансплантации в России.

Первая пересадка почки в 2009 г. дала толчок для развития системы трансплантологии на Южном Урале. - отметил главный врач Челябинской ОКБ Д.Альтман. - Сегодня больница является основной госпитальной базой для проведения трансплантации, работает в тесном сотрудничестве с медицинскими учреждениями Свердловской, Курганской областей, ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова. И наша главная мотивация - сохранить жизнь и здоровье как можно большему количеству людей.

Министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлев отмечает: с 2009 г. на Южном Урале было проведено 105 трансплантаций, из них 103 операции по пересадке почки и 2 – по пересадке печени. Ещё 150 трансплантаций было выполнено южноуральцам в федеральных учреждениях (35 пересадок печени, 15 – почек, 6 – сердца и 94 – костного мозга).

– Эти цифры говорят о том, что потребность в таких операциях есть. Поэтому для развития трансплантологии реализуется программа, по которой 25% средств выде-

ляются из федерального бюджета, 75% – из областного, – добавил министр. – Есть и перспективы: мы надеемся, что в следующем году удастся провести пересадку сердца.

По словам академика РАН С.Готье, лист ожидания всех медучреждений, которые занимаются пересадкой органов в России, включает более 4 тыс. пациентов.

– Исходя из мирового опыта, это слишком низкий показатель. Это означает, что далеко не все люди, кому нужна трансплантация, попали в этот список. Он должен быть как минимум раза в два больше, - добавил С.Готье. -В год мы выполняем только тысячу операций. А 3 тыс. человек ждут, и непонятно, сколько будут ждать. К ним прибавляются новые пациенты. Необходимо увеличить число трансплантаций по стране в 10 раз. Тогда мы будем успевать за национальной потребностью в данном виде операций.

По мнению экспертов, проблема здесь не только в материальнотехнической базе и нехватке специалистов. Серьёзным вопросом остаётся отношение россиян к



Награды для пациентов

донорству и готовность жертвовать своими органами после смерти. В целом по России число случаев посмертного донорства составляет всего 3 человека на 1 млн населения (2,6 человек на 1 млн населения в Челябинской области). Выше показатели (более 10 человек) – в Москов, Санкт-Петербурге и Московской области. Для сравнения специалисты приводят пример европейских государств: в Испании

число посмертных доноров на миллион населения составляет 35 человек. При этом 98% испанцев активно согласны стать донорами. В то время как в России ситуация полтивоположная

– Наши пациенты ещё не привыкли к таким операциям, - констатирует главный специалист Минздрава Челябинской области по трансплантологии Алексей Барышников. - Большинство почемуто считает, что гемодиализ - более безопасный способ. А о том, что он приводит к ряду серьёзных осложнений и госпитализации, никто не залумывается. Сохраняются предубеждения и против посмертного донорства. Законодательно врач имеет право спросить у пациента, готов ли он отдать свой орган после смерти. Однако, как правило, за этим следует крайне негативная реакция со стороны родственников пациента.

– Нам нужно сформировать правильное отношение к посмертному донорству, – заключил С.Готье. – Люди должны понять, что органы их родственников ещё могут послужить многим людям, чтобы они могли жить и у них не было горя. В 2015 г. в России было проведено 325 трансплантаций печени, в то время как нужно проводить минимум 2 тыс. таких операций.

Кстати, среди тех, кому нужна помощь, – и дети. В России потребность в трансплантации почек маленьким пациентам составляет 300-400 человек в год. При этом выполняется только 50-70 операций в год.

Наталья МАЛУХИНА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.



Марина Бондаренко поделилась с сыном Мишей своей почкой

#### Тенденции -

Нутритивная поддержка может сыграть значимую положительную роль для детей со злокачественными опухолями в ходе проведения противоопухолевой терапии – об этом было сказано на пресс-конференции, посвящённой клиническому питанию онкологических больных.

Исследование, проведённое на базе Федерального научно-клинического центра (ФНКЦ) детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, показало, что почти все пациенты потребляют лишь половину (и менее) предложенной еды, а большинство имеют исходную нутритивную недостаточность или риск её развития, что может привести к ряду тяжёлых осложнений. В то же время применение клинического питания позволяет улучшить состояние больных. Так, при анализе антропометрических показателей было выявлено, что у детей, полу-

# Правильное питание помощь в лечении

Это надо знать врачам и пациентам

чавших дополнительную нутритивную поддержку, отмечалась положительная динамика, а у детей, которые не получали клинического питания, такой динамики не было, антропометрические показатели снижались.

– Нутритивная энтеральная поддержка позволяет сократить длительность пребывания пациентов с онкологическими заболеваниями в стационаре и палате интенсивной терапии, – сообщил главный врач городского клинического онкологического диспансера Санкт-Петербурга доктор медицинских наук Георгий Манихас. – Оптимально подобранное энтеральное питание обеспечивает поддержание энергетических потребностей организма, а зачастую служит самостоятельным весомым лечебным фактором. К сожалению, пока в России уровень распространённости энтерального питания недостаточен. Также оставляет желать лучшего уровень информированности докторов в данной области. Для создания модели эффективной нутритивной поддержки тяжелобольных пациентов реализуется проект, инициатором которого выступил ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва совместно с Региональным благотворительным общественным фондом помощи детям с тяжёлыми заболеваниями крови.

- Сегодня необходимо максимально широкое распространение данных о клиническом питании

среди врачей и пациентов. - считает генеральный директор центра им. Дмитрия Рогачёва, главный специалист по детской онкологии Минздрава России, академик РАН Александр Румянцев. - Планируется, что в различных регионах страны будут созданы группы нутритивной поддержки. Для врачей, работающих с тяжелобольными пациентами, будет организован специальный обучающий проект. Также необходимо проводить обучающие мероприятия для родственников таких больных, где они смогут получить достоверную информацию о роли питания в процессе лечения и реабилитации пациентов, в том числе - детей с онкологическими заболеваниями.

> Алевтина ЗУЕВА. МИА Cito!

Москва

Открывая заседание, председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко напомнила, что бюджет фонда ОМС на 2017-2019 гг. прошёл процедуру первого чтения в Госдуме РФ, и обратила внимание на базовые параметры финансового документа.

Программа государственных гарантий в августе и в сентябре показывала рост подушевого норматива финансирования всего лишь на 5%, а сейчас это - 10,6%. «Добились мы этого благодаря внесению изменений в бюджет 2016 г.: дотация на сбалансированность федерального бюджета в 2016 г. в объёме 91,2 млрд руб. идёт на покрытие дефицита бюджета фонда и реализацию в 2017-2018 гг. указов Президента РФ в соответствии с «дорожной картой», которая утверждена Правительством РФ», - отметила Н.Стадченко.

В соответствии с этой «дорожной картой» в 2017 г. заработная плата врачей составит 180% к средней по экономике региона, среднего медицинского персонала - 90%, младшего медицинского персонала – 80%; в 2018 г.: 200, . 100 и 100% - соответственно. В 2019 г. будет поддерживаться достигнутый уровень заработной

Особое внимание Н.Стадченко уделила подписанию трёхсторонних соглашений по реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В течение последних 3 лет такие соглашения подписывают главы регионов, министр здравоохранения РФ и руководитель Федерального фонда ОМС, а готовят документы директора территориальных фондов ОМС. Н.Стадченко указала, что в ряде регионов имеются задержки сроков подписания, дисбаланс объёмов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат

Другая проблема, о которой говорила глава фонда, – тарифная политика. Н.Стадченко отметила, что вследствие нарушений требований законодательства ухудшается финансовое обеспечение медицинских учреждений и, как следствие, возникают проблемы доступности медицинской помощи. Особенно страдают от такой тарифной самодеятельности федеральные учреждения здравоохранения, частные клиники и учреждения, расположенные в закрытых территориально-административных образованиях. Председатель фонда ОМС подчеркнула, что со следующего года о выявленных нарушениях в тарифных соглашениях будут информироваться органы прокурорского надзора.

Н.Стадченко особо обратила внимание на поправки в закон об обязательном медицинском страховании, предусматривающие формирование средств в составе нормированного страхового запаса территориальных фондов на финансирование мероприятий по повышению квалификации медицинских работников и по приобретению и ремонту медицинского оборудования.

«Мы сформировали резерв, позволяющий обучать персонал, обновлять медицинское оборудование и производить ремонт медицинской техники. Не секрет, что субъекты испытывают дефицит средств, - отметила председатель ФОМС. - Вместе с тем, у ряда субъектов до сих пор не внесены соответствующие изменения в бюджеты фондов, у других нет планов даже на III квартал. Из 6,5 млрд руб. сформированных средств планы расходования на ОМС: реальность и перспективы

# Зарплата и госгарантиии

Расширенное совещание Совета директоров ФОМС обсудило итоги 2016 г. и предстоящие изменения на плановый период



Ю.Нечепоренко

указанные цели - только на 3,6 млрд руб.

В рамках бюджетного кодекса ФОМС на 2017 г. вправе перекинуть остатки, если на таковые будет предоставлено подтверждение. Не все фонды выдерживают сроки. Нет документов, нет подтверждения – не будет возвратов», - предупредила коллег глава фонда.

Была поднята и такая проблема. Анализ, проведённый специалистами территориальных фондов ОМС, выявил более 60 тыс. представителей силовых ведомств, которые не застрахованы в системе ОМС. Работа территориальных фондов ОМС выявила более 60 тыс. представителей силовых ведомств, не застрахованных в системе медицинского страхования. На сегодняшний день военнослужащие и приравненные к ним лица не застрахованы в системе ОМС, но имеют право на ведомственную медицинскую помощь. Между

тем граждане, поступившие на службу в силовые ведомства, не всегда сдают полисы ОМС, из-за чего в регистре возникает определённая когорта людей. Это вносит определённую путаницу в персонифицированный учёт.

Первый заместитель председателя комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Кононова сообщила: «Деятельности Федерального фонда ОМС в последнее время уделяется повышенное внимание со стороны сенаторов и лично председателя Совета Федерации В.Матвиенко. Потому что сфера здравоохранения является той отраслью, которая наиболее остра для нашего населения».

Сенатор отметила, что одним из сложнейших для регионов расходных полномочий является выплата за неработающее население в фонд ОМС. Она подчеркнула необходимость совершенствования персонифицированного учёта. «Мы совместно с Федеральным фондом ОМС и Минздравом сейчас ведём работу над законопроектом (документ находится в Правительстве РФ и в ближайшее время будет внесён в Государственную Думу), который позволит частично решить вопрос совершенствования персонифицированного учёта, в том числе в части категории военнослужащих и приравненных к ним лиц», - сообщила Л.Кононова.

Подробно на вводимых в законодательство новеллах остановился заместитель председателя ФОМС Юрий Нечепоренко. Он сообщил, что подготовленный законопроект о персонифицированном учёте застрахованных граждан уточняет категорию граждан, не подлежащую страхованию в системе ОМС. В частности, в документе чётко прописано: к «военнослужащим и приравненным к ним лицам» относятся сотрудники МЧС, МВД, ФСБ и ещё 6 федеральных ведомств, с которыми со следующего года ФОМС будет осуществлять информационное взаимодействие. В рамках такого взаимодействия специалисты этих ведомств получат доступ к регистру застрахованных лиц, служащих и приравненных к ним лиц, по сдаче недействительных полисов ОМС в течение 30 дней через подачу заявления в любую страховую медицинскую организацию или территориальный

В ходе своего выступления помощник министра здравоохранения РФ Виталий Флек выделил два ведущих направления до 2025 г.: формирование пациенториентированной модели здравоохранения и создание национальной единой системы здравоохранения, снимающей межведомственные барьеры.

Он также сообщил участникам заседания, что в середине декабря после выхода соответствующего постановления Правительства РФ в Минздраве начнётся анализ проектировок территориальных фондов на 2017 г.

Особое внимание будет уделено территориям, где не сбалансированы программы, где



В президиуме

чтобы обеспечивать контроль за своевременной сдачей своими сотрудниками полисов ОМС. «Порядок доступа к регистру будет установлен Правительством РФ», - проинформировал собравшихся Ю.Нечепоренко.

В законопроекте появляется новая норма «прекращение обязательного медицинского страхования» и вводятся три направления, по которым этот случай наступает: смерть застрахованного лица, прекращение гражданства РФ, переход застрахованного лица в категорию «военнослужащего или приравненного к нему лица». «Все недействительные полисы ОМС страховые медицинские организации, федеральный и территориальные фонды ОМС обязаны будут вывести из единого регистра застрахованных лиц», - уточнил Ю.Нечепоренко.

Кроме того, будет введена ответственность граждан, которые переходят в категорию военносуществует большая разница между утверждёнными нормативами и полученными данными по итогам года.

В.Флек также продолжил поднятую Н.Стадченко тему доступности и качества медпомощи в закрытых территориально-административных образованиях. «Правительство РФ на 2017 г. ставит в приоритет моногорода. Их в России около 500, - сообщил он. – Будет принят план работы с моногородами». По словам представителя Минздрава России, в 2017 г. будут анализироваться мониторинги объёмов и стоимость медицинской помощи в моногородах, а также приближение специализированной помощи к жителям моногородов.

Вице-президент Национальной медицинской палаты Наталья Аксёнова подчеркнула важность диалога медицинских общественных сообществ и ФОМС. Она напомнила, что, по предложению руководства Федерального фонда ОМС, в регионах были созданы координационные советы при многих территориальных фондах ОМС, заключены соглашения по работе с общественными организациями. «Перед нами стоят задачи на всех территориях развития третейского судопроизводства урегулирования споров в досудебном порядке», - отметила она.

В завершающей части совещания выступила член комитета Госдумы РФ по охране здоровья Тамара Фролова, ранее работавшая директором территориального фонда ОМС Тамбовской области. Депутат заявила, что по собственному опыту знает - «нет более исполнительной, чёткой и прозрачной организации, чем фонды ОМС». Она заверила, что будет осуществлять тесный контакт на законодательном уровне с федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Москва

Павел АЛЕКСЕЕВ.

**МИА Cito!** 



Идёт расширенное совещание

Федеральные медицинские центры не должны сосредоточиваться на работе с пациентами только «своей» территории. Ведь на то они и федеральные, чтобы максимальное число жителей России могло получать здесь медицинскую помощь самого высокого уровня. Понятие «доступность» в данном случае приобретает конкретные параметры: 50% от числа пациентов любого федерального медицинского учреждения, не важно, находится он в Москве, Астрахани, Томске или Хабаровске, должны составлять иногородние жители. Это задание Министерства здравоохранения РФ.

Оправдано ли данное решение и выполнимо ли оно в принципе, если федеральная клиника находится вне пределов Центрального федерального округа? Об этом, а также о маркетинге в здравоохранении, принципах добросовестной конкуренции и защите интересов пациента — в интервью доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Андрея ЩУКО, директора Иркутского филиала Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России.

- Андрей Геннадиевич, насколько я знаю, Иркутский филиал МНТК испытывает сложности с исполнением госзадания в части пропорции 50 на 50: половина пациентов - жители Приангарья, а остальные - из других территорий. И, думаю, не только ваше учреждение, но любая федеральная клиника, которая находится не в Москве или Санкт-Петербурге, с этим заданием справиться не сможет. Или я ошибаюсь?

– Отчасти это правда. Но я бы ещё добавил к числу успешно справляющихся с данным заданием федеральные клиники в Южном федеральном округе. Таковы объективные условия: там, где регионы небольшие по площади, а транспортная доступность высокая, жителям не составит труда поехать на лечение из одного города в другой. Например, из Калуги или Нижнего Новгорода в Москву, из Пскова в Санкт-Петербург, а из Кисловодска или Сочи – в Краснодар.

Совсем иная ситуация в Сибири и на Дальнем Востоке, где тоже есть медицинские учреждения федерального подчинения, в том числе филиалы МНТК «Микрохирургия глаза».

К Иркутскому филиалу «приписаны» для оказания специализированной и высокотехнологичной офтальмологической помощи Читинская область, Красноярский край, республики Бурятия, Саха (Якутия), Хакасия и Тыва. За исключением компактных Хакасии и Тувы, остальные регионы представляют собой огромные площади с низкой плотностью населения и разбросанностью населённых пунктов. Чтобы пройти в Иркутске диагностику и лечение заболеваний органа зрения на уровне мировых стандартов, человек должен преодолеть расстояние 1500 км от Норильска до Красноярска, потом ещё тысячу километров до нашего города.

Из Якутска в Иркутск надо лететь 3,5 часа. Если же пациент живёт не в самой столице Республики Саха (Якутия), а в отдалённом районе, то это ещё дополнительные несколько сотен километров. Можно ли назвать такую организацию медицинской помощи «обеспечением доступности»?

Нашим дальневосточным коллегам и их пациентам ничуть не легче. Например, чтобы попасть на лечение в федеральные клиники Владивостока, житель Магадана должен пролететь 2300 км, а житель Анадыря — 3700 км. Немногим короче будет дорога до Хабаровска. От самого северного города России — Певека — путь к федеральной клинике будет ещё дальше, сложнее и значительно дороже.

Но если у пациента есть выбор, где лечиться, то федеральная клиника такой возможности – кого лечить – лишена, ей необходимо соблюсти пропорцию 50 на 50.

- В этом смысле, конечно, в наиболее выигрышном положении федеральные медицинские учреждения, которые расположены в Москве: человек сел в метро за МКАД, и через полчаса он в центре для учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

 Как можно использовать этот опыт федеральных центров в контексте обеспечения доступности медицинской помощи и необходимости выполнять разнарядку «50 на 50»?

– Поясню. Как мы уже сказали, чтобы добраться из Якутии до Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», человек должен потратить много времени и денег. Поэтому республика идёт по пути развития собственной офтальмо-

абсолютных преимуществ МНТК. Это, во-первых, доскональная диагностика органа зрения, значительно более детальная, чем обычно проводится офтальмологическому пациенту. Вовторых, это технологии, которыми владеют учреждения системы «Микрохирургия глаза» и не владеют многие другие профильные клиники: хирургия сетчатки и стекловидного тела, кератопластика, фемтолазерная хирургия катаракты, рефракционная фемтолазерная хирургия. И, конечно, нужно учитывать возможности

не только с диагностикой, но и хирургией.

 Насколько успешны ваши диалоги с министрами здравоохранения в других регионах, «прикреплённых» к Иркутскому филиалу МНТК? Есть ли примеры, когда вам идут навстречу, и примеры обратного?

- Вопрос справедливый, ведь считается, что любой министр заинтересован прежде всего в развитии региональной лечебной сети и будет поддерживать интересы «своих» ЛПУ. Но это предвзятое мнение.

У нас состоялся очень продуктивный диалог с министром здравоохранения Красноярского края Вадимом Яниным, который правильно оценил ситуацию, подойдя к ней объективно. Мы разъяснили, что ни в коей мере не планируем экспансию в Красноярск с целью ущемить интересы местной офтальмологической службы. Но мы можем предложить жителям Красноярского края такие возможности в лечении офтальмопатологии, которых пока нет в регионе. И показали статистику запущенных случаев заболеваний сетчатки и стекловидного тела, с которыми в Иркутск приезжают пациенты из Красноярска.

Причём, сами красноярские офтальмологи направляют к нам далеко не всех пациентов, которые нуждаются в нашей помощи. И такие данные мы тоже представили министру. В итоге он при нас распорядился обеспечить направление пациентов, имеющих медицинские показания, на получение специализированной и высокотехнологичной офтальмохирургической помощи в Иркутский филиал МНТК. Тем более что эта помощь будет для больного бесплатной, поскольку мы работаем в системе ОМС и ВМП.

Недопустимо, когда в борьбе амбиций крайним остаётся пациент. Поэтому мы намерены направлять в региональные министерства здравоохранения информацию о том, что в Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» поступило из этой территории такое-то число пациентов с запущенными формами заболеваний, с осложнениями после неадекватно проведённого на местном уровне лечения. Составить такие справки для нас не проблема, благо в МНТК ещё при Святославе Николаевиче Фёдорове была создана и до сих пор работает система контроля качества, направленная на защиту интересов пациента.

- Всё, о чём вы говорили, наверное, можно использовать для организации работы любого федерального центра - кардиохирургического, нейрохирургического, офтальмологического. К примеру, они могли бы создать свои подразделения в том же Анадыре, Петропавловске-Камчатском, на Сахалине, в Чите и Якутске. Что нужно для реализации этой идеи?

- Необходимо, чтобы Минздрав России позволил нам увеличить штатное расписание, потому что, открывая представительства, мы должны набрать сотрудников. Кроме того, нужно разрешение Минздрава России на приобретение или аренду здания для нового подразделения.

А вот сделать там ремонт и приобрести оборудование мы можем сами, за счёт доходов от внебюджетной деятельности. То есть финансовых затрат федерального бюджета вообще не требуется, только разрешения и организационная помощь, не более того. Во всяком случае, в отношении филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» это именно так.

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

#### Авторитетное мнение

# Принцип «50 на 50»: миссия выполнима

Как обеспечить доступность сложных видов медицинской помощи для пациентов?



столицы. Но если условия заведомо неравные, может быть, имеет смысл говорить о том, что правила игры должны быть пересмотрены?

- В том-то и дело, что сами правила хорошие. Я абсолютно согласен в этом смысле с политикой Министерства здравоохранения РФ: учреждения, в строительство и техническое оснащение которых государство вложило огромные средства и где работают ведущие специалисты, не должны превращаться в обычные областные и краевые больницы. В то же время потенциал многих федеральных учреждений используется далеко не в полную силу. И я имею в виду не клинический, а методологический потенциал.

Любой федеральный центр, в том числе МНТК «Микрохирургия глаза» - это не просто прекрасно технически и технологически оснащённая клиника, но и научная школа, где проводится обучение специалистов и тиражируются лучшие медицинские практики. А если мы говорим о сети учреждений, как в случае с МНТК, они работают по единым стандартам не только лечебно-диагностическим, но и организационным. Продумана и выверена временем вся логистика оказания лечебно-диагностической помощи от момента, когда пациент перешагнул порог филиала, и до его выписки. Причём правильность именно такой логистики доказана не только клинически, но и экономически, что немаловажно

логической базы, у неё просто нет другого выхода. По моему мнению, было бы правильно создавать подразделения филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» в «приписанных» к ним регионах и там тиражировать клиническую и организационную идеологию нашего научно-технического комплекса.

# - Иными словами, создать филиалы филиалов?

– Именно так. Они могут иметь статус отделений, представительств или называться как-то иначе. Главное, что именно таким образом мы действительно решим задачу приблизить специализированную и высокотехнологичную офтальмологическую помощь к населению российских регионов.

Фактически, мы это уже сделали в Якутии на основе личных договорённостей и энтузиазма обеих сторон. Специалисты Иркутского филиала МНТК выезжали туда долгое время с лекциями и мастер-классами для врачей, помогали внедрять технологии, выполнять операции, проводили консультативный приём пациентов. И в настоящее время наши коллеги начали выполнять некоторые сложные операции самостоятельно, на своей базе, которая прекрасно оснащена современным оборудованием.

Остаются Хакасия, Тува, Читинская область и Бурятия. Безусловно, здесь тоже стараются развивать офтальмологию как частные клиники, так и государственные. Но существует ряд

глаза» в прикреплённых к нам регионах. То есть создавать условия не для самих себя, чтобы сидеть-ждать, пока все россияне съедутся к нам и выстроятся в очередь, а для наших пациентов. Я вижу только такой путь, другого нет.

МНТК в приобретении нового

оборудования и внедрении новых

Вот почему имеет смысл раз-

вивать сеть представительств

филиалов МНТК «Микрохирургия

технологий.

 Если я не ошибаюсь, Иркутский филиал фёдоровского центра несколько лет назад уже открыл два таких представительства? Опыт оказался удачным?

- Действительно, первый «филиал филиала» мы открыли в городе Братске Иркутской области 16 лет назад. До этого пациенты из Братска приезжали к нам, но, учитывая, что расстояние до областного центра - 800 км, и транспортные расходы немалые, многие больные затягивали визит к врачу и приезжали уже в запущенном состоянии. Тогда мы совместно с администрацией Братска приняли решение о создании представительства Иркутского филиала «Микрохирургия глаза», которое теперь оказывает офтальмологическую помощь по стандартам МНТК для жителей всех северных районов области. Сейчас мы расширяем там сферу хирургии, кроме операций по поводу катаракты и глаукомы в ближайшее время специалисты в Братске начнут выполнять операции на сетчатке. В целом филиал работает очень успешно, здесь выполняют операции и проводят консультативно-диагностический приём. Благодаря этому очерёдность на лечение в МНТК «Микрохирургия глаза» сократилась, показатель запущенности снизился до минимума, соответственно, уменьшились расходы на лечение таких больных.

Десять лет назад мы открыли лечебно-диагностический кабинет Иркутского филиала МНТК в Улан-Удэ. Это была инициатива Министерства здравоохранения Республики Бурятия, которое понимало: создавать в регионе офтальмологическую службу с нуля будет хлопотнее и дороже, чем воспользоваться опытом федерального учреждения. Теперь первый и самый важный этап – диагностика и отбор на хирургическое лечение - проводится в этом кабинете, и к нам пациенты приезжают только на само оперативное лечение, то есть максимум на 2-3 дня. Но и здесь есть перспектива развития: на мой взгляд, необходимо создать полноценное отделение

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 86 (2025)

Острый аппендицит представляет собой одно из самых распространённых ургентных заболеваний органов брюшной полости (до 89%), которое встречается примерно у 7% популяции разных возрастных групп. Его частота в настоящее время составляет 22,8 на 10 тыс. населения. Несмотря на внедрение в медицину новых технологий, позволяющих с минимальной травматичностью выполнять операции по поводу острого аппендицита, количество послеоперационных осложнений при остром аппендиците остаётся достаточно высоким — 5-9%, летальность неизменно составляет 0,1-0,3%, а на фоне беременности она достигает 3% и остаётся стабильной в течение многих лет. К нерешённым проблемам лечения этого заболевания относят не только позднюю диагностику с возможным развитием тяжёлых осложнений, но и напрасные аппендэктомии. Нередко пациентам, предъявляющим жалобы на периодические боли в правой подвздошной области, производится напрасная аппендэктомия, которая не приносит облегчения, а истинная причина боли остаётся нераспознанной.

«невинных» червеобразных отростков, удалённых во время операций по поводу предполагавшегося острого или хронического аппендицита. Мотивы расширения показаний к аппендэктомии различны. Молодые хирурги заинтересованы в освоении хирургической техники. Заведующие отделениями — в увеличении хирургической активности и улучшении статистических показателей отделения. Оперирующие хирурги — иные мотивы. Напрасная аппендэктомия — не безобидная операция. Истинная причина болей в животе остаётся невыявленной, а необоснованное чревосечение часто оставляет после себя спаечный процесс.

2) малотравматичное выполнение оперативного лечения в тех случаях, когда имеются абсолютные показания к аппендэктомии. В настоящий момент предъявляются строгие требования при диагностике острого аппендицита: своевременное выявление деструктивного процесса, а также необходимо избежать выполнение

17,5%. При сумме в 1-4 балла острый аппендицит исключается с большой долей вероятности и рекомендуется амбулаторный контрольный осмотр через 24 часа. Однако, по мнению А.Дубровского и соавт. (2013), при таком индексе остаётся риск наличия острого аппендицита у 5% больных, поэтому требуется наблюдение в стационаре. При 5-6 баллах необходим клинический осмотр каждые 2-3 часа с повторным исследованием крови через 4-8 часов и применением ультразвукового исследования или компьютерной томографии. При 7-10 баллах диагноз наиболее вероятен, и нет необходимости в проведении дополнительных обследований. Исключение составляют женщины репродуктивного возраста и лица старше 60 лет.

При использовании системы балльной оценки A.Alvarado сложно диагностировать гангренозный аппендицит, имеющий высокий риск развития перфораций, так как в систему включены симптомы, характерные для неосложнённого аппендицита.

До сих пор не существует единой трактов ки термина «необоснованная» аппендэктомия. Можно встретить и другие обозначения этого клинического явления: «напрасная», «неоправданная» аппендэктомия, диагностические ошибки, в англоязычной литературе широко распространён термин «негативная», или «отрицательная». Следует пояснить, какой смысл конкретно вкладывается в эти термины. Одни авторы заключают в это понятие возможные ошибки, которых можно избежать, используя тот или иной метод диагностики. Другие же к необоснованной аппендэктомии относят операцию, когда удаляется неизменённый червеобразный отросток, либо аппендэктомию при катаральной форме острого аппендицита.

Тем не менее, по данным современной литературы, с внедрением лапароскопии частота напрасных аппендэктомий сохраняется на уровне 7-20%, а у детей и женщин детородного возраста частота данных операций может достигать 40%. Учитывая данные особенности, Р.Касимов с соавт. (2013) отобразил частоту напрасных аппендэктомий в литературных источниках, представленных ниже в таблице (табл. 1). В то же время под термином «диагностические ошибки» понимаются ошибки диагностики на различных этапах, приводящие к задержке хирургического лечения, а также неправильному выбору хирургической тактики.

В настоящее время используются два основных способа хирургического лечения острого аппендицита: традиционный (открытый) через лапаротомный разрез в правой подвздошной области и лапароскопический. Наряду с этими способами разрабатываются и внедряются в клиническую практику эндоскопические операции через естественные отверстия организма (N.O.T.E.S. - natural orifice transluminal endoscopic surgery) с применением ригидных или гибких оптических систем. Одним из существенных недостатков гибкого эндоскопа является его нестабильность во время операции, что значительно усложняет визуализацию зоны оперативного вмешательства и траекторию движения инструментов (Branco et al., 2007; Kondo et al., 2009). Таким образом, в настоящее время N.O.T.E.S.-вмешательства не нашли широкого применения.

При обнаружении неизменённого червеобразного отростка во время операции невозможно произвести полноценную ревизию брюшной полости через разрез в правой подвздошной области. Напрасная аппендэктомия может привести к нежелательным последствиям как в раннем (кровотечение, перитонит), так и в отдалённом послеоперационном периоде (вторичное бесплодие

# Роль диагностической лапароскопии в снижении количества напрасных аппендэктомий

у женщин в результате спаечного процесса, возникающего после операции в правой подвздошной ямке и полости малого таза, спаечную непроходимость кишечника, абсцессы брюшной полости, образование кишечных свищей, грыж и др.) Принимая во внимание мировые статистические данные, порядка 40% случаев острой спаечной кишечной непроходимости связана с перенесённой аппендэктомией из лапаротомного доступа в анамнезе, 2/3 операций из которых были выполнены по поводу недеструктивных форм аппенлицита.

Следует отметить, что напрасная аппендэктомия чаще всего выполняется у людей молодого возраста, в связи с этим очевиден огромный вред, наносимый неоправданной аппендэктомией наиболее активной и работоспособной части населения. Именно у этой группы пациентов чаще возникает рецидив абдоминальных болей после аппендэктомии.

Диагностическая лапароскопия позволяет установить точный диагноз острого аппендицита в 95-97% случаев, а при соответствующих показаниях – выполнить лапароскопическую аппендэктомию; у 31,2% – избежать напрасной аппендэктомии при выявлении другой причины болевого синдрома. Следует помнить, что при выполнении диагностической лапароскопии хирург имеет право снять диагноз острый аппендицит только тогда, когда им осмотрен весь червеобразный отросток на всём протяжении – от верхушки до купола слепой кишки.

За последнее десятилетие эндоскопическая хирургия распространилась по всему миру с несомненной пользой для пациентов. Накоплен колоссальный опыт использования видеоэндоскопии в диагностике острого аппендицита, однако целесообразность её широкого применения до сих пор остаётся неким камнем преткновения, так как до сих пор отсутствует единая концепция сберегательного подхода в диагностике и лечении острого аппендицита, которая предполагает:

эктомия может привести к нежелательным последствиям как в раннем (кровотечение, перитонит), так и в отдалённом послеоперационном периоде (вторичное бесплодие показаниям; по-прежнему велика доля

напрасной операции при отсутствии деструктивных явлений.

Этого всего можно избежать с помощью лапароскопии. Однако диагностическая и лечебная лапароскопия в хирургии аппендицита не занимает приоритетного положения, которое ей принадлежит в хирургии желчнокаменной болезни. Зачастую распространению лапароскопии препятствуют хирурги, применяющие традиционный открытый доступ к червеобразному отростку. Мотивы и причины, тормозящие внедрение лапароскопии в хирургию острого и хронического аппендицита, очень часто далеки от этических норм.

На XIV съезде общества эндоскопических хирургов РФ (2011) принята резолюция. Невозможность исключения диагноза острый аппендицит в ходе динамического 6-часового наблюдения за пациентом, а также установленный диагноз являются показаниями к диагностической лапароскопии под наркозом с последующей лапароскопической аппендэктомией. Изолированная гиперемия аппендикса и вторичные изменения его серозной оболочки показанием к операции не являются. При соблюдении этих директивных указаний количество деструктивных форм острого аппендицита должно составлять не менее 90%.

Острый аппендицит приходится дифференцировать почти от всех острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Этому способствуют чрезвычайная вариабельность расположения червеобразного отростка и отсутствие специфических признаков заболевания. Клинические проявления других редко встречающихся заболеваний органов брюшной полости (терминальный илеит, воспаление дивертикула Меккеля и др.) не имеют характерных отличий от признаков острого аппендицита, поэтому правильный диагноз чаще всего устанавливают интраоперационно. По данным И.Ярема с соавт. (2009), при неубедительных симптомах аппенлицита и быстро прохолящем приступе болей диагноз остаётся неясным.

Для облегчения диагностики острого аппендицита и повышения её достоверности предлагаются и применяются различные системы балльной оценки признаков, симптомов и лабораторных данных. Наибольшее распространение из них получила система балльной оценки A.Alvarado, также известная как MANTRELS - Migration to the right iliac fossa, Anorexia, Nausea/Vomiting, Tenderness in the right iliac fossa, Rebound pain, Elevated temperature (fever), Leukocytosis, and Shift of neutrophils to the left (миграция боли, анорексия, тошнота, рвота, болезненность в правом нижнем квадранте, боль при отнятии руки, повышение температуры, лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов влево) - остаётся наиболее используемой во многих странах мира. В диагностическую таблицу этой системы включены 6 клинических симптомов и признаков и 2 лабораторных показателя

Суммирование баллов 8 признаков определяет индекс острого аппендицита. Точность диагностики составляет 82,7-90%, а доля напрасных аппендэктомий – 14,3-

Таблица 2. Система балльной оценки A.Alvarado

<u> </u>	
Симптомы	Баллы
Миграция боли в правую под- вздошную область	1
Анорексия	1
Тошнота, рвота	1
Напряжение в правой подвздошной области	2
Симптом Щёткина - Блюмберга	1
Температура 37,3°C	1
Лейкоцитоз больше 10 000	2
Сдвиг лейкоцитов влево (больше 75 % нейтрофилов)	1
Сумма баллов и вероятность острого аппендицита	Баллы
Острый аппендицит маловеро- ятен	1–4
Острый аппендицит возможен, необходимо наблюдение	5–6
Острый аппендицит наиболее вероятен	7–10

Р.Касимов с соавт. (2013) разработали дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм, основным звеном которого является определение индекса острого аппендицита (ИОА) по шкале (табл. 3), в которой балльные значения признаков в зависимости от их «весовой» значимости просчитаны математически и округлены до целого.

Характеристики данной шкалы: чувствительность – 95%, специфичность – 100%, общая точность – 97,5%, ложноотрицательный ответ – 5,0%, ложноположительный ответ – 0%, положительная предсказанная

Таблица 3. Шкала диагностики острого аппендицита

Наименование признака	Балл			
Лейкоцитоз (уровень лейкоцитов более 8,8 x 109/л)	1			
ЛИИ (по Кальф-Калифу) – бо- лее 1,6	2			
Уровень СРБ – 5 мг/л и более	2			
Температура тела – 37°С и выше	10			
Симптом Кохера – Волковича	10			
Симптом Щёткина	2			
Локальное напряжение (дефанс) мышц	7			
Наличие двух и более аппенди- кулярных симптомов	7			
Сумма баллов и вероятность острого аппендицита	ИОА (баллы)			
Острый аппендицит маловероятен	до 16			
Острый аппендицит вероятен	17-29			
У больного острый аппендицит	30 и выше			

# Таблица 1. Частота диагностических ошибок и необоснованных аппендэктомий

	Автор	Частота диагностических ошибок и необоснованных аппендэктомий, %					
А.Douglas (1997) А.А.Гринберг (1988)  Е.И.Сигал (1998)  А.Н.Пряхин (2005)  Н.А.Ефименко (2007)  Mishra (2008)  Fui Chong (2009)  Л.А.Левин (2009)	12,8						
А.А.Гринберг (1988)		2,3					
F. M. Curson (1009)	женщины	22-47					
⊑.и.∪игал (1998)	мужчины	7-15					
А.Н.Пряхин (2005)		12-31					
Н.А.Ефименко (2007)		33,7					
, ,		24					
Fui Chong (2009)		19,4					
Л.А.Левин (2009)		2,7					
П.А.Ярцев (2010)		34,5					
А.Г.Натрошвили (2010)		12,3					
S.A.Seetahal et al. (201	1)	11,83					

ценность - 95,2%. При 30 баллах и выше авторы считают целесообразным выполнить диагностическую лапароскопию с трансформацией в лечебную при подтверждении диагноза.

Другие авторы проводили исследование, используя компьютерную томографию (КТ) в комбинации с балльной системой по шкале Alvarado с целью снижения количества напрасных аппендэктомий. В связи с этим был разработан диагностический алгоритм при подозрении на острый аппендицит (рис. 1). При этом частота необоснованных аппендэктомий составила 1.3%. При высоких баллах по шкале Alvarado, особенно у мужчин, подтверждали диагноз острый аппендицит в 98,96% случаев, а при использовании КТ - 99,03%. У женщин - 98,96% при оценке по шкале Alvarado, а в сочетании с КТ-данными - 97,52%. Хотя КТ являлась важной составляющей снижения уровня напрасных аппендэктомий, сами авторы не считают данное исследование необходимым для поддержания этого уровня ниже 3%, так как чрезмерное использование КТ может способствовать увеличению количества необоснованных операций.

В трудных случаях большую помощь хирургу может оказать диагностическая лапароскопия, которая, по мнению разных авторов, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений по сравнению с тралиционной аппенлактомией из лапаротомного доступа в правой подвздошной области (с 16,2 до 8,1-4,1%). Применение лапароскопических технологий (О.Луцевич, И.Ярема, 2011) в неотложной хирургии уменьшает на 30% сроки пребывания больных в стационаре, сокращает на треть число послеоперационных осложнений и в 1,5 раза снижает общую летальность.

В настоящее время отсутствуют единые стандарты диагностики и лечения острого аппендицита с использованием лапароскопии, однако лапароскопия является окончательным шагом в диагностике острого аппендицита, когда все неинвазивные метолы исчерпаны, но остаются сомнения в правильности диагноза.

В литературе приводятся противоречивые данные о показаниях и противопоказаниях к диагностической и лечебной лапароскопии при подозрении на острый аппендицит. Предложены различные варианты операционной техники во время аппендэктомии, такие как: обработка брыжейки аппендикса би-, монополярной коагуляцией, использование сшивающих аппаратов или эндоскопических клипаторов. Также применялись различные способы обработки культи червеобразного отростка: клиппирование, наложение лигатуры, использование сшивающих аппаратов.

В проекте «Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого аппендицита» (А.Сажин, 2015) лапароскопическая аппендэктомия представлена хирургическую помощь. Она должна рассматриваться как золотой стандарт у фертильных женщин, а также предпочтительна у больных с ожирением и у лиц пожилого возраста.

#### Материалы и методы

В период 2010-2015 гг. на клинических базах кафедры факультетской хирургии № 1 Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова всем пациентам с подозрением на острый аппендицит выполнялась диагностическая лапароскопия. Всего 241 пациент, 137 (56,8%) из которых женщины и 104 (43,2%) - мужчины. Во время лапароскопии у 164 (68%) пациентов диагноз острый аппенлицит был полтвержлён, а у 77 (32%) – отвергнут. Средний возраст больных составил 26 ± 4 лет.

В диагностике острого аппендицита оценивались жалобы, клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные данные (клинический анализ крови и общий анализ мочи УЗИ органов брюшной полости и малого таза, при котором определялось наличие свободной и отграниченной жидкости в брюшной полости, топография и размер червеобразного отростка, УЗИ-признаки воспаления, а также наличие или отсутствие парааппендикулярного инфильтрата, диагностическая лапароскопия, в ряде случаев которая при наличии показаний переходила в лечебную).

При мобилизации червеобразного отростка его брыжейку коагулировали, используя монополярный эндоскопический коагуляционный крючок, скальпель, работающий на основе ультразвуковой технологи, биполярную электрокоагуляцию, в том числе биполярный коагулятор-диссектор и артикуляционный сшивающе-режущий аппарат. Для обработки культи червеобразного отростка были использованы: эндопетли с узлом Редера, а также артикуляционный сшивающе-режущий аппарат.

Литературная справка:

В НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского (Москва, 2009) для определения оптимального способа обработки культи червеобразного отростка была выполнена экспериментальная работа на 21 лабораторном животном (кролики массой 3-5 кг), при этом в ходе аппендэктомии из лапаротомного доступа культю отростка обрабатывали тремя различными способами: путём формирования двух викриловых лигатур на культе отростка (7 наблюдений), наложения трёх титановых клипс (7 наблюдений) и погружения перевязанной культи отростка в Z-образный шов (7 наблюдений). Значимых гистологических различий в процессах репарации при «погружном» и «лигатурном» методах не выявлено, что делает последний предпочтительным в связи с его простотой и экономией времени. Методика клипирования приводит к длительному поддержанию воспалительного процесса в зоне операции и опасна ввиду возможности миграции клипс с культи отростка, что не позволяет рекомендовать её для использования.

При анализе результатов лапароскопической аппенлэктомии (П.Ярцев. 2010) были выявлены следующие послеоперационные осложнения. После клипирования культи червеобразного отростка в 12% наблюдений при УЗ-исследовании органов брюшной полости был выявлен инфильтрат в зоне операции, что клинически проявилось лишь в 1 наблюдении. На фоне консервативной терапии достигнут полный регресс инфильтрата (клинически и по данным УЗИ). В 0.5% наблюдений отмечено развитие ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, что потребовало повторной операции. В данном наблюдении был использован комбинированный метод обработки основания червеобразного отростка: на культю аппендикса были наложены петля Редера и титановая клипса. При лапаротомии и ревизии зоны первой операции была обнаружена миграция клипсы с культи основания отростка в свободную брюшную полость. Этот факт, наряду с данными экспериментальной работы, ещё раз доказывает ненадёжность метода клипирования культи отростка.

В 2014 г. на кафедре хирургических болезней факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Ростовского государственного медицинского университета в ходе эксперимента на животных (лабораторных крысах) определена эффективность обработки культи слепой кишки различными способами. Для оценки качества регенерации культи слепой кишки после проведения её обработки с применением методик обработки, основанных на использовании монополярного эндоскопического коагуляционного крючка, аппарата Liga Sure и аппарата Ultracision harmonic scalpel, проводились гистологические исследования материала от 3 групп экспериментальных животных. Так, в 1-й группе производилась коагуляция слизистой культи электрокоагулятором, во ?-й использовался аппарат LigaSure и в 3-й – аппарат Ultracision Harmonic Scalpel.

В ходе экспериментального исследования было установлено, что заживление стенки слепой кишки после резекции легированного её «купола» идёт во всех группах путём фиброплазии, но быстрее и надёжнее после воздействия Ultracision Harmonic Scalpel.

Клинический раздел работы, выполненный на базах кафедры хирургических болезней ФПК и ППС (хирургическое отделение городской больницы № 6 Ростова-на-Дону и хирургическое отделение клиники Ростовского ГМУ), основывался на изучении результатов лечения двух сопоставимых групп.

При сравнении результатов лечения пациентов обеих групп установлена прямая зависимость от выбора способа обработки культи червеобразного отростка и частоты гнойно-септических осложнений. При этом частота гнойно-септических осложнений статистически достоверно регистрировалась на более низком уровне у пациентов 2-й клинической группы.

Показаниями к диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит являются:

невозможность исключить острый аппендицит в течение 3 часов при динамическом наблюдении; или придерживаясь правила Коупа (Соре) - если сильная острая боль в животе, возникающая на фоне полного благополучия, продолжается более 6 часов. то требуется срочная операция.

необходимость дифференциальной диагностики с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и малого таза.

Техника выполнения операции. Через иглу Вериша создавался необходимый объём карбоксиперитонеума с поддержанием внутрибрюшного давления на уровне 10-14 мм рт.ст. В первой точке вводился троакар 12 мм. Выполнялась лапароскопия, в ходе которой оценивалось состояние брюшной полости и принималось решение о введении дополнительных троакаров для продолжения ревизии брюшной полости и/или выполнения хирургического лечения (рис. 2). В редких случаях использовалась альтернативная схема установки троакаров (рис. 3).

Первостепенным, при ревизии брюшной полости, являлось визуализация аппендикса на всём протяжении вплоть до его основания, а также купола слепой кишки.

При выявлении плотного аппендикулярного инфильтрата операцию завершали дренированием полости малого таза.

Независимо от состояния червеобразного отростка проводили детальный осмотр желчного пузыря, пилородуоденальной зоны, тонкой и толстой кишки, органов малого таза для исключения другой хирургической или гинекологической патологии, после чего принимали решение о хирургической тактике.

#### Результаты

Анализируя клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные данные установлено, что увеличение количества лейкоцитов в крови определяется наиболее часто в диапазоне 11-14-109/л. Чувствительность УЗ-исследования органов брюшной полости при диагностике острого аппендицита составила 85%. У разных авторов чувствительность данного метода составляет 80,7-95,6%, а специфичность 84,6-97,8%.

При диагностической лапароскопии у 164 (68%) пациентов диагноз острый аппендицит был подтверждён, а у 77 (32%), несмотря на имеющиеся косвенные признаки (лейкоцитоз в крови 10,1-12,7·10<sup>9</sup>/л у 52 (21,6%) пациентов, миграция боли в правую подвздошную область у 18 (7,5%), тошнота/рвота у 12 (5%), напряжение в правой подвздошной области у 48 (19,9%) и комбинацией данных симптомов, имеющие 6-8 баллов по шкале Alvarado, у 68 (28,2%) пациентов – отвергнут, у 18 (23,4%) из которых пациентов были обнаружены другие заболевания органов брюшной полости: терминальный илеит - 3 (3,9%), энтерит – 3 (3,9%), прикрытая перфорация язвы двенадцатиперстной кишки - 2 (2,6%), опухоль толстой кишки - 4 (5,2%), мезентериальный лимфаденит - 5 (6,5%), болезнь Крона - 1 (1,3%). У 12 (15,6%) была диагностирована острая гинекологическая патология, не требующая хирургического лечения. У 37 (48%) пациентов данных за острую хирургическую патологию органов брюшной полости выявлено не было. В наших наблюдениях не было ни одного случая конверсии (перехода к открытой операции).

Таким образом, использование диагностической видеолапароскопии при подозрении на острый аппендицит позволило 32% пациентам избежать напрасной аппендэктомии.

Ввиду того, что у 2,6% случаев была выявлена другая острая хирургическая патология, требующая выполнения оперативного лечения, необходимо выполнять детальную ревизию всех органов брюшной полости даже при наличии воспалительных изменений червеобразного отростка.

## Выводы

Реализация сберегательного подхода в диагностике и лечении острого аппендицита для исключения напрасных аппендэктомий не осуществима без диагностической лапароскопии.

Диагностическая лапароскопия позволяет выполнить тщательную ревизию органов брюшной полости, тем самым определить абсолютные показания к аппендэктомии или выявить другую острую хирургическую или гинекологическую патологию.

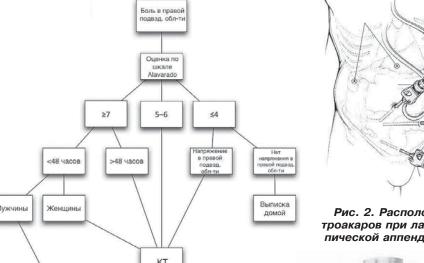
тационарам, оказывающим экстренну хирургическую помощь и оснащённым эндовидеохирургическим оборудованием, при подозрении на острый аппендицит рекомендовано во всех случаях выполнять лиагностическую дапароскопию.

Диагностическая лапароскопия позволяет минимизировать агрессивную хирургическую тактику, приводя к снижению количества напрасных аппендэктомий, тем самым способствуя уменьшению послеоперационных осложнений, что позволяет более рационально использовать средства, выделенные на лечение пациента

Константин МИРОНОВ, доцент. Леван ВАРДАЕВ, доцент, Нана ОДИШЕЛИДЗЕ, ассистент, Илья РОЗУМНЫЙ,

Кафедра факультетской хирургии № 1 Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

ассистент.



абсцесс

Рис. 1. Диагностический алгоритм при подозрении на острый аппендицит

предпочтительным способом минимально инвазивного выполнения аппендэктомии для хирургических стационаров, имеющих соответствующее техническое оснащение и подготовленных хирургов. Целесообразно ставить вопрос о безусловном внедрении лапароскопической аппендэктомии в практику всех стационаров, оказывающих экстренную

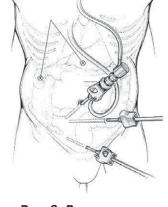
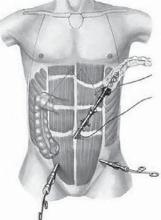


Рис. 2. Расположение троакаров при лапароскопической аппендэктомии



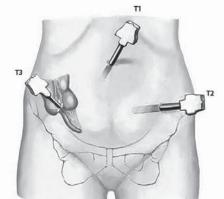


Рис. 3. Альтернативная схема расположения троакаров при лапароскопической аппендэктомии

#### Современные технологии —

В Омском областном клиническом медико-хирургическом центре (КМХЦ) прошёл тренинг-курс «Регионарная анестезия – это просто, эффективно и безопасно». Инициировало это двухдневное научнопрактическое занятие для врачей анестезиологов-реаниматологов и хирургов из лечебно-профилактических учреждений Омска, сельских районов Прииртышья и многих других регионов России Министерство здравоохранения Омской области при участии Омского и Северного (Архангельск) государственных медицинских университетов. И, конечно же, принимающей стороны – медикохирургической клиники.

# Просто, эффективно и безопасно

Когда теория и практика идут рядом



Ассистент кафедры анестезиологии и реанимации Северного государственного медицинского университета Денис Уваров (справа) и врач анестезиолог-реаниматолог Алексей Евсеев из КМХЦ

КМХЦ – ведущее в Омской области медучреждение в сфере применения методик регионарного обезболивания, позволяющих добиться не только качественной анестезии и анальгезии во время и после операции, но и дающих возможность выполнить оперативное вмешательство пациентам с выраженной хронической патологией, когда другие виды анестезии противопоказаны. В частности, проводниковая анестезия обладает наименьшим влиянием на жизненно важные функции организма, в результате чего активизируются и сокращаются сроки реабилитации. В чём наглядно убедились участники тренинг-курса.

Теоретическая его часть была посвящена проблемам и практическим моментам эпидуральной и спинномозговой анестезии, электронейростимуляции при выполнении проводниковых блокад. продлённым методикам регионарного обезболивания. На практической – отрабатывались на фантомах методики УЗИ-навигации, нейростимуляции, комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. Изучаемые в рамках курса регионарные методы анестезии характеризуются достижением обезболивания в определённой области тела при сохранении сознания и самостоятельного лыхания у пациента. К таким методикам относятся спинальная, эпидуральная, проводниковая анестезия и их комбинация. Эти виды блокад получили широкое распространение в травматолого-ортопедической и хирургической практике из-за своей безопасности, эффективности и возможности качественного послеоперационного обезболивания

На теоретических занятиях участникам тренинг-курса были показаны современные образцы анестезиологического оборудования и расходных материалов, а на практических в операционных КМХЦ демонстрировались показательные продлённые проводниковые анестезии с УЗИ-навигацией и электронейростимуляцией. По завершении тренинг-курса «Регионарная анестезия - это просто эффективно и безопасно» всем в нём участвовавшим были вручены соответствующие сертификаты.

 Взаимодействие между специалистами разного профиля, обмен опытом, научными разработками и мнениями, коллективное обсуждение проблем и возможных путей для их решения необходимы для успешного развития анестезиологии, повышения качества и безопасности анестезии, профилактики осложнений, - считает заведующий отделением анестезиологии-реанимации КМХЦ Сергей Бережной. - Поэтому важно проведение подобных тренинг-курсов и мастер-классов и в будущем.

> Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.



Практическая часть тренинг-курса в КМХЦ

# Будущее для человечества

## Весь наш прогресс неразрывно связан с развитием нейронаук

II осенний форум «От фундаментальной нейронауки к практике» прошёл в Научном центре неврологии. Целью этой встречи стало формирование междисциплинарной площадки для эффективного трансфера медицинских технологий в области нейронаук, который России, по мнению экспертов, сегодня крайне необходим.

Открывая форум, директор центра академик РАН Михаил Пирадов отметил, что нейронаука сегодня является будущим всего человечества, в последние годы в ведущих странах были приняты глубоко содержательные программы в этой области. В нашей стране аналогичная программа была окончательно оформлена в этом году. В неё входят исследования нервной системы человека, различных аспектов заболеваний самой нервной системы с направлением не только на нормальную, но и на патофизиологию.

В течение 70 лет учёные центра неврологии изучали больной мозг человека, лечили многочисленных пациентов. Но логика развития нейронаук привела к необходимости изучать и мозг здорового человека, что оказалось очень продуктивным в плане лечения различных заболеваний в области клинической медицины и нормальной нейрофизиологии.

Руководитель нейрохирургического отделения центра Артём Гуща рассказал о том, что нейрохирурги получили в результате развития одного из самых интересных и перспективных направлений - функциональной нейрохирургии. Этот раздел хирургической специальности рассматривает снижение симптомов хронических неврологических заболеваний, что в основном связано с воздействием на периферическую и вегетативную системы мозга. Нейромодуляция и нейростимуляция - вот что функциональная нейрохирургия приобрела в результате развития новых технологий и внедрений за последние 20 лет.

Изменения в хирургических аппаратах сегодня связаны с уточнением направления и точностью введения канюли в головной мозг. Данные KT и MPT позволяют нивелировать все смещения мозга в процессе операции, когда пациент находится под общей анестезией. Деструктивного воздействия на мозг в процессе операции теперь удаётся избегать благодаря применению нейромодуляций, когда ошибка в разрушении участка мозга составляет меньше доли миллиметра, а хирург вместо скальпеля держит в руке компьютерную мышь. Широко используется для операционных диструктивных вмешательств и гамма-нож - «этот раздел радиохирургии может привести к тому, что нейрохирурги могут потерять СВОЮ ЭКСКЛЮЗИВНОСТЬ», - Заметил

Научный сотрудник Сколковского института науки и технологии Михаил Беляев познакомил собравшихся с проблемами больших данных и глубокого обучения в анализе МРТ разных модальностей. Большие данные информации проникли во все области, которые нас окружают. Таким образом, это то, что невозможно обработать на одном стандартном

Исследование одной зарубежной компании, посвящённое хореи Гентингтона, привлекло 140 клиник по всему миру. Внутри базы данных было собрано порядка 200 признаков заболевания. Так, по фенотипу заболевания благодаря полученным данным удалось предсказать его генотип и построить модель относительного возраста пациентов. Более сложными объектами являются данные МРТ и полногеномное секвенирование

В среднем один снимок МРТ занимает объём от 1 до 10 гигабайт. Для каждого заболевания рассматривается порядка 1 тыс. снимков на 20 различных патологий. На взгляд спикера, единственная возможность достичь скорости изучения этого объёма данных интегрировать необходимую информацию из большого числа научных медицинских центров. Разумеется, работа с большими данными ускоряет и улучшает работу памяти, что вполне пригодно, скажем, для программ изучения иностранных языков.

«В чём преимущество генной терапии? Все наши заболевания,

даже травматические, связаны с нашими генами. Если у вас характер холерика, вы быстро побежали, упали, сломали ногу», - так начал своё выступление заведующий отделом генетических основ клеточных технологий Института общей генетики им. Н.И.Вавилова РАН Сергей Киселёв. И генная терапия может потенциально устранять причину заболевания, а не симптомы, которые в основном лечатся сегодня.

Один геном в одной клетке - это 3 гигабайта объёма информации. А таких клеток у человека 5 на 1013. Но с небольшими фрагментами генома сегодня работать можно. За счёт генной терапии можно повысить долю необходимых генов путём их доставки в клетки организма. Так было при лечении болезни Паркинсона, когда применялся дофамин, эффективность которого составляла всего 50%. Но недавно был применён аденовирусный вектор, который кодировал необходимый ген и встраивался в 19-ю хромосому человека без вреда для пациента. Эта методика хорошо зарекомендовала себя и при лечении хореи Гентингтона и других видов неврологических заболеваний.

Сегодня возможно перевести любую соматическую клетку организма в эмбриональное состояние. А эмбриональные стволовые клетки, как известно, универсальны, и из них можно получить любой тип клеток. Если v пациента есть нейродегенеративное заболевание, можно из его костной ткани получить фибробласты и стволовые клетки. А используя «больные» клетки, возможно изучить механизм заболевания и подобрать необходимые лекарственные препараты.

Также на форуме были рассмотрены такие актуальные вопросы, как возможности финансирования проектов в нейронауках и их нефинансовые инструменты поддержки. В заключении были подведены итоги конкурса прикладных идей «УМНИК» среди молодых учёных

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

# Интернет — лучший доктор?

декс изучили поисковые запросы, касающиеся здоровья, медицины и лекарств. Они проанализировали, по каким запросам показывались сайты из медицинских рубрик системы Яндекса за период с сентября минувшего года по август нынешнего.

Здоровье, что примечательно, одна из самых популярных тем для поиска в сети. Каждую минуту в Яндекс отправляется более 5 тыс. запросов, касающихся лекарств, болезней, симптомов, поиска врачей, поликлиник и многого другого.

Около трети всех запросов (34%) связаны с лекарствами пользователи интересуются не только медикаментами, но и травами, пищевыми добавками, гомеопатическими средствами всем, что обладает или может обладать лечебными свойства-

Специалисты компании Ян- ми. Впрочем, гомеопатией люди количество тематических запроинтересуются меньше всего - ей посвящено лишь около 0,4% запросов.

В запросах часто упоминается конкретное заболевание или симптомы болезни. Чаще других встречается кашель, и он, например, более чем в три раза популярнее насморка. Как и следовало ожидать, больше всего запросов про кашель и насморк пришлось на месяцы, традиционно связанные с повышенной заболеваемостью ОРВИ - пик таких запросов пришёлся на январь.

К весне эпидемия идёт на спад, люди готовятся к отпуску. В апреле одними из популярных стали запросы, касающиеся диет и правильного питания - пользователи активно худели к лету. В январе и перед новогодними праздниками диеты интересовали людей гораздо меньше. В мае лидирующей темой стала аллергия. Летом люди болели реже и, соответственно,

сов снижалось. Больше всего запросов о здоровье было зафиксировано в марте.

Около 16% всех запросов связано с поиском врачей различных специальностей или медицинских организаций разнообразного профиля: чаще всего пользователи интересовались детскими лечебными заведениями, стоматологиями, а также женскими консультациями и роддомами.

Каждый пятый запрос, касающийся здоровья, содержит упоминание конкретной части тела. Запросы о детском здоровье чаще связаны с зубами, а пользователи, интересующиеся фитнесом, упоминают мышцы. При поиске конкретных заболеваний чаще других интересует матка, сердце и печень.

Алина КРАУЗЕ.

**МИА Cito!** 

Итоги и прогнозы

# Рак пятится... вперёд

# Рост онкологической патологии вызывает серьёзную тревогу

Юбилейный XX Российский онкологический конгресс, организованный Российским онкологическим научным центром им. Н.Н.Блохина (РОНЦ) и Российским обществом клинической онкологии под эгидой Ассоциации онкологов России состоялся в Москве. В конгрессе приняли участие более 5 тыс. специалистов, 500 из которых выступили с сообщениями и докладами. В рамках мероприятия прошло более 90 научных заседаний и симпозиумов.

Ежегодный научный обзор

любой клинической специализации тем более необходим, поскольку. по прогнозам ВОЗ, число больных онкологическими заболеваниями к 2030 г. увеличится на 69%, число умерших от рака превысит 13 млн человек, – открыл форум директор РОНЦ, главный онколог Минздрава России, академик РАН Михаил Давыдов. – Вот уже 20 лет прошло с момента проведения первой онкологической конференции, которая раньше легко умещалась в конференц-зале РОНЦ. По мере нарастания опыта проведения этих конференций, увеличения интереса к проблемам онкологии мы нарекли данное мероприятие онкологическим конгрессом. Сегодня мы видим, какой успех этот конгресс имеет у профессиональной аудитории и собирает ежегодно более 4 тыс. онкологов и специалистов смежных специальностей со всей России, а также ближнего зарубежья. Сегодня это ожидаемое, значимое событие в нашей профессиональной жизни. вклад которого в развитие онкологической службы нашей страны сложно переоценить. Конгресс стал настоящей площадкой для обсуждения наиболее острых и актуальных вопросов диагностики и лечения злокачественных новообразований, а также различных проблем организации и финансирования онкологической службы России.



М.Давыдов

В рамках сессии памяти выдающегося отечественного онколога академика Николая Блохина выступил председатель Российского общества клинической онкологии. заместитель директора РОНЦ по научной работе профессор Сергей Тюляндин с докладом «Глобальный взгляд на проблемы онкологии».

– Онкологические заболевания – это не только проблема развитых стран, их количество стало увеличиваться и в странах Азии и Латинской Америки в связи с возросшей продолжительностью жизни. Если в 2012 г. было 14 млн заболевших, то к 2020 г. прогнозируется 21 млн, отметил С.Тюляндин. - Должен сказать, что часть злокачественных опухолей мы можем весьма успешно профилактировать. Сегодня мы обладаем большими возможностями по оказанию эффективной помощи онкологическим больным. С моей точки зрения, онкологическая служба должна быть встроена в систему национального здравоохранения. К сожалению, существуют серьёзные барьеры на пути оказания онкологической помощи на уровне стран. Это коррупция и недофинансирование системы

здравоохранения. Например, в позапрошлом году Россия выбыла из списка стран с высоким доходом и находится на предпоследнем месте по уровню финансирования государства на здравоохранение, и это в течение 3 последующих лет только ухудшится, поскольку расходы на здравоохранение сократятся ещё на 32%. Если посмотреть расходы здравоохранения за 2014 г., то всего было потрачено 893 долл. на одного гражданина РФ. Из них 46% человек тратит из собственного кармана и только 464 долл. - доля государства. Это в 6 раз меньше, чем в среднем в Европе.

При этом, что характерно, по прогнозам ВОЗ, смертность от неинфекционных заболеваний должна быть снижена к 2025 г. на 25%. Тем не менее в нашей стране нет национальных стандартов лечения неинфекционных заболеваний, не существует национального ракового регистра и национальной программы противораковой борьбы.

В свою очередь М.Давыдов выступил с докладом «Хирургическое лечение онкоурологических заболеваний: чего мы добились за 20 лет и куда идём?».

- Несмотря на стремительное развитие химиотерапии и появление принципиально новых методик лучевой терапии, хирургический метод остаётся краеугольным камнем лечения абсолютного большинства онкоурологических заболеваний, - заявил академик. -Несмотря на сохранение основных принципов оперативной онкологии, за последние 20 лет ряд принципиальных позиций хирургической онкоурологии претерпел существенные изменения. С одной стороны, совершенствование диагностических методов и пропаганда самоценности здоровья привели к миграции стадии большинства опухолей мочевых путей и мужских половых органов в сторону увеличения частоты выявления клинически локализованных форм. С другой стороны, появление новых шовных материалов, сосудистых протезов, гемостатических композиций, диссекционно-коагуляционного оборудования, а также стремительное развитие анестезиологических методик и интенсивной терапии позволило разработать и внедрить расширенные и комбинированные хирургические вмешательства при ранее считавшихся неоперабельными местно-распространённых опухолях.

Хирургическое вмешательство, по словам М.Давыдова, представляет собой один из наиболее эффективных методов лечения онкоурологических заболеваний. Современное лечение таких больных возможно только в условиях крупных специализированных центров и не должно осуществляться в клиниках общего профиля.

В рамках конгресса прошла церемония награждения. Дипломы «За выдающийся вклад в развитие российской онкологии» получили профессор Наталья Переводчикова (Москва), профессор Август Гарин (Москва) и профессор Владимир Семиглазов (Санкт-Петербург).

> Иван МАГЕР. корр. «МГ».

## Деловые встречи ——

# Коварство резус-конфликта

Новые возможности ультразвукового оборудования

IV Уральский съезд специалистов ультразвуковой диагностики прошёл на базе Южно-Уральского государственного медицинского университета. Это крупное событие в мире медицины. В его работе приняли участие ведущие специалисты ультразвуковой диагностики со всей России, которые обменялись информацией о последних мировых достижениях УЗИ.

Научная программа съезда включала пленарные и секционные лекции, секционные научные сообщения, «круглые столы», симпозиумы фирм. Также в рамках съезда прошла международная выставка, на которой отечественные и зарубежные компании представят новейшие разработки ультразвукового диагностического оборудования.

В преддверии съезда в челябинском перинатальном центре прошла показательная высокотехнологичная операция по внутриутробному переливанию крови плоду при резус-конфликте. Такие операции, по словам главного специалиста по перинатальной диагностике Минздрава Челябинской области, заведующего отделением ультразвуковой диагностики областного перинатального центра Юрия Шумакова, проводятся здесь регулярно. Их внедрение в практику стало возможным благодаря современному ультразвуковому оборудованию.

Резус-конфликт – прямая угроза здоровью и жизни ребёнка. При резус-конфликте происходит разрушение эритроцитов крови плода, что приводит к развитию анемии, повреждению почек и головного мозга малыша. В более лёгких случаях это грозит желтухой, анемией или водянкой новорождённых, в тяжёлых – внутриутробной гибелью плода. Внутриутробное переливание крови - это замена крови плоду под ультразвуковым контролем. Это наиболее эффективный метод лечения гемолитической болезни плода, возникающей из-за несовместимости крови матери и ребёнка.

«Это не единственный вид внутриутробной хирургии, которым владеют врачи перинатального центра, - подчёркивает заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова. - Они также оперируют при фето-фетальном трансфузионном синдроме - когда при многоплодной беременности у плодов возникает диспропорциональный кровоток, из-за этого погибнуть может как донор, так и реципиент».

Операции по внутриутробному переливанию крови впервые были внедрены в Челябинской области в 2009 г. Их проводят при иммуноконфликтной беременности. Раньше подобный диагноз считался приговором, и дети погибали, ещё не появившись на свет. В центре проведено около 160 операций, благодаря которым 150 детям удалось спасти жизнь.

Челябинский перинатальный центр входит в семёрку российских клиник, которые делают подобные операции, ведь для них важно не только высококлассное оборудование, но и навыки врачей. В данном случае операция по внутриутробному переливанию крови плоду пример того, как УЗИ-технологии позволяют решать самые сложные медицинские задачи.

> Мария ХВОРОСТОВА, внешт. корр. «МГ».

## Дословно –

# «Предрасположенность» к олимпийской медали

## Генетические анализы подсказывают потенциал человека

В российско-итальянской лаборатории медицинской генетики Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого проводятся исследования генетической обусловленности не только орфанных и распространённых неинфекционных заболеваний, но также степени развития тех или иных физических и психических качеств человека. По мнению руководителя лаборатории, доктора медицинских наук Анны Черновой, такие знания приобретают всё большее значение:

- Человечество сталкивается с новыми факторами среды, никогда не встречавшимися на протяжении всей его эволюции, а также испытывает всё возрастающие нагрузки социального и экологического характера, в связи с чем становится более очевидной ранее скрытая генетическая изменчивость людей.

Согласно современным представлениям молекулярной генетики, индивидуальные различия в степени развития тех или иных физических и психических качеств человека во многом обусловлены ДНК-полиморфизмами. К настоящему моменту известно около 140 генов, полиморфизмы которых ассоциированы с развитием и проявлением физических качеств человека, а также морфофункциональными признаками и биохимическими показателями, которые изменяются под воздействием физических нагрузок различной направленности.

Красноярские генетики занимаются не только теорией, они стараются найти практическое применение полученным знаниям. Например, использовать результаты генетических анализов при прогнозировании выбора человеком профессии или вида спорта. Как поясняет Анна Чернова, генетика даёт толкование сразу по трём

позициям: позволяет определить потенциал человека в той или иной области, его результативность в этом направлении, а также предрасположенность к заболеваниям. которые могут быть ассоциированы с каким-либо видом деятельности.

Именно перспектива использования генетических прогнозов в области профориентации и спортивной медицины объединила учёных КрасГМУ с коллегами из Полесского государственного университета (город Пинск, Республика Беларусь). Во время недавнего визита в Красноярск проректор по научной работе ПГУ, доктор медицинских наук, профессор Николай Кручинский, специалист в области медицинской генетики и медицинской реабилитации, подчеркнул, что генетическая диагностика не может изменить привычный ход вещей, но она даёт важную дополнительную информацию о том, как более эффективно использовать врождённый биологический и психологический ресурс конкретного

Например, можно определить «предрасположенность» к какимлибо профессиям, связанным с повышенным стрессом, или, напротив, отсутствие такой «предрасположенности». Подобная оценка весьма важна, когда речь идёт о выборе профессии хирурга, спасателя, лётчика или водителя большегрузных автомобилей. Такой же анализ, считают ученые, может дать ответ на вопрос, каким видом спорта человеку есть смысл заниматься, а в каком он не добьётся даже малейших успехов. К примеру, одному «на роду написано» хорошо проявить себя в игровых, другому - в сложно-координационных (к ним относятся прыжки на батуте, художественная гимнастика), третьему - в циклических (бег, плавание, биатлон), а четвёртому лучше сразу уйти из спортзала и учиться вышивать крестиком. Самое интересное, что такое генетическое исследование можно проводить в любом возрасте, и результаты его будут неизменны всю жизнь.

Пока это лишь цели совместного исследования генетиков КрасГМУ и ПГУ, но результаты - готовые диагностические технологии здесь планируют получить уже в недалёком будущем.

> Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Челябинск

В интернете я обнаружил следующее определение понятия «культура речи»: владение языковой нормой устного и письменного языка, а также умение использовать выразительные языковые средства в разных условиях общения. В культуру речи включается также регулирование тех речевых явлений и сфер, которые не входят в канон литературной речи и систему литературных норм, то есть всего письменного и устного общения. Владение культурой речи разделяют на «правильность речи» (соблюдение литературной нормы) и «речевое мастерство» (умение выбора наиболее стилистически уместных, выразительных или доходчивых вариантов). Эталоном культуры речи признаётся литературный язык, понимаемый, прежде всего, как язык художественной литературы.

Суждения о культуре речи содержат много идеологических и философских деклараций; связываются с общей культурой человека, любовью к языку, культурными традициями народа. Естественно, что на культуре речи человека, его языковом богатстве не может не сказываться и профессия. Медицина в этом отношении не исключение, тем более, что она является массовой отраслью и зиждется на теснейшем и эмоционально значимом общении врача и пациента.

отношениях доктора и пациента? Приёмы отца, хотя минуло уже много десятилетий, содержат убедительный ответ на этот современный вопрос: индивидуализированное совмещение обоих подходов, всегда выбирая то, что лучше для данного пациента.

У отца выработались общие принципы обследования больного, которых он неизменно придерживался. Прежде всего неторопливая и тактичная беседа с пациентом, когда он вникал и в его личность, и в его болезнь. Чувствуя внимание и неподдельную заинтересованность доктора, больной проникался доверием и полностью раскрывался в своём анамнезе, жалобах, сомнениях, и тогда уточнялись пути

железы, и в депрессии близкая к суициду, вышла от него окрылённой и улыбающейся.

Если выяснялось, что в основе болезни лежит органика – рассеянный склероз, сирингомиелия, последствия энцефалита или черепно-мозговой травмы, отец, оставаясь психотерапевтом (любой врач, независимо от специальности, всегда обязан им быть), нацеливал на продолжительное лечение.

Больные хроническими заболеваниями часто становились друзьями нашей семьи. Услышав суждения и испытав врачебное воздействие отца, они уже тяготели только к нему, становясь партнёрами по преодолению болезни. И отношевия надо развивать в себе культуру речи, своё языковое богатство.

Что для этого надо сделать? Прежде всего – желать и стараться. А путей много, и ведут они к одной цели. Важно не забрасывать чтение, меняя его целиком на визуальную информацию. И, наряду, разумеется, с книгами и статьями по специальности, читать художественную литературу, предпочтительно классиков. Я, например, вот уже много лет читаю-перечитываю Чехова, у него хватает и медицинских сюжетов, а главное - какой бесподобный русский язык, несущий удивительную красоту и убедительность при изложении самых сложных душевных ситуаций. Кстати, на мой вкус ещё сильней

#### Не только профессионализм

Бесспорно, в оценке врача главное - его профессиональные знания, умения и опыт. Однако, пожалуй, не менее важны личностные качества, нравственный уровень, общая культура. И среди них отдельного внимания заслуживает культура речи, в которой проявляется качество общения врача и с пациентами, и с коллегами. Между тем культура речи медицинского работника повсеместно падает. Тому виной и ряд современных обстоятельств, таких как ускорение темпа жизни, повсеместное внедрение высоких технологий, нарастающий переход к табличным и цифровым ответам в школе и вузе, всеобщая замена чтения на видеоинформацию.

Мало читающий человек обычно обделяет себя в речевом богатстве. Ныне неизменной частью образования на всех его уровнях перестали быть красноречие, риторика, гомилетика, ораторское искусство вообще. А жаль! Всё-таки, человеческий язык выразительнее морзянки, а главное – так необходим и значим в общении, особенно врача с пациентом, разумеется, с высоким коэффициентом искренности.

Именно речь доктора разъяснит, убедит, успокоит взволнованного болезнью человека, придаст ему веру и силы в опасных для жизни ситуациях. Наша речь – не только врождённое производное, но зависит, и особенно её культура, от среды, воспитания, примеров для подражания, если хотите. Мне повезло. На моём жизненном пути вовремя встретились непревзойдённые образцы высокой культуры речи и неотъемлемого от неё поведения врача. Раньше всего и всех – отец, профессор-невролог.

Он в совершенстве владел речью оратора, лектора, ведущего клинические обходы и разборы и, конечно, был мастером индивидуальной беседы с пациентом. Чтобы получить представление, насколько это значимо для больных, достаточно привести отрывок из письма к нему одной из них: «...Я влице Вашем видела доктора-друга, который облегчал мои физические и моральные страдания. Вы как-то по-особому сумели перестроить моё отчаяние, мои мысли, желания, полные пессимизма, на лад опти-

### Этика и деонтология

# О культуре речи врача

# Словом можно ранить, словом можно вылечить



Врач лечит и словом

мистический. Ваши слова находили отклик в моей душе. Ваш тёплый подход, ваша любовь к больным, заинтересованность и преданность трогают нас очень, делают Вас близким, родным больного, его страданье – есть Ваше страданье, его радость – Ваша радость. Ваша чуткость безгранична...»

Ещё школьником я видел, какими приходят и какими уходят от отца пациенты. В свои отпускные наезды я помогал отцу в приёме больных. Он доверял мне исследовать неврологический статус, что по причине пребывания в постели из-за тяжёлой болезни ему было недоступно. Эта возможность присутствия «от» и «до» оказалась весьма значима в моём врачебном становлении, манере общения с больными, практическом и философском подходе к проблеме врач-больной.

#### С индивидуальным подходом

Сейчас обсуждается, что правильнее и продуктивнее: патернализм или партнёрство во взаимо-

индивидуального лечебного воздействия.

Если в ходе обследования становилось очевидным доминирование психогенных факторов и обусловленных ими функциональных расстройств, отец включал всю мощь своего психотерапевтического мастерства и искусства. И лицо, и личность профессора, и проникновенный глубокий голос, объяснявший суть болезни и её прогноз, успешно делали лечебное дело. Он умело сочетал понятные для пациента рассуждения и внушение, смещая акценты в ту или другую сторону, в зависимости от характериологических особенностей человека.

Больные уходили сияющими, преображёнными, а порой и полностью излеченными. На моих глазах, подобно апостолу Павлу (вспомните картину XVI века Бернардо Строцци «Апостол Павел исцеляет паралитика»), отец вернул силу и движения левым конечностям пациента со стойким истерическим параличом. В другой раз я был свидетелем, как немолодая интеллигентная женщина, решившая, что у неё неизлечимый рак молочной

ния «врач-больной» постепенно перерастали в отношения друзей с трогательной взаимной заботой, переходившей и на их детей.

Мне посчастливилось трудиться с талантливыми клиницистами-неврологами Юлием Коноваловым и Николаем Смирновым, нейрохирургами Александром Коноваловым и Александром Потаповым. При всём различии врачебных манер, их характеризует высокая культура речи, образность, доходчивость и языковое богатство в общении, особенно с больными, разъясняющие, обнадёживающие и мобилизирующие усилия личности.

### Цель - завоевать доверие

Доктору надо быть готовым к встрече и с очень начитанным пациентом, который некритично «перелопатил» все справочники, энциклопедии и интернет, и с мало или ничего незнающим о своей болезни. Понятно, что язык общения с ними должен быть разным. Но в этом и состоит искусство врачевания – в любой ситуации завоевать доверие пациента с тем, чтобы эффективней помогать ему.

Больной ждёт от нас прежде всего слов искреннего сочувствия и надежды. И наша культура речи, её убедительность и доходчивость несёт в этом отношении важнейшую нагрузку. Уклоняющиеся от неё коллеги, скрываясь за картинной ясностью диагноза, не просто ленятся, а явно недодают пациентам, недовыполняют столь необходимый профессиональный долг и привыкают к подобному

Человек, а тем более врач, владеющий словом, чувствует себя гораздо уютней и полезней на этом свете. И каждому из нашего сословпечатляет и запоминается Антон Павлович при чтении вслух. Манера общения героев Чехова, язык их рассуждений и убеждений невольно в какой-то степени влияют и на культуру моей речи.

Естественно, необходимо бывать (и слушать!) на различных конференциях и симпозиумах, улавливая не только содержание лекций и научных докладов, но сравнивая (и учась!) убедительность и изящество языковой аргументации, эмоциональность и яркость речи. Следует шире выступать в дискуссиях, оттачивая соответственный стиль доказательности отстаиваемых положений. И, конечно, ничто не заменит активного участия в повседневном клиническом обсуждении больных с коллегами. Пожалуй это лучшая школа, которая готовит врача к его главному речевому предназначению - общению с пациентами один на один.

Столь же значимы и разговоры с родными и близкими страдальца. Врач, обладающий культурой речи, всегда сумеет избежать многих тяжёлых недоразумений и конфликтов и превратить беспокоящихся родственников в союзников на сложном пути выздоровления. Надо только не жалеть слов и времени, несмотря на собственное утомление и переутомление. Но именно тогда приходит профессиональное и человеческое удовлетворение от преданности врачебному долгу. Культура речи в этом большой помощник!

Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии России. Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

#### Horocmi

Учёные Института цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук (Новосибирск) в ходе совместных исследований с коллегами из Института клеточной нейрофизиологии Высшей медицинской школы Ганновера (Германия) выявили феномен взаимодействия между серотониновыми рецепторами разных типов. До сих пор считалось, что эти рецепторы абсолютно независимы друг от друга.

Генетики и нейрофизиологи сосредоточились на исследовании первого и седьмого рецепторов. Были получены косвенные до-

# Седьмой поможет первому

казательства того, что два эти рецептора каким-то образом связаны друг с другом: по некой пока не ясной причине при инактивации седьмого рецептора первого также становилось меньше.

- Известно, что первый рецептор является регулятором серотониновой системы. А седьмой, более молодой в эволюционном плане, участвует в терморегуляции, в регуляции пищевого поведения, циркадиан-

ных ритмов и других процессах. И если седьмой рецептор жёстко «контролирует» более древний и решающий в серотониновой системе первый рецептор, то гипотетически он также может принимать участие в регуляции различных форм нормального и патологического поведения. В наших планах – исследовать роль седьмого рецептора в этих процессах, – поясняет полученные результаты заведующий лабораторией нейрогеномики

поведения Института цитологии и генетики доктор биологических наук Владимир Науменко.

Как подчёркивают в Сибирском отделении РАН, новое знание о работе серотониновой системы открывает новые возможности в лечении ряда психических расстройств, а именно агрессии, шизофрении и депрессии. Феномен взаимодействия рецепторов может быть использован при разработке новых лекарственных препаратов, считает В.Науменко.

К примеру, если пациент оказывается не чувствителен к антидепрессанту, мишенью которого является первый рецептор, то, зная механизмы взаимодействия серотониновых рецепторов, можно будет с помощью новых фармакологических средств повлиять на первый рецептор через тот же седьмой.

Елена ЮРИНА. МИА Cito!

Новосибирск.

## Почему бы и нет? —

# Божий дар

## «И навёл... на человека крепкий сон» Бытие 2:22

У Асклепия, бога врачевания, было две дочери - Гигиея, или «здоровье», и спасительница всех скорбящих Панагия, имя которой дало панацею.

Одним из священных мест культа Асклепия был городок Батонея, что в 20 км к западу от Стамбула на берегу озера Кучук. Неудивительно поэтому, что именно там археологи раскопали «производство» панацей, которые затем разливались по глиняным сосудам-бутылочкам. Анализ показал, что в бутылочках держали азотсодержащий антидепрессант метадон с двумя бензольными кольцами и сердечное средство фенантрен, содержащее три кольца. Вещества растительного и животного происхождения широко применял Диоскорид, уроженец города Мерсин в Турции, оставивший 5 томов своей «Периилис Ятрикис» (сравни: ятрогенный). Труд его более известен под латинским названием «Материя медика», что неудивительно, поскольку грек служил в армии Нерона.

Гипнос и Морфей наводили сон, а для обезболивания греки и римляне использовали знаменитый мак Papaver somniferum - «несущий сон». Четверть века назад был открыт первый ген циркадного ритма, получивший название Clock, то есть «часы», после чего была выявлена роль в регуляции сна и бодрствования ещё 20 генов. Проблема, однако, в том, что ни один из их белковых продуктов напрямую на сон не влияют. Вот почему некоторое удивление и удовлетворение вызвало открытие двух новых генов, сделанное сотрудниками университетов Техаса и Цукубы, что около Токио.

Известно, что сон представляет собой смену REM (Rapid eye movements) и nonREM-фаз. Считается, что в фазе быстрых движений глаз человек видит сны, а мозг консолидирует память. Если человеку не дать досмотреть сны, то он после пробуждения чувствует себя невыспавшимся. Такие же фазы есть и у мышей, чем и воспользовались учёные, которые провели скрининг более 8 тыс. животных, выявивших «сонных» и «бессонных (Sleepy, Dreamless). У особей этих групп были выявлены нарушения в генах, кодирующих синтез



Родон (Rhodiola rosea), наряду с черникой применявшийся Диоскоридом Un Virginia

стимулирующих активность белков фермента и натриевого канала (проведение ионов натрия по нему в клетки возбуждает её). У мышей первой группы на 50% увеличивалась продолжительность фазы «без снов» (nonREM), а у другой уменьшалась длительность фазы REM, продолжительность которой в норме достигает 25%.

Сон, как известно, притупляет физическую и душевную боль, недаром говорят, что утро вечера мудренее. Авторы полагают, что гены циркадного ритма и два их дополнительно найденных регулируют не только мозговую активность, но и смену ритмов всех органов и тканей организма. С этим согласны их английские коллеги из Манчестерского университета, которые смогли путём тюнинга одного из мозговых ритмов снизить болевые ощущения (вспоминается телемост, по которому «специалист» из Москвы уговаривал женщину на операционном столе в Тбилиси перетерпеть боль). Специалисты Исследовательской группы человеческой боли в Манчестере исходили из недавно выявленной закономерности, согласно которой альфа-ритм с частотой

9-12 циклов-колебаний/сек подавляет болевые импульсы, приходящие в мозг.

Учёные исследовали влияние альфа-волн «биотоков» мозга, генерируемых в его лобных долях, на процессинг болевых сигналов в других его частях. Затем они стали генерировать больше альфа-волн для подавления боли, испытываемой людьми в разных условиях и состояниях. Делалось это с помощью очков со светодиодами, «пульсирующими» в альфаритме, а также стереонаушников, через которые подавались звуки с той же частотой. Оказалось, что визуальные и аудиостимулы существенно снижают ощущение и интенсивность боли, вызываемой лучом лазера, направленного на тыльную сторону предплечья. Авторы полагают, что тем самым открыт новый и дешёвый способ снижения хронических болей, испытываемых людьми с тем же неировоспалением, в ходе химиотерапии у раковых пациентов и страдающих фантомными болями.

> Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук. По материалам Greek Reporter, Nature.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)

> приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

- √ уролога
- ✓ оториноларинголога
- эндокринолога
- ✓ кардиолога ✓ педиатра участкового.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ терапевта участкового
- ✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё. Контактные телефоны:

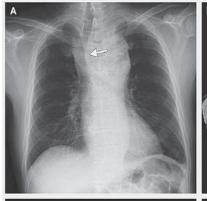
8 (34675) 3-41-20 - отдел управления персоналом 8 (912) 080-80-48 - заместитель главного врача по поликлинической работе

8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству. Официальный сайт: совбольница.рф

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО - Югра 628240. Резюме направлять по e-mail: sovhospital@совбольница.pф Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.совбольница.рф

## Особый случай ————

# Аортит, вызванный Salmonella enterica. Образ патологии









У 66-летнего мужчины, страдающего артериальной гипертензией, в течение последнего месяца отмечалась лихорадка. и в последние 4 дня появилась охриплость.

Со слов больного, у него не было боли в груди, кашля или одышки. Был подъём температуры до 38,7°С, но при врачебном осмотре отклонений не было выявлено. В анализе крови было повышенным количество лейкоцитов, а при рентгенологическом исследовании отмечено расширение дуги аорты с м трахеи вправо (рис. А стрелка). КТ грудной летки выявила псевдоаневризму дуги аорты (рис. В и С, стрелки), окружённую большим количеством газа (рис. В. С и D, головки стрелок). Было начато лечение пиперациллин-тазобактамом. В культуре крови получен рост Salmonella enterica. Был поставлен диагноз: салмонеллёзный аортит. У больного внезапно развился коллапс вследствие разрыва инфицированной аневризмы. По ургентным показаниям было выполнено хирургическое вмешательство трансплантация с последующей установкой стента после того, как в послеоперационном периоде развилась пищеводная фистула. Сначала наблюдалось выздоровление, но от неизвестной причины больной умер спустя несколько месяцев после операции. Как отмечают учёные General Hospital, Japan M.Tagaki, M.Kato и M.Kyodo, аорты сальмонеллёзной природы встречается редко и ассоциирована с высокой морбидностью и смертностью.

Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам The New England Journal of Medicine.

## Исследования

В Университете Макмастера (Канада) научная группа во главе с Каруном Сингхом (Karun Singh) нашла причину, по которой в мозгу людей, страдающих аутическими расстройствами, может снижаться активность нейронов.

Один из ответственных за формирование синапсов между нейронами белок - DIXDC1 - у некоторых пациентов функционировал неправильно из-за генетических мутаций, ассоциированных с рас-

# Белок аутизма

стройством. Из-за того, что мутации «отключали» этот белок, сигналы между клетками передавались медленнее и мозг в целом был менее активен.

Группе К.Сингха с помощью генетика Стефена Шерера из Университета Торонто (Канада) удалось идентифицировать, какие именно генетические изменения произошли в белке DIXDC1, что он перестал «работать» у нескольких человек с расстройствами аутического спектра. Теперь исследователи планируют разработать в лаборатории новое лекарство, которое заставит повреждённый белок снова функционировать так,

как нужно — формировать нужные связи в мозгу больных.

К.Сингх отметил, что при научных изысканиях был найден только один ген, мутации в котором снижали активность мозга довольно небольшого количества пациентов, страдающих расстройствами аутистического спектра и сопутствуюшими заболеваниями психиатрического характера. Учёный добавил, что с большой вероятностью в других генах происходят те же самые процессы — таким образом, по его словам, необходимо создать безопасный препарат, который будет восстанавливать рост и активность

...Аутизм в настоящее время диагностируется в среднем у каждого 68-го человека, и лекарств от него не существует. Учёные и врачи работают только с симптомами. причины заболевания пока ещё не до конца изучены.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Medical Xpress.

№ 92 · 7. 12. 2016

# Тучность: виноваты бактерии

Ни для кого не секрет, что, нередко теряя вес на диетах, многие из нас вновь набирают лишние килограммы. Это связано со множеством факторов: характером питания, уровнем физической активности, а также метаболизмом.

Полным людям, с трудом избавляющимся от лишних килограммов, не менее сложно удержать снизившийся вес. Израильские исследователи из Научного института Вейцмана выяснили, что вероятность возвращения лишнего веса во многом зависит от состава кишечного микробиома. Они утверждают, что, изучив качественный и количественный состав микробиома, можно с высокой

точностью предсказать, сколько из сброшенного во время диеты будет набрано вновь. Кроме того, уровень обмена веществ во многом определяет то, сколько и какие именно микроорганизмы обитают в пищеварительной системе. Исследователи провели эксперименты на мышах. Сначала животных попеременно кормили то жирной пищей, то кормом с нормальным содержанием жиров, чередуя их поступление через определённые промежутки времени. Животные то набирали, то сбрасывали вес. Авторы создали три модели, отражающие характер набора веса после диеты. Им удалось выяснить, что именно микробиом играл важную роль в данном процессе.

Это было подтверждено и в ходе экспериментов по пересадке кала: фекалии мышей, набиравших вес после диеты, пересаживали животным, чей вес был в норме, и характер питания не менялся – это приводило к тому, что мыши начинали прибавлять в весе.

Авторы создали специальный алгоритм, способный делать такие предсказания с высокой точностью. Они считают, что в перспективе его можно будет использовать и для людей - прежде всего, однако, им будет необходимо провести соответствующие эксперименты. Учёные поясняют. что роль кишечного микробиома в наборе веса ранее не изучалась.

## Cumyayus -

# Хакеры атакуют...

Три больницы, расположенные на северо-востоке Великобритании, были вынуждены отменить запланированные операции и приём пациентов из-за вируса, проникшего в компьютерные сети этих лечебных учреждений.

На сайте северного Линкольншира кибератаку назвали серьёзным инцидентом и добавили, что из-за неё работа госпиталей была практически парализована в течение целого дня. Ранее в этом году подобные случаи были зафиксированы, например, в США - так, в Вашингтоне и Балтиморе вирус отключил компьютеры двух больниц, и они вынуждены были вернуться к бумажному документообороту, а одно из учреждений здравоохранения Лос-Анджелеса было вынуждено заплатить вымогателям выкуп в размере 17 тыс. долл. (40 биткойнов).

В Великобритании вредоносная программа была обнаружена в воскресенье, и по совету экспертов большинство техники отключили, чтобы справиться с вирусом в изоляции. Программа относилась к типу Ransomware она шифровала данные и выводила предупреждение о том, что для их дешифровки необходимо заплатить выкуп. Из-за невозможности доступа к данным о больных

госпитали перенаправили самых тяжёлых пациентов (травмы, осложнённые роды) в другие учреждения, отменили диагностические процедуры, плановые приёмы и операции.

Не только больницы подвергаются хакерским атакам. В Ростовской области весной 2016 г. полицейские задержали двух молодых людей, которые воровали деньги с благотворительных счетов. На эти счета неравнодушные люди перечисляли деньги на лечение тяжелобольных. Мошенники искали в сети информацию о сборе денег, затем, подделывая документы, получали доступ к мобильному номеру, привязанному к счёту, и, в свою очередь, через этот номер к самому счёту и деньгам на нём. Известно, что как минимум одна пациентка не умерла бы, если бы деньги на её лечение не были

#### Мнения

Обеспечивать финансовое благополучие семьи должны и мужчина, и женщина - от этого зависит психологическое состояние обоих супругов. Когда мужчина является единственным кормильцем в семье, это вредно отражается на его здоровье. Такие данные были представлены исследователями Университета социологии штата Коннектикут (США) на 111-й ежегодной встрече Американской социологической ассоциации.

# В одном направлении

Исследуя взаимодействие женатых мужчин и женшин, авторы обратили особое внимание на отношения супругов в плане доходов семьи и участие каждого из них в формировании семейного бюджета. Оказалось, что психологическое благополучие и здоровье мужчин, которые взяли на себя основною финансовую ответственность за содержание семьи, ухудшилось. Особенно это было заметно на тех, кто был единственным кормильцем

Психологическое благополучие таких мужчин уменьшилось на 5%, а здоровье - на 3,5% по сравнению с тем временем, когда супруги формировали бюджет в равной степени.

«В целом женщины в браке занимают невыгодное положение. рассказала доцент кафедры социологии Кристин Манш. - Женщины, например, чаще становятся жертвами домашнего насилия, и они по-прежнему выполняют львиную долю домашней работы».

Однако гендерные ожидания слабого пола от своих супругов как от «добытчиков» и кормильцев слишком вредны для здоровья мужчин, отметила она. Конечно, мужчины должны обеспечивать семью, но это должно происходить без негативных последствий для их здоровья.

Впрочем, если основным кормильцем семьи становится женщина, это, наоборот, весьма полезно для её психологического благополучия. Причём, когда их вклад в семейный бюджет оказывался меньше мужского, их психологическое состояние ухудшалось, хотя на здоровье это никак не влияло.

«Мужчины, которые являются кормильцами, ощущают своё положение как тяжкую обязанность и очень волнуются по поводу соответствия своему статусу, - пояснила К.Манш. - С другой стороны, женщины расценивают такой статус как свой собственный выбор и реализацию своих возможностей, испытывают за него чувство гордости, не заботясь о том, что скажут окружающие, если она не справится со своими обязанностями».

Таким образом, заключила К.Манш, материальное обеспечение в семье необходимо разделять поровну - это благотворно повлияет на психологическое состояние и мужчины, и женщины. Избавившись от ответственности единственного кормильца, мужчина перестанет тревожиться, а женщина, ощутив свою ответственность за экономическое благополучие семьи, тоже почувствует себя намного лучше.

### RPIBODPI

Расстройства аутического спектра (РАС) в последнее время всё чаще привлекают внимание учёных. Нарушения в развитии, которые можно отнести к РАС, могут быть ассоциированы с самыми разнообразными факторами – это и генетика, и различные воспаления, и витамины, и определённое состояние микробиома. Мальчики болеют аутизмом примерно в 4 раза чаще, чем девочки, однако теперь исследователи начали подозревать, что не всё так просто.

# Мальчишки и девчонки...

Оказывается, при одинаковых генетических мутациях симптомы аутизма у девочек проявляются реже. Обычно считается, что ребёнок с РАС старается не общаться с другими людьми, избегает контакта глаз, также он может, например, не играть с машинками, а раз за разом выстраивать их в линию по одному ему понятным законам. У девочек, за которыми наблюдали учёные, социальные навыки были развиты лучше, и они даже при наличии аутизма, выявленного иным способом, могли вести себя иначе, выбиваясь из стереотипов. Они как будто маскировали рас-

Занимающийся исследованиями в этой области Кевин Пелфри из Университета Джорджа Вашингтона рассказал, что у его собственной дочери аутизм диагностировали только спустя 4 года после появления первых признаков. Она до 3 лет почти не ходила и не говорила, однако всегда старалась быть милой и общаться с другими людьми. К.Пелфри пояснил, что если бы она была мальчиком, признаки были бы более явными и он раньше обратился бы к специалистам. Научные работы показывают, что даже у тех девочек, у которых диагностирован аутизм, отделы мозга, отвечающие за социальные взаимодействия, поражены намного меньше. Джозеф Баксбаум (Joseph Buxbaum), директор центра аутизма Школы медицины Икан на горе Синай (Icahn School of Medicine at Mountain Sinai) добавил: для того, чтобы заболевание проявилось у девочки. нужно, чтобы её организм в два раза сильнее пострадал от генетических нарушений, в отличие от мальчиков. Учёный вместе с коллегами работает над тем, чтобы выяснить причины, по которым это происходит - возможно, у некоторых девочек работает какой-то защитный фактор, протеин или другой биомаркёр, который можно использовать для создания новых видов терапии.

Примечательно, что в прошлом году стартовал проект, в рамках которого исследователи ищут семьи, где сыновья болеют аутизмом, а дочери - нет, и просят их приехать в Нью-Йорк для сдачи анализов. У девочек и мальчиков берут образцы слюны и выделяют из них ДНК. В будущем эта база данных будет использоваться при научных изысканиях.

## Новые подходы

# Паркинсон: обнаружить до появления



Обнаружить болезнь Паркинсона задолго до появления первых симптомов - одна из главных задач современной неврологии во всём мире. Исследователи из разных стран занимаются разработкой тестов для ранней диагностики заболевания – они уверены, что это поможет не только улучшить жизнь пациентов, но и сделает возможным остановить прогрессирование болезни на ранних стадиях.

Учёные из Университета Эдинбурга (Великобритания) не только придумали диагностическую систему, но уже и испытали её на небольшой группе пациентов. В ходе диагностики определяется присутствие в клетках головного мозга альфа-синуклеина - белка, входящего в состав телец Леви. Образование скоплений альфасинуклеина является одним из признаков болезни Паркинсона и некоторых форм деменции.

Некоторое количество альфа-синуклеина присутствует и в головном мозге здоровых людей, именно поэтому большинство тестов, основанных на определении количества этого белка в клетках мозга не позволяли точно поставить диагноз. Новый же тест оказался гораздо более совершенным - с его помощью не только выявляют присутствие белка, но и исследуют вязкость альфа-синуклеина, которая оказалась разной у здоровых людей и тех, кто входил в группу риска.

Авторы проверили эффективность теста на 35 образцах, 15 из которых принадлежали здоровым людям. С помощью новой системы они смогли верно диагностировать болезнь Паркинсона в 19 случаях из 20 и исключить заболевание у всех, кто был здоров. Тест также годится для диагностики деменции, связанной с тельцами Леви, а вот для выявления болезни Альцгеймера он не подходит.

Элисон Грин, ведущий исследователь, пояснила, что подобную методику учёные уже применили для разработки теста, предназначенного для диагностики болезни Крейцфельдта - Якоба, серьёзного и неизлечимого в настоящий момент нейродегенеративного заболевания.

Подготовил Марк ВИНТЕР. По материалам Reuters, Medical Xpress, Daily Mail, haaretz.com.

140 лет назад на собрании пайщиков известного в ту пору Мальцовского промышленноторгового товарищества было принято решение о строительстве железнодорожной колеи, которая бы связала между собой расположенный в черте Брянска Сергиево-Радицкий машиностроительный завод с уже начавшей функционировать Орловско-Витебской (Риго-Орловской) железной дорогой.

Именно на этом предприятии выпускали различные типы пассажирских и товарных вагонов, в которых так остро нуждалась новая стальная магистраль Российской империи. Судьбе было угодно, чтобы старшим врачом на Орловском участке железной дороги по сути первым отечественным железнодорожным доктором стал известный деятель медицины, почётный член Орловского медицинского общества Алексей Вырубов.

В своё время крупный российский промышленник Сергей Мальцов рассказал императору Николаю I об увиденной им за границей Ливерпуль-Манчестерской железной дороге, и уже при сооружении стальной магистрали Санкт-Петербург – Москва сумел наладить на российских заводах производство паровозов, вагонов и рельсов. Теперь же речь шла о строительстве первой узкоколейной железной дороги, которая бы связала в единый узел предприятия, рудники, склады и пристани. Причём поезда перевозили не только грузы, но и пассажиров. Появился и новый тип составов рабочие поезда, предназначенные для доставки рабочих на заводы из отдалённых населённых пунктов. Тогда же встал вопрос об организации на железной дороге санитарно-медицинского дела. Этим и поручено было заняться Алексею Вырубову.

К сожалению, в архивах Брянска, Орла и Калуги сохранилось не так много сведений об этом незаурядном человеке. Не сохранилось даже его фото. Однако удалось выяснить, что происходил Алексей Алексеевич из дворян Владимирской губернии. И получив в 1864 г. медицинское Имена и судьбы

# «Слишком много жил сердцем, нервами...»

Таким был первый российский железнодорожный врач



Эта станция была хорошо знакома первому железнодорожному врачу

образование, какое-то время практиковал в Московском военном госпитале, а затем работал доктором на золотых приисках в Сибири. Понятно, что на тех бескрайних просторах врачи были буквально наперечёт и добираться до больных приходилось порой за много вёрст и частенько на чём придётся. Однако сызмальства приучивший себя к неустанной работе, доктор всегда был готов для подачи помощи внезапно заболевшим. (Право, перечитываешь «Записки врача» Викентия Вересаева и кажется, что это про Алексея Вырубова сказано: «... Восхищался медициною и горячо верил в неё...»).

Получив хорошую практику, Алексей Алексеевич в течение несколько лет совершенствовал свои знания за границей и в

1869 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины. Вот тогда-то он и попал в поле зрения известного российского промышленника Сергея Мальцова. Управление «железки» размещалось тогда в Орле в Воздвиженском (ныне Трамвайном) переулке.

Отметим, что планы у Сергея Ивановича были обширные. Пустив по построенной им железной дороге почтово-пассажирские поезда, он учредил там и специальные вагоны-салоны. Понятно, что и медицинское обслуживание таких пассажиров предполагалось на самом высоком уровне. Однако где взять для этого нужных людей? (Отметим, что в начале железнодорожного строительства машинистами паровозов в Российской империи, дежурными по станциям, телеграфистами работали исключительно иностранные специалисты). Сергей Мальцов начал готовить эти кадры в своём техническом училище, которое открылось в тогдашнем селе Людиново. Что касается подготовки отечественных медиков, то промышленник нашёл тут надёжного помощника и единомышленника в лице Алексея Вырубова. Располагая незначительным штатом медицинских работников, предприимчивый старший врач сумел в короткое время на должном уровне организовать лечебное дело на «железке». Причём сделал это так успешно, что его стали называть «первым русским железнодорожным врачом». Алексей Алексеевич без устали мотался по магистрали, привлекая к работе на железной дороге докторов и фельдшеров. Видя явный успех дела, министерство финансов к первоначальному кредиту в 500 тыс. руб. выделило 200 тыс. руб., часть из которых была предназначена для постановки на железнодорожном транспорте лечебного дела.

До наших дней дошло немало работ Алексея Вырубова по вопросам общей медицины. Так, он активно выступал на страницах периодической печати, рассказывая о причинах несчастных случаев, делился методами «подачи первой помощи», говорил о необходимости страхования жизни железнодорожных служащих.

В орловский период жизни врача, как отмечал один из сослуживцев доктора, «он был председателем Орловского медицинского общества, и жизненный пульс этого объединения бился напряжённо, лихорадочно. Избранный председателем комитета по образованию фонда на устройство родильного приюта, Алексей Алексеевич уже в три месяца сумел собрать необходимые для открытия приюта средства...»

Избрали со временем Алексея Вырубова и гласным городской думы, где врач продолжал уделять самое пристальное внимание вопросам оказания медицинской помощи населению. Продолжал он также заниматься практической медицинской работой. Причём для неимущих дверь его дома была открыта постоянно. Можно себе представить, как переживали орловны, когла врач был вынужден уехать из города! Но делать было нечего: со временем управление железной дороги переместили в Ригу.

В последние годы жизни Алексей Алексеевич напряжённо работал над книгой «История железнодорожной медицины», которую, к сожалению, так и не сумел завершить. Жизнь этого незаурядного человека оборвалась 1 августа 1900 г. В опубликованном газетном некрологе говорилось: «Лучшая и всесторонняя оценка скрыта в сердцах всех его знавших. Понятна вполне причина его смерти. Слишком много жил сердцем, нервами... Сердце не выдержало под конец...»

Все посетители музея смогут

**УВИДЕТЬ. КАК ВЫГЛЯДЯТ ПОД МИКОО-**

скопом туберкулёзная палочка и

туберкулёзный бугорок. Узнают,

как раньше проводили накожные

туберкулиновые пробы и прояв-

ляли рентгеновскую плёнку, как

лечили туберкулёз до изобретения

антибиотиков и чем его лечат

И, безусловно, экспозиция

музея расскажет о специалистах, работавших во фтизиатрической службе Магнитогорска. Им приходилось трудиться в сложной эпидемиологической обстановке, но со своей миссией они справились достойно. Об этом свидетельствуют представленные в экспозиции

Василий ШПАЧКОВ, соб. корр. «МГ».

Брянск - Орёл

сегодня.

#### События

В Областной туберкулёзной больнице № 3 Магнитогорска открылся необычный музей. Специалисты больницы собрали более 300 редких и уникальных экспонатов, которые рассказывают об истории работы фтизиатрической службы города.

«Создание музея - не следование модному тренду, а стрем-

# Фтизиатрам посвящается

## В необычном музее – всё для лечения туберкулёза

истории целого ряда противотуберкулёзных учреждений, некогда работавших на территории города и спасших тысячи людей

зывает главный врач больницы Анатолий Шалагин. – Ничего подобного вы не увидите в обычных краеведческих музеях: подмедицинского инструментария и оборудования, использовавшиеся для диагностики и лечения туберкулёза, предметы быта и







статистические данные за всю историю службы. Открытие музея - первое мероприятие из числа запланированных в рамках подготовки к празднованию 80-летия магнитогорской фтизиатрии. В феврале будущего года ожидается выход книги «Фтизиатрическая служба Магнитогорска: люди, события, факты», а в канун Дня Победы в больнице будет открыта мемориальная доска, посвящённая работникам фтизиатрической службы – участникам Великой Отечественной войны.

> Мария ХВОРОСТОВА, внешт. корр. «МГ».

Магнитогорск.

№ 92 · 7. 12. 2016

#### Олег ЗАЛЕВСКИЙ

# Кем же им быть?

В середине учебного года новая проблема появилась у Варвары Митрофановны – в её 4-м классе специализированной гимназии стал почти постоянно появляться психолог, что соответствовало веянию времени. Был он кучерявым молодым человеком в очках. Но, несмотря на свой почти юный возраст, он уже оканчивал аспирантуру и в классе этом апробировал собственную уникальную инновационную методику прогнозирования будущей профориентации учеников.

И вот, наконец-то, настал тот важный день, когда, приглаживая свою непокорную шевелюру и непрерывно поправляя очки, почему-то всё время норовящие покинуть его нос, молодой специалист принялся делиться с Варварой Митрофановной результатами своих многодневных научных исследований.

– Вот что у меня получилось, – заглядывая сквозь непослушные очки в свои записи, сообщил он. – Первым у меня по алфавиту был Аллюлюевский, который сидит у вас на последней парте. Он у вас смотрит на всех свысока.

«Конечно, – подумала Варвара Митрофановна, – Ведь второгодник, да ещё и акселерат».

– Нет-нет, – перебил её мысли молодой исследователь, – в большие начальники он не сможет выйти, однако мечтает сделаться баскетболистом и не нужно мешать исполнению этой его высокой мечты.

Варвара Митрофановна согласно кивнула головой.

Меж тем юный аспирант перевернул страницу и сообщил ей:

 А эта ваша Ахмеджаковская любит, чуть что, закатывать сцены. Даже у доски. Наверняка она может стать неплохой актрисой.

«А что, – согласилась мысленно Варвара Митрофановна. – А это весьма и весьма возможно».

– Теперь этот ваш староста Иваносусанский. Ну и языкастый



парнишечка! Как заведёт любой разговор, так его и не остановишь! Вот этот точно может далеко пойти! И повести за собой!

«Да ну его в болото, этого Иваносусанского!» – с горечью подумала учительница, которую этот её ученик просто достал своей болтовнёй на уроках.

- Теперь о главном шутнике вашем - о Гоголидзе. Ну и забавный парнишечка! И ходит перед всеми гоголем. Так вот - из этого весёлого мальчонки вполне может вырасти писатель-сатирик, или, как минимум, юморист.

«Вот даже как? Сатирик?..» – мысленно удивилась Варвара Митрофановна и также мысленно взяла это предупреждение молодого психолога себе на заметку: «Теперь буду знать, кто придумывает мне клички типа «Варвара-краса, всем лентяям – коса!» или «Варварушка-Митрофанушка»!».

 Ну, а ваша любимица Дивновская, она привыкла всем заглядывать в глаза. И потому у неё весьма высока вероятность впоследствии стать офтальмологом, – поправляя непослушные очки, сообщил исследователь.

– Да?.. – задумчиво произнесла учительница, но возражать не стала, а лишь сняла свои очки и начала протирать их.

– Следующий у нас Евлампиевский. Его хлебом не корми, а дай подсказать на уроках. Скорее всего, он будет суфлёром. Но может вырасти и советником депутата.

Учительница в душе согласилась с этим предположением.

 Жизелева ходит перед всеми на цыпочках. Наверняка хочет и может стать балериной.

«Ну, насчёт того, что «может» - это не очень точно...», - усомнилась Варвара Митрофановна.

А этот ваш отличник Зубрилович любит извлекать из всего корни,
 продолжил молодой учёный.

– Значит, его дорога – идти в

математики? – вклинилась учительница.

 Нет, в математики ему идти не стоит, скорее всего, он может стать стоматологом.

Тут классная руководительница не очень-то удивилась, ведь Зубрилович был из семьи потомственных стоматологов.

– А эта ваша Миролюбова, – продолжил психолог, – она же всегда охотно выслушает любого и даже любую. Вот только в мировые судьи ей подаваться не стоит – ей после окончания школы лучше всего идти учиться на врача-терапевта.

Возможно, вы правы... – вновь задумалась учительница.

А теперь этот ваш Бомаршевич. Он у вас пишет сочинения до смешного плохо. Не отчаивайтесь
 из него вполне может вырасти неплохой комедиограф.

«Вот даже как?..» – не очень-то поверила услышанному учительница.

 А этот ваш фантазёр Миклухин, у которого семь пятниц на неделе, мечтает стать Робинзоном. Так что вполне может сделаться путешественником.

 Вполне... – улыбнулась Варвара Митрофановна. – Этот может.

 Ну, а у Сократовой вечно каша в голове. Но это ничего – она может стать неплохой кухаркой.

«А там, глядишь, ещё немного подучится и будет управлять государством!» – мысленно хмыкнула учительница.

- Вот только этому вашему Яблочкинскому, как видно, всё до лампочки, - посуровел аспирант. - Похоже, ему ничего в будущем не светит, кроме работы электриком в каком-нибудь ЖЭКе или ДЭЗе.

«Конечно, всё может быть», - Варвара Митрофановна, слушая научные предсказания молодого психолога и вспоминая, как когдато сама она любила витать в облаках, но никто не посоветовал ей податься в лётчицы или хотя бы в планеристки. Потому что увлекалась она высокой поэзией. И именно из-за этого увлечения пошла после школы в педагогический институт на литературный факультет. О чём и по сей день не очень-то жалеет...

Загорск. Московская область.

### Умные мысли -

Виктор МАКЕЕВ

## Наши пути и перепутья

 Бесплатную фигу можно найти в любом кармане.

 Хочешь быть звездой, договаривайся с тучами.

 Не падай там, где других уже подняли и увезли.

 Человек постоянно меняется, поэтому его всё трудней и трудней находить.

 Женский бокс – гарантия безопасной незамужней жизни.

 Надо скрещивать жировые и нервные клетки. Тогда они у вас будут обезжиренные и обезнервенные.

 Сон – лечит. Будильник – травмирует.

Все мои несбывшиеся мечты покинули меня, как только не сбылась моя мечта стать миллионером.

 Возгорание души всегда происходит в огнеопасном месте.

 У меня не было кризиса среднего возраста. У меня не было среднего возраста. Все мои возраста были кризисными.

 Мелкие деньги придумали для нищих.

 Когда жена догадалась, что мужу в театральном кресле снятся актрисы, она стала сажать его на кухонную табуретку.

Классовый враг – учитель истории.

 Где заставляют аплодировать там уже театр.

 Кто народу – друг, слуге народа – враг.

 Совет водителю: подсаживая попутчицу, обеспечь её подушкой безопасности.

• Кто не закрывает рот, у того автоматически закрываются уши.

 С пьедесталов никто сам не сходит, все ждут, когда их сбросят за государственный счёт.

 Сделал погоду – донеси свою радость людям.

 Когда в стране много вакуума, созревает потребность в его экспорте.

 Хотел законы почитать, да опять грамоты не хватило.

 Тонкий юмор – результат экономии на сатире.

Талдом,

Московская область.

Жгуто- ногий паук	+	Толте- родин	 закона не знает	Джек Воробей	<b>1</b>			A		C k	( A	Н	В	O F	РД		Палер- мо, река	<b>F</b>	Рай	Дубиль– ное расте– ние	<b>•</b>	Кадка	+	Летро- зол	" на Зареч- ной улице"
<b> </b>			•	Сулица		Крон- шнеп	"Бед- ность не …"		Удар дверью	→	Бута- мират	<b>F</b>		4			•		Рос. компо- зитор	-					•
Выслуга		Попер. нити ткани	•				Рос. биолог	-					Франц. живо- писец		Картина Рериха	Полевое укреп- ление	-					Щеголь		Корал- ловый	
T.				Колчан (стар.)	-				"Утиная "		Цикл, Ахма- това	-							"Клод ", Гюго		Шутов- ская выходка	-			
Сига- лова		Павиан	•				Амер. поли- цейский	-	•		Запо- рожская		Нем. тенни- систка		Дар (араб.)	Нубук		Город, Смолен. обл.	<b>V</b>						
<b>L</b>		<b>1</b>		Деньги, Лаос	-		+	Народы, Перу		Сканд. бог грома		Поли– сахарид	-		•	•					Хищное сум- чатое	-			
Аромат. угле- водород	Судовой трос		Молд. танец	*	"Завт- рак у Тиффа- ни"	-				•		или поздно	-				Б Р Г А Д	И Б С Л Е Е Л			СТИІ	БО	с м о		С Б А Ц О М Г
T.					<b>V</b>	"Мост Ватер- лоо", актриса		Знак препи- нания	-					Даже	-		Б Б С О Т Ы И	Т P О Ь . K	ОКС	Р E . Л Д Я I	ки:	H	ЛГ	о в ы	А К И Р И Н А Й Я
Ав <sup>.</sup> Вале Шари	тор ерий цуков		Руда ртути	•								 неве- рующий	-				ь у			H E I		о н м	onvô	ы на ск ликован от 02.1	іный

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, публикованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Г.ПАПЫРИНА.

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, p/c 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286;

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763 Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

владение 1, дом 1.
Заказ № 16-11-00368
Тираж 28 493 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

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