

# Медицинская

28 января 2015 г.  
среда  
№ 5 (7527)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)

## События

### Среди Черноземья

#### Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова побывала в Воронежской области



Посетив на днях с рабочим визитом Воронежский областной консультативно-диагностический центр, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова ознакомилась с реализацией областной программы «Живи долго» и анализом проведения диспансеризации в регионе. Следующим пунктом её программы стала встреча с руководством области и главными врачами лечебных учреждений региона.

Вероника Скворцова особо отметила улучшение демографической ситуации в регионе, в частности уменьшение младенческой и материнской смертности. Как было видно из доклада руководителя Департамента здравоохранения области Владимира Ведрищева, снижаются показатели заболеваемости и смертности при основных группах заболе-

ваний, в том числе инфекционной и неинфекционной природы, показатель заболеваемости туберкулёзом также опустился на очень низкий уровень. Всё это заслужило высокую оценку министра, а здравоохранение территории было названо одним из лучших в нашей стране.

Приоритетом работы здравоохранения остаётся профилактика. В феврале Минздрав России проведёт коллегию, посвящённую борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Напомним, что 2015 г. объявлен Президентом РФ в послании Федеральному собранию годом борьбы с этим классом болезней и министерство разрабатывает мероприятия, состоящие из нескольких блоков, которые будут реализовываться в течение этого года. Опыт Воронежской

области по выстраиванию межведомственного взаимодействия будет представлен на заседании коллегии. «Медицинская газета» уже рассказывала своим читателям об областном проекте «Живи долго», который во многом и помогает координировать работу в этом направлении.

Кроме того, В.Скворцова также побывала в областном Центре реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды» и провела там совещание. Обо всём этом «МГ» подробно расскажет в одном из ближайших номеров.

Алексей ПАПЫРИН,  
спец. корр. «МГ».

Воронеж.

Фото Александра ХУДАСОВА.

## Тенденции

### Высокие технологии стали ближе

Задачу Правительства РФ – к 2017 г. увеличить объёмы оказания высокотехнологичной медицинской помощи не менее чем в полтора раза по сравнению с 2013 г., – в Кузбассе почти решили... за год.

– Коэффициент роста объёмов ВМП в 2014 г. в Кемеровской области составил 1,42: если в 2013-м по высоким технологиям у нас было пролечено 10 355 человек, то в 2014-м – уже 14 736, – уточняет заместитель начальника Департамента здравоохранения Андрей Иванов. – Прежде всего, благодаря тому, что количество медучреждений, получивших лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи на территории области, выросло с 6 до 20. При этом 5950 кузбассовцев получили ВМП по полису ОМС. Среди 14 направлений, по которым оказывалась «погружённая» помощь, наиболее востребованными оказались кардиология (стентирование сосудов сердца) и травматология-ортопедия (эндопротезирование тазобедренного сустава).

Они «забрали» три четверти всех квот в системе ОМС.

Плановые цифры на 2015 г. – пролечить по ВМП 14 750 пациентов. В новом году в оказании высокотехнологичной помощи также будут участвовать 20 медучреждений Кузбасса. Из них половина – муниципальные больницы Кемерово и Новокузнецка. Однако в целом список обновился. Какие-то клиники из него выбыли. В связи с переводом ЭКО в разряд специализированной помощи ушли те, где занимались репродуктивными технологиями. Другие, напротив, вошли впервые. Среди новичков – Кемеровский областной клинический кожно-венерологический диспансер и муниципальная больница № 5 Новокузнецка. В диспансере получают помощь пациенты с тяжёлыми формами кожных болезней, а больница № 5 займётся лечением хирургических больных юга области и эндопротезированием тазобедренных суставов.

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

## СЕГОДНЯ В «МГ»

- Кто хочет лишиться льготных выплат жителей «чернобыльских» регионов? Стр. 4
- В чём сложность реконструкции тазовых органов у детей? Стр. 5
- Профсоюз и власть: диалог, дающий людям реальные результаты Стр. 6
- Конспект врача. Синкопальные состояния в общеврачебной практике Стр. 8-9
- Что нужно для формирования современного врача. Мнение мэтра Стр. 10

## Ориентиры

### Праздник донорству не помеха

С недавних пор в Новосибирске число людей, желающих сдать кровь, в праздничные и выходные дни не становится меньше. В этом в очередной раз убедились в Новосибирском центре крови: в самые, казалось бы, не традиционные для донорской активности дни – 30 и 31 декабря 2014 г. – сюда пришли более 150 человек.

– Мы всегда заранее готовимся к длительным январским выходным, делаем запасы цельной крови и её компонентов. А в течение последних 3 лет объявляем один день новогодних «каникул» рабочим, прежде всего для

того, чтобы обеспечить потребности лечебных учреждений в тромбоцитах – самом короткоживущем компоненте крови, любых запасов которого хватает максимум на 5 суток, то есть в течение срока их годности, – говорит главный врач НЦК Константин Хальзов. – В наступившем году мы решили сделать рабочими 2 дня в первой декаде января, вывели полносоставную бригаду специалистов и организовали проведение аппаратного тромбоцитозера.

Ожидания Центра крови оправдались, 5 и 8 января больше 120 человек пришли сюда с намерением стать донорами, в том числе тромбоцитов.

О том, что такой график работы учреждения оказался оптимальным, говорят следующие данные: в период с 1 по 11 января 2015 г. из Новосибирского центра крови в лечебные учреждения региона было выдано в общей сложности 250 л крови. Такой объём потребовался для гемотрансфузии по жизненным показаниям 350 онкологическим больным, роженицам и пациентам после сложных хирургических вмешательств.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

**DIXION**  
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**Многофункциональный модульный  
фетальный монитор Star5000F**

Новинка!

- Оригинальная модульная конструкция состоящая из основного блока и подключаемых модулей
- Комплексный мониторинг беременности, родов и послеродового периода
- Сменный модуль для срочной транспортировки и наблюдения витальных параметров матери

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

**Новости**
**Все поликлиники работали  
на блокадников**

Единый диспансерный день, посвящённый 71-летию со дня полного освобождения Ленинграда от блокады, прошёл во всех «взрослых» поликлиниках Выборгского района Санкт-Петербурга. Шесть часов кряду длился амбулаторный врачебный приём, на котором посетителей – ветеранов и жителей блокадного Ленинграда – выслушивали и осматривали терапевты, кардиологи, неврологи, хирурги, оториноларингологи, офтальмологи, давали им развёрнутые консультации. У посетителей имелась возможность по показаниям сдать лабораторные анализы, пройти ультразвуковое обследование внутренних органов, записать электрокардиограмму.

По мнению руководства отдела здравоохранения администрации Выборгского района, цель акции – максимально приблизить медицинскую помощь к каждому пациенту из когорты ветеранов-блокадников, помочь врачам более детально разобраться в их заболеваниях и наметить пути медицинской реабилитации представителей этой социально значимой группы – достигнута. В прошлом году при проведении единых диспансерных дней накануне полного освобождения блокадного Ленинграда было обследовано более 900 человек.

**Владимир КЛЫШНИКОВ.**

Санкт-Петербург.

**Что на рынке  
медицинского труда**

Исследовательский центр Superjob провёл исследования на рынке труда врачей в 2014 г. Кадровый вопрос среди специалистов с высшим медицинским образованием оказался весьма неоднозначным, в особенности для московских докторов в связи с начавшейся реорганизацией столичного здравоохранения.

Аналитики центра пришли к выводу, что сокращение финансирования столичного сектора отрасли и начинающаяся реализация плана по оптимизации системы здравоохранения, прежде всего в Москве, вызвали массовое недовольство и выход немалого количества специалистов на открытый рынок труда.

«Количество врачебных резюме на нашем портале по сравнению с годичной давностью возросло более чем на 30%, в то время как число предложений только по столичному региону снизилось на четверть. В целом же по стране спрос на врачебные специальности сократился на 10% по сравнению с началом прошлого года», – констатировали аналитики.

В то же время эксперты уверены, что у квалифицированных специалистов не должно возникнуть сложностей с поиском нового места работы. Конкурс на позицию «врач-специалист» относительно невысок – 4 резюме на одну вакансию.

**Марк ВИНТЕР.**

Москва.

**Реабилитация стала доступной**

Исполнился ровно год, как в санатории «Омский» – центре реабилитации Фонда социального страхования РФ – открылось отделение для пациентов, перенёсших инсульт. И с января 2014 г. по январь нынешнего здесь прошли курс восстановительного лечения 490 жителей Омска и сельских районов Прииртышья.

Этот курс рассчитан на 21 день и проводится по реабилитационным программам, разработанным специалистами центра «Омский» и индивидуальным для каждого пациента с нарушениями мозгового кровообращения. В них, помимо медикаментозной терапии, предусмотрены физиопроцедуры, лечебная физкультура, психологическая помощь, что, в результате, снижает риск рецидивов и значительно улучшает прогноз заболевания. А ещё, что, наверное, главное – реабилитационное лечение людей, перенёсших инсульт, помогает многим из них вернуться к привычной жизни.

Послеинсультная реабилитация в санатории «Омский» продолжится и в нынешнем году. И, как в минувшем 2014-м, – в рамках реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

**Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.**

Омск.

**Яд гадюки лечит панкреатит**

Сыворотка против яда гадюки обыкновенной уже вскоре будет зарегистрирована по новому показанию – для лечения острого панкреатита, который является одним из самых частых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Несмотря на применение современных методов лечения, частота развития тяжёлых осложнений острого панкреатита по-прежнему остаётся на высоком уровне. Поэтому столь актуальна разработка новых эффективных методик.

Учёные обнаружили, что развитие острого панкреатита схоже с состоянием, которое возникает при укусе гадюки. На основе этого открытия сейчас проводятся клинические исследования на базе лечебных учреждений Перми и Санкт-Петербурга. Их завершение намечено на первую половину 2015 г., а во втором полугодии планируется расширить показания по медицинскому применению сыворотки, которая сейчас используется для терапии последствий змеиных укусов.

**Елена ЛЬВОВА.**

Москва.

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

**Инициатива**
**Врачами не рождаются,  
ими становятся**
**Надымские школьники выбирают профессию по душе**


**В 2014 г. более 100 учащихся общеобразовательных учреждений Надыма стали участниками увлекательных профориентационных мероприятий, проведённых специалистами окружного Центра медицинской профилактики и Надымской ЦРБ.**

В наступившем году традиция будет продолжена. В ходе этих мероприятий ребята встречаются с медицинскими работниками, общаются со специалистами в области профилактической медицины, которые подробно рассказывают об основных правилах здорового образа жизни.

Теперь учащиеся не только

**«Профилактические обследования» проходили очень живо и увлекательно**

увидят, как работает медицинское оборудование, но и смогут попробовать себя в роли врачей и медицинских сестёр. Им будет предложено провести измерение роста и массы тела, исследовать функцию внешнего дыхания, насыщаемость крови кислородом, провести осмотр полости рта и многое другое.

– Как правило, подобные мероприятия вызывают интерес у ребят, они всегда приходят к нам с удовольствием, – отмечает Наталья Половодова, заместитель главного врача ЦМП по профилактической работе, кандидат

биологических наук. – Радует, что после экскурсии некоторые из них уже твёрдо решают посвятить себя медицине. У школьников формируется понимание роли врача в жизни человека, а также ценностное отношение к труду. В этом году мы будем применять подобные формы проведения профессиональной ориентации ещё активнее, тем самым способствуя тому, чтобы в отрасль здравоохранения Ямала пришли новые молодые кадры.

**Александр ИВАНОВ,**  
спец. корр. «МГ».

Надым.

**Проекты**
**С именами корифеев**
**Возможно, вскоре столичные медучреждения изменят свои названия**

**Департамент здравоохранения Москвы предложил присвоить трём московским больницам имена выдающихся отечественных специалистов.**

Так, Научно-практическому центру психического здоровья детей и подростков предлагается дать имя Груни Сухаревой, советского психиатра, известной, прежде всего, прогрессивными для своего времени монографиями, посвящёнными проблеме шизофрении детского и подросткового возраста. Эта клиника существует более 100 лет и является ведущим медучреждением по оказанию высококвалифицированной психиатрической медпомощи жителям столицы, не достигшим совершеннолетия.

Кроме того, по замыслу столичных властей туберкулёзной больницы № 11 будет присвоено имя Александра Рабухина – пульмонолога и фтизиатра, учёного-клинициста и педагога, одного из основателей советской и российской фтизиатрии. Не так давно этот стационар отметил

полувековой юбилей. Примечательно, что ранее на месте этой больницы в течение двух десятилетий функционировал детский костно-туберкулёзный санаторий. Данное медучреждение расположено в Солнечногорске и в год обслуживает более 2,5 тыс. больных туберкулёзом различной локализации, а также с всевозможной сопутствующей патологией.

Ну и наконец, городской клинической больнице № 23 планируется дать имя одного из величайших отечественных патологов и морфологов – Ипполита Давыдовского, благодаря которому вот уже не одно десятилетие эффективно функционирует патологоанатомическая служба. Эта многопрофильная клиника, расположенная в Таганском районе, существует аж с 1866 г. В прежние времена больница носила весьма красноречивое название – «Медсантруд».

Как уточнили в ведомстве, данная заявка будет рассмотрена на очередном заседании правительства Москвы. Наряду

с этим руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун заявлял, что в скором времени имена выдающихся отечественных врачей и учёных будут присвоены всем медучреждениям города.

Кроме того, стало известно, что заместитель столичного мэра по социальным вопросам Леонид Печатников ранее представил с этой целью список выдающихся российских медиков, в который вошли небезызвестные медицинскому сообществу нашей страны имена: Максим Кончаловский, Дмитрий Плетнёв, Сергей Юдин, Павел Кукоцкий, Валентин Войно-Ясенецкий.

По мнению заместителя градоначальника, память этих людей должна быть увековечена. Весьма справедливо!

К сожалению, в настоящее время лишь немногие московские стационары носят имена врачей, как, к примеру, больницы имени Сергея Боткина и Николая Пирогова.

**Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,**  
обозреватель «МГ».

Ориентиры

# Государственные гарантии незыблемы

**Ряд экспертов, комментирующих проект Стратегии развития здравоохранения на 2015-2030 гг., считают, что проходящий общественное обсуждение документ якобы предусматривает обязанности гражданина по софинансированию той помощи, которая уже гарантирована государством.**

– Это утверждение не соответствует действительности, в чём легко убедиться при внимательном чтении проекта стратегии, заявил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай. – Установленные в настоящее время государственные гарантии оказания медицинской помощи незыблемы и не будут снижены ни стратегией, ни какими-то другими документами.

Более того, государственные гарантии не только не снижаются, но и увеличиваются по целому ряду направлений, делая медицинскую помощь более доступной для населения. Число центров и отделений врачей общей практики, составляющих базовый уровень медицинской помощи, с 2009 по 2013 г. увеличилось в 2,5 раза. Создано более 8 тыс. выездных медицинских бригад, которые оснащены портативным диагностическим оборудованием. Беспрецедентное развитие получает профилактика: более 70 млн наших сограждан (включая более 30 млн детей) прошли диспансеризацию, что позволило выявить и предупредить у многих из них тяжёлые заболевания на ранней стадии, спасая жизни и сохраняя здоровье.

Значительно увеличилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи. Если в 2013 г. число пролеченных больных составило более 500 тыс. пациен-

тов, то в 2014-м – более 700 тыс. пациентов.

Растёт и экономическая составляющая здравоохранения. Так, объём Программы госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2015 г. на 300 млрд руб. больше, чем в 2014 г. Общий объём доходов бюджета фонда ОМС также увеличивается на 392,2 млрд руб., или на 32% по сравнению с прошлым годом.

Весомо увеличиваются подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 г. 8260,7 руб., что на 18,7% выше предыдущего года, в 2016 г. – 8727,2 руб. (рост на 5,6%), в 2017 г. – 9741,2 руб. (рост на 12%).

Отмечу, что с 2013 г. территориальные программы ОМС стали финансироваться на основе единого для всей страны подушевого норматива с учётом численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации между регионами. Благодаря этому впервые все территориальные программы ОМС стали бездефицитными по отношению к единому нормативу, а также более чем в 2 раза с 2011 г. сократились различия в стоимости медицинской помощи одного и того же вида.

В то же время стремительное развитие современной биомедицинской науки позволило разработать и подготовить к внедрению компьютерные технологии индивидуализированного мониторинга здоровья, биомедицинские продукты и методы лечения, применение которых основано на принципах персонализированной медицины, исследовании генетических особенностей конкретного человека. Технологии, которые сегодня являются «медициной будущего», могут существенно повысить эффективность лечения

многих заболеваний. Вместе с тем ввиду своей ресурсоёмкости и, следовательно, высокой стоимости они, не будучи охваченными государственными гарантиями, остаются малодоступными для большинства населения во всех странах мира. Однако экономика не должна становиться препятствием на пути новых технологий в практическое здравоохранение, особенно если мы говорим о перспективе до 2030 г., которую охватывает проект стратегии.

Поэтому для того, чтобы сделать инновационные технологии более доступными для граждан, предлагается запланировать в перспективе солидарный механизм финансового обеспечения – дополнительное страхование, называемое в проекте стратегии «ОМС+». Речь не идёт об обязательном соплатеже. Это исключительно добровольная программа, которая дополняет новые возможности программы госгарантий и ни в коей мере не предполагает снижения объёма медицинской помощи, уже гарантированной государством.

Несмотря на то, что проект стратегии в целом одобрен общественным советом, его обсуждение продолжается с привлечением широкого круга экспертов, представителей профессионального и пациентского сообщества.

Мы будем рады, если все, кто заинтересован в развитии отечественного здравоохранения и совершенствовании проекта стратегии, внимательно ознакомятся с ним и выразят своё мнение, которое будет тщательным образом рассмотрено и учтено при доработке этого важного документа.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Решения

# Приказ против боли

**Департаментом здравоохранения Москвы в настоящее время разрабатывается проект приказа, упрощающего получение наркотических препаратов.**

– В этом же приказе будут чётко зафиксированы алгоритмы действий, обеспечивающие преемственность докторов на амбулаторном и стационарном этапах оказания помощи, – заявил заместитель главы департамента Андрей Старшинин. Кроме этого, головное отраслевое столичное ведомство инициирует многочисленные семинары для практических врачей, в ходе которых эксперты обучат своих коллег администрированию процессов, связанных с выпиской наркосодержащих лекарств.

Наряду с этим А.Старшинин уточнил, что властями решено изменить процедуру выписки пациента из хосписа. Так, например, врач будет выписывать рецепт с информированием аптечного пункта, в то время как ранее пациенту нужно было посетить по-

ликлинику для получения рецепта.

Накануне из департамента сообщили о проведении выборочных проверок столичных медучреждений, в рамках которых власти контролировали обеспечение онкологических больных наркотическими анальгетиками. Примечательно, что в результате аудита не было выявлено никаких нарушений.

Данное решение (проверка наличия наркотических обезболивающих медикаментов) к столичным медицинским властям пришло, похоже, в связи со смертью генерал-лейтенанта ВВС в отставке Анатолия Кудрявцева. Как известно, 8 января тело бывшего военного, страдавшего раком желудка в терминальной стадии, обнаружили в его квартире на западе Москвы. Генерал покончил жизнь самоубийством, подчеркнув в предсмертной записке, что уходит из жизни, так как больше не может терпеть боль.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

# Вакцина против Эболы

**Российская вакцина против Эболы будет готова к 2016 г.**

– Сейчас идут доклинические испытания, чтобы определить безопасность и переносимость препарата, – сообщила глава Департамента охраны здоровья человека Минздрава России Марина Шевырёва. – Окончательные результаты проведённых испыта-

ний станут известны к концу 2015 г. Ранее в Либерии доставили экспериментальную вакцину от британских и американских учёных.

Эпидемия Эболы в Западной Африке началась в феврале прошлого года. По последним данным, число жертв лихорадки превысило 8,5 тыс.

Владимир СКОРОБОГАТОВ.

МИА Сити!

Москва.

Перспективы

# Ради будущего России

**Правительство РФ сообщило о ходе работы по выполнению поручения Президента РФ № Пр-539 от 17.03.2013 об укреплении в этом году материально-технической базы медицинских организаций системы охраны материнства и детства.**

В соответствии с Программой развития перинатальных центров в Российской Федерации по состоянию на 8 декабря 2014 г. из 32 центров в стадии строительства находятся 26, отмечается на сайте кабинета министров.

В Нижегородской области возведено здание центра, проводятся внутренние отделочные работы; в Белгородской области – 5 этажей, в Кабардино-Балкарской Республике – 2 этажа здания центра, в Липецкой и Московской областях (Коломна и Наро-Фоминск) работы ведутся выше нулевой отметки. В 20 субъектах Федерации строители не вышли пока за нулевую отметку. В 5 центрах продолжают разработку и проведение государственной экспертизы проектной документации на строительство центров.

В 2014 г. завершились мероприятия Национального проекта «Здоровье» по оснащению за счёт

средств федерального бюджета (1,56 млрд руб.) медицинским оборудованием учреждений родовспоможения и детства в рамках внедрения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода, развития неонатальной хирургии, проведения неонатального и аудиологического скрининга, а также выхаживания новорождённых с низкой и экстремально низкой массой тела.

В 2015 г. будут продолжены мероприятия Национального проекта «Здоровье», направленные на оснащение медицинских организаций изделиями медицинского назначения в рамках программы «Родовой сертификат» (19,03 млрд руб. ежегодно). То же самое и с закупкой оборудования для создания обучающих симуляционных центров в федеральных образовательных организациях Минздрава России (147 млн руб. – в 2014 г. и 74 млн руб. – в 2015 г.).

В 2014 г. из федерального бюджета направлены средства на софинансирование строительства в рамках федеральных целевых программ: «Юг России (2014-2020 гг.)» – республиканской многопрофильной детской больницы в Черкесске (90,7 млн руб.),

родильного дома в Грозном (100 млн руб.), инфекционного корпуса республиканской детской клинической больницы во Владикавказе (50 млн руб.); «Социально-экономическое развитие Республики Ингушетия на 2010-2016 гг.» – республиканской детской больницы в Назрани (50 млн руб.).

В рамках Федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 г.» планируется строительство в 2015-2020 гг. хирургического корпуса детской клинической больницы в Симферополе (1,654 млрд руб. из федерального бюджета), а также 49 фельдшерско-акушерских пунктов в населённых пунктах полуострова (около 80 млн руб.).

В ходе реализации непрограммной части федеральной адресной инвестиционной программы в 2014 г. на софинансирование строительства (реконструкцию) объектов здравоохранения государственной и федеральной собственности системы охраны материнства и детства из федерального бюджета направлено 2,24 млрд руб.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Криминал

# «Откат» на 4 года



**Великоустюгский районный суд Вологодской области приговорил заместителя главного врача Великоустюгской центральной районной больницы Николая Титова к 4 годам лишения свободы за получение взяток.**

В ходе следствия было установлено, что Н.Титовым было обещано содействие одному из предпринимателей города в победе на аукционах медучреждения на выполнение ремонтных работ в обмен на 10% от суммы контракта. В общей сложности заместитель главного врача получил свыше полумиллиона рублей.

В отношении Титова было возбуждено уголовное дело по части 5 статьи 290 Уголовного кодекса РФ (получение взятки). Наказание бывший начмед будет проходить в исправительной колонии строгого режима. Кроме того, у осуждённого была конфискована часть данной ему взятки. Наряду с этим ему запрещается занимать должности, связанные с выполнением административно-хозяйственных функций, в течение 2 лет после освобождения.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Великий Устюг.

Вступил в силу принятый парламентом и подписанный Президентом РФ Владимиром Путиным Федеральный закон № 436-ФЗ от 22.12.2014 «О внесении изменений в статью 6.6 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях».

Законом предусмотрено усиление санкций по фактам нарушений санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения в специально оборудованных местах. Максимальный размер штрафа на должностных лиц, а также на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, увеличен с 3 до 10 тыс. руб. Штраф на юридическое лицо, допустившее вышеуказанное правонарушение, может быть наложен в максимальном размере до 50 тыс. руб. Остальные санкции статьи 6.6 КоАП остались прежними.

О многочисленных фактах нарушений санитарно-эпидемиологических требований к питанию населения, контроле качества и безопасности продовольствия наша газета писала не раз (см. № 94 от 17.12.2014 – «Меню для пациента»). И вот теперь надзор за этим ужесточён.

В чём же суть дела и что даст новый закон?

Как показывает практика, юридическими лицами и лицами, осуществляющими предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, допускаются серьёзные нарушения санитарно-эпидемиологического законодательства, особенно при размещении объектов общественного питания и торговли

Острая тема

# Смешные штрафы

## Так выглядит наказание за нарушение санэпидтребований к организации питания населения



Насколько эффективен контроль?

продовольственными товарами в приспособленных помещениях многоквартирных жилых домов. Это, понятно, вызывает справедливые жалобы населения. Доля обращений граждан, например, на акустическое воздействие составляет от общего количества жалоб на воздействие физических факторов 58%, а в ряде субъектов Федерации превышает

70%. Воздействию шума с уровнем, превышающим предельно допустимый, подвергается в нашей стране несколько миллионов человек.

При осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах торговли и общественного питания органами Роспотребнадзора выявляются

и другие многочисленные нарушения санитарного законодательства. Так, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Новгородской области по статье 6.6 КоАП привлечено к административной ответственности: в 2010 г. – 360 человек, в 2011-м – 606, в 2012-м – 627, в 2013-м – 675 человек. Наложено административных штрафов на сумму: в 2010 г. – 600 тыс. руб., в 2011-м – 1200 тыс., в 2012-м – 1160 тыс., в 2013-м – 1600 тыс. руб.

Но применение установленных в настоящее время мер административного воздействия за нарушения норм санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения не достигает цели административного наказания – предупреждение совершения новых правонарушений как самим правонарушителем, так и другими лицами. Ни в этом, ни в других регионах.

И не мудрено. Санкция статьи 6.6 КоАП предусматривала за нарушение законодательства в области санитарно-эпидемиологических требований к

организации питания населения наложение, мягко говоря, несопоставимого административного штрафа. На должностных лиц – от 2 до 3 тыс. руб.; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от 2 до 3 тыс. руб. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток; на юридических лиц – от 20 до 30 тыс. руб. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.

Теперь штрафы повышены в 1,5-2 раза. Только вот будет ли толк, приведёт ли такое «мягкое» их повышение к санитарно-эпидемиологическому благополучию в деле организации питания населения? Весьма и весьма сомневаюсь: доходы от этого «хлебного дела»кратно превышают шадящие, можно сказать, смешные размеры штрафов. При такой, как писал классик, дистанции огромного размера работы сотрудникам Роспотребнадзора хватит на десятилетия...

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Продолжаем разговор

Осенью прошлого года «Медицинская газета» опубликовала корреспонденцию «Решать только взвешенно!» (см. «МГ» № 77 от 15.10.2014). Речь в ней шла о том, что Правительство РФ подготовило проект постановления, которым будет утверждён новый перечень радиационно загрязнённых населённых пунктов области. Из существующего перечня намечено исключить многие села и деревни, жители которых лишатся мер социальной поддержки, в том числе и денежных (в народе их называют «гробовыми»).

Получив такую информацию из официальных источников, население юго-западных районов области не на шутку встревожилось. Напомним, что именно Брянская область больше других российских регионов пострадала от последствий той техногенной катастрофы, и только здесь находятся все 4 зоны радиоактивного загрязнения, включая самые опасные зоны отчуждения и отселения. Согласно перечню конца прошлого века, в области было около тысячи льготных населённых пунктов, в которых проживают больше 300 тыс. человек. Теперь же их должно остаться 552 с населением 278,2 тыс. человек. То есть в случае утверждения нового перечня 426 сёл и деревень перейдут в категорию «чистых» территорий, и почти 50 тыс. жителей лишатся мер возмещения вреда для здоровья. Отметим, что уже были попытки пересмотреть такой перечень. Однако по решению судов 21 населённому пункту был возвращён прежний льготный статус. Нетрудно догадаться, что вряд ли и последний правительственный проект мог вызвать у населения

# Покушение на «гробовые»

## В «радиационных» районах Брянщины протестуют против намечаемого решения Правительства РФ

бурю восторга. Робкое, хотя уже вначале и массовое роптание вскоре переросло в митинговые страсти.

Так, в конце минувшего года в посёлке Навля состоялся митинг решительного протеста намерениям правительства. Организаторы этой массовой акции выпустили накануне листовку, в которой популярно разъяснили, почему «среднестатистическому навлинцу» предстоит выйти на митинг. Там было отмечено, в частности, что в Навлинском районе кроме центрального посёлка из нового списка будут исключены также крупные сёла Салтановка, Алешенка и др. То есть те населённые пункты, в которых проживает наибольшее количество селян.

Участники митинга говорили о том, что проект постановления уже прошёл обсуждение и соответствующую экспертизу и был направлен на рассмотрение правительства. Возражения были отклонены с такой формулировкой: «Проект постановления подготовлен во исполнение требований Федерального закона с учётом текущей радиационной обстановки на основании официальных данных Росгидромета и Роспотребнадзора» «Если перевести эту фразу с официального языка документа на простой язык рядового селянина, она будет звучать примерно так: «У вас

нет больше радиации, это подтвердили вышестоящие инстанции...» Может, сверху оно и действительно виднее, но только территории как были радиационными, так и остались. И никаким постановлением этого факта не отменить. Соответствующая резолюция участников митинга была принята единогласно.

Схожая ситуация сложилась и в Новозыбкове, который, исходя из степени его загрязнённости, называют «столицей российского Чернобыля». По предложению руководителей общественных организаций вместо ранее объявленного митинга здесь решили провести «круглый стол», переведя тем самым шумный массовый протест в тихое русло. В заседании приняли участие более 150 горожан, вопросы, которые обсуждались в центральной библиотеке Новозыбкова, были поистине животрепещущими. Было отмечено, в частности, что в возникшей ситуации есть и вина прежнего руководства области, которое пустило решение проблемы на самотёк. А потому она полностью легла на плечи новой нынешней власти региона.

На оперативном совещании исполняющий обязанности губернатора Александр Богомаз заострил внимание глав юго-западных районов на первоочередном выполнении постав-

ленных задач, защите интересов людей, которые пострадали от последствий чернобыльской катастрофы.

В ходе конструктивного обсуждения проблемы на «круглом столе» глава администрации Новозыбковского района Александр Чебыкин отметил, что никакого ущемления интересов жителей не будет. На последнем заседании областной Думы принят региональный бюджет, в котором 8,8 млрд руб. предусмотрены как раз на «чернобыльские» выплаты жителям юго-западных районов области. Так что все существовавшие прежде льготы сохраняются, и количество их получателей (а это около 240 тыс. человек) остаётся прежним.

Правда, изменения всё же будут. Так, уже в 2015 г. Российская Федерация передаёт свои полномочия по реализации чернобыльского законодательства органам исполнительной власти субъектов. Средства же на осуществление этих полномочий станут поступать в регионы в виде субвенций из федерального бюджета. Всего же в виде таких субвенций Брянской области будет выделено из федерального бюджета 8,79 млрд руб. Причём 2,79 млрд направят на меры социальной поддержки, а 6 млрд – на выплаты компенсации за утраченное имущество.

По итогам «круглого стола»

была принята резолюция с просьбой отложить пересмотр перечня населённых пунктов, которые пострадали от воздействия радиации. Решение было отправлено в столицу.

Ни в коем случае не следует сбрасывать со счетов и серьёзную медицинскую составляющую проблемы. По свидетельству главного врача Брянского клинико-диагностического центра Александра Силенка, ситуация со здоровьем тех, кто пользуется льготами, за истёкшие годы не улучшилась. А в последние годы наблюдается рост заболеваний раком щитовидной и молочной железы у женщин. Массу серьёзных заболеваний отмечают и сотрудники Брянского консультативно-диагностического центра, расположенного в городе Клинцы. Этот центр ежегодно обслуживает больше 60 тыс. пациентов, оказывая всевозможные медицинские услуги жителям Клинцовского, Климовского, Злынковского, Мглинского и других районов области. Так что всё говорит за то, чтобы намечаемое правительством решение стало предметом дальнейшего, ещё более пристального изучения, прежде чем этот вопрос будет окончательно решён.

Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

– **Василий Викторович, какие хирургические заболевания тазовых органов встречаются у детей?**

– Более чем в 80% случаев они представлены пороками развития, проявлениями миелодисплазии. Менее 20% приходится на последствия травм (в том числе и ятрогенных), тератомы и опухоли.

Пороки тазовых органов могут сочетаться с патологией тазового кольца и тазового дна, например, экстрофия мочевого пузыря, экстрофия клоаки, но особенно часто они сочетаются с патологией крестцово-копчикового отдела позвоночника, а следовательно, с различными нарушениями иннервации тазовых органов.

– **Каковы особенности комбинированных пороков?**

– Комбинированные пороки объединяют две или три системы органов. В качестве примера можно привести урогенитальные и ректогенитальные свищи, урогенитальные синусы, персистирующую клоаку, клоакальные экстрофии.

Эти заболевания относятся к разным медицинским специальностям – урология, гинекология и колопроктология, что создаёт трудности выработки тактики лечения.

Не редки ошибки в диагностике. В процессе операций высок риск ятрогений – повреждений мочеполовых органов и нарушений иннервации нижних мочевых путей. Согласно проведённому нами в конце 90-х годов анализу, ятрогенные урологические осложнения, возникшие после операций на прямой кишке, выявлены у 41% больных. Каждая следующая операция в среднем добавляет одну урологическую или андрологическую проблему, среди которых наиболее частыми были нарушения функции мочевого пузыря, а наиболее значимыми – полное отсутствие эрекции и тотальное недержание мочи.

– **В чём сложность реконструкций тазовых органов?**

– В необходимости сохранить или восстановить проходимость и целостность тазовых органов в труднодоступной анатомической зоне, а также обеспечить функции удержания мочи и кала. Осложняют решения этих задач нарушения мышц тазового дна, дегенерационные изменения функции мочевого пузыря в процессе операций или в результате миелодисплазии, патология тазовых костей и крестцово-копчикового отдела позвоночника.

– **Что, кроме трудностей доступа, препятствует эффективному лечению комбинированных пороков?**

– Проблема заключается не только в сложности выполнения операций и риске осложнений, но и в организационной составляющей. Отсутствует специализированная медицинская структура, отвечающая за оказание помощи детям со сложными тазовыми пороками и последствиями сочетанных повреждений тазовых органов. Занимаются лечением комбинированных пороков врачи разных специальностей: детские хирурги, детские урологи и гинекологи, нейрохирурги и ортопеды. Освоение смежных специальностей затруднительно, а наиболее универсальной специализацией – детский хирург – крайне редко имеет достаточный опыт в урологии и реконструктивной хирургии влагалища и шейки матки.

К тому же многие дети – воспитанники детских домов, что затрудняет реабилитацию, наблюдение и обратную связь.

Как сегодня происходит диагностика, лечение и реабилитация больных с комбинированными пороками тазовых органов можно посмотреть на примере наиболее типичной тазовой патологии – персистирующей клоаки у девочек.

– **Персистирующая клоака – аноректальный порок или ком-**

**В детской хирургии в последние годы отмечается заметный прогресс, связанный с внедрением новых технологий диагностики и лечения и продолжающейся специализацией медицины. Разделение детской хирургии на ряд специальностей позволило глубже изучить многие вопросы, а врачам – накопить большой опыт и выбрать лучшие методики лечения. Но есть группа больных, которая не выиграла, а возможно, и проиграла от специализации медицины. Это дети со сложными хирургическими заболеваниями тазовых органов, в основном пороками и последствиями травмы смежных органов. Недостатки специализированного подхода к их лечению очевидны. Пациенты перенаправляются от проктолога к урологу, от уролога к гинекологу и обратно. Если за лечение берутся сразу несколько специалистов, то между ними возникает разногласия или выбирается минимальный упрощённый вариант, направленный на устранение угрожающих ситуаций, а не на максимальное восстановление функций. О проблемах оказания эффективной помощи таким больным – наш разговор с заместителем главного врача по хирургии Российской детской клинической больницы профессором Василием НИКОЛАЕВЫМ.**

**Авторитетное мнение**

## Коррекция этих пороков — дело специфическое

### Тазовая хирургия детского возраста: специализированный или комплексный подход?

**бинированный порок тазовых органов?**

– До сих пор персистирующая клоака (порок, при котором уретра, влагалище и прямая кишка сливаются воедино) относилась к аноректальным порокам развития, и занимались этими больными детские хирурги, специализирующиеся в абдоминальной хирургии. Так сложилось потому, что прямая кишка, как правило, впадает в общий канал узким свищом, что приводит сразу после рождения к развитию кишечной непроходимости. Обычно это требует наложения колостомы, поэтому дальнейшую реконструкцию осуществляют абдоминальные хирурги.

При клоаке с коротким общим каналом (до 1 см) пластика влагалища для хирурга особых проблем не представляет. Этот порок прощает погрешности.

Клоака с общим каналом до 3 см уже требует более совершенной техники и специального обучения. Наиболее сложная задача – создание нормального влагалища и разделение слияния влагалища и уретры при клоаке с длинным общим каналом от 3 до 10 см.

Влагалище (и особенно удвоенные влагалища, имеющиеся у девочек с персистирующей клоакой в 50% случаев), в отличие от прямой кишки, не имеет запаса длины, и прочно фиксировано короткими сосудами и связками к стенкам таза и мочевому пузырю. В отличие от прямой кишки при длинном клоакальном канале к влагалищу трудно приблизиться и его нельзя вытянуть.

Именно в этих случаях возникают основные проблемы. Хирурги, занимающиеся аноректальными пороками, не владеют техниками пластики влагалища. Гинекологи, которые занимаются пластикой влагалища в более простых случаях при изолированных пороках, не берутся за клоакальные пороки. А осложнения этих операций лежат в области урологии, так как нарушается иннервация мочевого пузыря и уретры. Вот выдержка из письма такой пациентки.

«Я родилась с патологией, у меня не были до конца развиты влагалище, уретра и анальное отверстие. В детстве было проведено 6 операций, в конечном счёте врачи сделали всё, что могли.

Сейчас мне 20 лет, у меня – недержание мочи и кала, нет нормального влагалища. Хотелось бы узнать, возможна ли пластика в моём случае?»

Мне бы хотелось обратить внимание детских хирургов на эту ситуацию. Прежде чем браться за лечение сложного порока, надо знать свои возможности, ясно представлять цель и иметь план лечения, а также понимать, что перед вами человек, которому с проблемами, оставшимися после лечения, жить ещё примерно 50-70 лет.

Проиллюстрирую эту мысль наблюдениями из моей практики в РДКБ. К нам поступают из регионов самые сложные больные, и мы часто видим ошибки, которые допускают специалисты на местах. Вот пример.

Хирург не полностью обследовал пациентку и поставил неправильный диагноз – ректовагинальный свищ. Во время проктопластики, не зная о клоакальном пороке, он отсёк влагалище вместе с прямой кишкой от уретры, думая, что отсекает прямую кишку от влагалища. Потом девочка 10 лет наблюдалась проктологами по поводу тяжёлой формы недержания кала. Шесть разных специалистов поставили ей шесть разных диагнозов. Под наше наблюдение девочка попала уже в возрасте 12 лет с резким расширением прямой кишки, каловым завалом и каловой интоксикацией. После наложения колостомы произведено разделение ректовагинального синуса, выполнена заднесагиттальная проктопластика и пластика влагалища местными тканями. Результат операции хороший. А ведь до этого ребёнок мучился 10 лет.

Другой пример. У пациентки в общий канал длиной 5 см впадают уретра, кишка и удвоенное влагалище. Таким образом, слияние всех органов находится в труднодоступной для оперирования области. Диагноз установлен правильный, но хирург переоценил свои силы и не смог выполнить пластику влагалища. Провёл лишь проктопластику. Операция продолжалась 12 часов, однако результат не был достигнут: у влагалища нет своего отверстия, оно сливается с уретрой, образуя урогенитальный синус, и это поддерживает инфекцию в мочевом пузыре. Кроме того, у девочки возникли задержки мочи из-за частичной денервации мочевого пузыря во время операции и тяжёлая форма недержания кала.

Через 5 лет наблюдения хирурги сообщили, что они сделали всё, что могли, а дальше дело за гине-



ские заболевания тазовых органов, в связи с редкостью, сложностью и большим количеством осложнений после хирургических вмешательств целесообразно выделить в отдельную специальность – тазовая хирургия.

Различными вопросами хирургии тазовых и репродуктивных органов мы занимаемся уже 30 лет. Так, в минувшем году в РДКБ произведено 6 успешных операций при персистирующей клоаке, а всего под нашим наблюдением около 40 таких больных, и это первый в России значительный опыт успешного лечения столь сложной врождённой мальформации тазовых органов. Нами предложено свыше 30 методов лечения при

различных заболеваниях тазовых органов, многие перспективные инновации, появившиеся за рубежом, впервые использованы в отечественной практике.

В 2001 г. в РДКБ был создан центр патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии. Тогда в него вошли 3 отделения: урологии, эндокринологии и гинекологии, а в дальнейшем присоединилось и колопроктологии. Мы рассчитывали, что это объединение позволит усилить взаимодействие между специалистами в лечении сложных пациентов с комбинированными заболеваниями. К сожалению, наш расчёт не оправдался.

– **Что происходит в пубертатном возрасте, если пластика влагалища не проводится, ведь существует мнение, дескать, операции на влагалище выполняются после 21 года?**

– По этому поводу можно услышать разные точки зрения. Одни коллеги считают: «При половом созревании влагалище опустится, сделают надрез и всё откроется». Другие полагают: «Сначала надо восстановить жизненно важные органы, а половые – если получится». Третьи и вовсе заявляют пациентам: «Подобные операции у нас не делаются, езжайте за границу».

Реальность же такова: во время месячных влагалище заполняется кровью или кровью с мочой (гематокольпос, гидрокотельпос) и нормально не опорожняется. Его содержимое может нагнаиваться. В результате кто-то из хирургов поставит дренаж в полость «абсцесса», другой посоветует с гинекологом и подождёт матку к коже живота, чтобы отходила менструальная кровь. Гинекологи, если к ним попадает больная с высоко расположенным в полости таза гематокельпосом, чаще используют понятный для них и надёжный вариант – удаляют матку и влагалище, констатируя, что осуществить пластику невозможно.

За каждым из этих случаев стоят судьбы детей. Их может быть очень много, но для родителей нет на свете ничего ценнее собственного ребёнка. После операций детских хирургов (в отличие от взрослой хирургии) впереди у человека вся жизнь. Как он и его близкие проживут её, во многом зависит от результата оперативного лечения.

– **Каким же вам видится выход из сложившейся ныне ситуации? Что позволит улучшить помощь детям с комбинированной тазовой патологией?**

– По моему мнению, сложные пороки, последствия сочетанных травм, нейрогенные хирургиче-

различных заболеваниях тазовых органов, многие перспективные инновации, появившиеся за рубежом, впервые использованы в отечественной практике.

В 2001 г. в РДКБ был создан центр патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии. Тогда в него вошли 3 отделения: урологии, эндокринологии и гинекологии, а в дальнейшем присоединилось и колопроктологии. Мы рассчитывали, что это объединение позволит усилить взаимодействие между специалистами в лечении сложных пациентов с комбинированными заболеваниями. К сожалению, наш расчёт не оправдался.

Не один год мы с главным врачом РДКБ Николаем Николаевичем Вагановым возвращаемся к вопросу о создании отделения тазовой хирургии детского возраста в РДКБ. Для чего? В первую очередь чтобы обеспечить преемственность. Чтобы для врачей этого отделения больные с комбинированными пороками были родными, а не чужими, как сейчас. И чтобы урологи, гинекологи и проктологи вместе боролись за достижение максимального результата для каждого больного.

Идею необходимости более универсального комплексного подхода к тазовым проблемам поддерживает целая группа детских хирургов и урологов России. Кстати, в США в последние годы открыто два центра тазовой хирургии детского возраста, аналогов которым в других странах пока нет.

Думаю, общее понимание проблемы не за горами. Мы были инициаторами выделения тазовой хирургии детского возраста в отдельный раздел детской хирургии. Считаем, что операции при аномалиях клоакального типа должны выполнять детские хирурги с опытом гинекологических и урологических вмешательств. Нет никакой необходимости лечить этих пациентов там, где они являются раз в 5 лет. И даже раз в год. Не хватит жизни хирурга для того, чтобы стать специалистом в решении подобных проблем.

Надеюсь, что организаторы здравоохранения поддержат нас. Речь идёт о создании в стране двух или трёх отделений тазовой хирургии детского возраста.

Беседу вела  
Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Повышение эффективности практической деятельности по защите трудовых, профессиональных, экономических интересов медиков стало программной задачей Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ в прошедшее 5-летие, итоги которого были подведены на отчётно-выборной конференции в конце прошлого года. Какие победы одержаны на профсоюзном фронте Подмосковья, какая отдача от осуществлённых мероприятий и над чем предстоит работать в 2015 г. – об этом разговор с её председателем Анатолием ДОМНИКОВЫМ.

– Анатолий Иванович, что, на ваш взгляд, было главным ориентиром в многогранной деятельности обкома профсоюза?

– За прошедшие 5 лет произошло очень многое: выборы Президента страны и губернатора Подмосковья. Сменились министры здравоохранения в России и Московской области. В стране реализуются масштабные программы реформирования. Предстоит передача полномочий в сфере здравоохранения на областной уровень, переход «социально значимой» сети на финансирование через ОМС, изменение системы управления здравоохранением в территориях, выстраивание трёхуровневой системы оказания медицинской помощи. Во всех этих преобразованиях необходимо активное участие профсоюза работников здравоохранения. Но для повышения эффективности нашей работы как воздуха требуется совершенствование профсоюзного законодательства. Решая эту задачу, профсоюзы активно поддержали кандидатов в депутаты Госдумы. В результате наших общих усилий депутатами были избраны 11 профсоюзных лидеров (против 4 в предыдущем созыве). В их числе и председатель Московского областного объединения организаций профсоюзов Валентина Кабанова. Но все они избраны по спискам политических партий, а значит, соблюдая партийную дисциплину, не могут полностью лоббировать профсоюзные интересы. Следующий шаг профсоюзов – создание своей партии «Союз труда», которая сейчас активно развивается, и избрание профсоюзных независимых кандидатов по мажоритарным округам.

Переход на одноканальное финансирование медицинских организаций через ОМС в масштабах страны привёл к осознанию избыточности коечной мощности и необходимости значительного сокращения кадров и медицинских организаций. Вроде бы всё очевидно, всё правильно. Но в некоторых регионах власть всё сделала без совета с профсоюзом и медицинской общественностью. На что сразу обратил внимание Президент страны. Активно взаимодействуя с профсоюзами и медицинской общественностью, властям Подмосковья удалось избежать этой ошибки, и реорганизация областного здравоохранения происходит в основном безболезненно.

– Чем вы руководствуетесь в своих действиях?

– Право профсоюзов на представительство в органах власти и защиту работников закреплено Федеральным законом «О профсоюзах...» и Трудовым кодексом РФ. Профсоюз – это единственная общественная организация, которую законодатель наделил правом на совершение юридически значимых действий.

В данном случае имеется в виду принятие локальных нормативных

Итоги и прогнозы

# «Штрейкбрехерство» или осознанная необходимость?

## Взаимодействие профсоюза с властью строится через конкретный диалог, дающий реальные результаты



деятельности составила более 100 млн руб.

– **Оплата труда работников здравоохранения – тема, которая всегда поднималась в интервью «МГ» с профсоюзными лидерами. По опросам медиков, несмотря на значительные объёмы**

**финансовых средств, направленных на повышение их зарплаты в рамках модернизации здравоохранения, она продолжает оставаться недостаточной. Проясните ситуацию с ней в лечебных учреждениях Подмосковья.**

– Оплата труда была, есть и будет основным разделом нашей работы. Как известно, совместные усилия профсоюзов всех уровней привели к принятию в 2012 г. майских указов Президента России. Они призваны укомплектовать отрасль кадрами и довести заработную плату работников к 2018 г. до 200% у врача и до 100% у среднего и младшего медицинского персонала по отношению к средней в регионе. Над решением этих задач и работают в области, но не везде всё идёт по плану, так как финансовые возможности не всегда соответствуют потребностям.

Профсоюз работников здравоохранения РФ уже не один год выдвигает требования о том, чтобы тарифная часть зарплаты составляла не менее 60%. Сегодня она – 40-50%, а в некоторых случаях и ниже. В этих требованиях мы выступаем с ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ единым фронтом – последовательно и твёрдо.

Особую остроту эта проблема приобрела в связи с принятием Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях на 2012-2018 гг. Основной её посыл – прямая зависимость роста заработной платы от количества и качества труда. Иными словами, она будет расти за счёт стимулирующих выплат. Но они не являются её гарантированной частью. А если последняя не будет увеличиваться, то работники обрекаются на рост интенсивности и, я бы сказал, на эксплуатацию. Поэтому профсоюзы не смогли с этим согласиться. Их позиция была наконец-то услышана премьер-министром и Президентом стра-

ны. В результате губернаторам регионов направлено письмо за подписью министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, в котором рекомендуется увеличить долю оклада до 55-60%, компенсационные выплаты до 10-15%, а выплаты стимулирующего характера не должны превышать 30%. Мы будем внимательно отслеживать ситуацию в области.

Наша профсоюзная организация всегда выступала за рост МРОТ пропорционально росту заработной платы в отрасли. В Московской области за отчётный период размер МРОТ вырос почти в 1,8 раза – с 6,7 до 12 тыс. руб. В результате в настоящее время МРОТ превышает размер прожиточного минимума.

– **Проблема привлечения и закрепления медицинских кадров остаётся одной из важнейших. Основой её решения является наличие социальных гарантий и выделение жилья. Какая картина складывается в Подмосковье?**

– В настоящее время законами «О здравоохранении в Московской области» и «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Московской области» установлены меры поддержки работников здравоохранения. Но они распространяются на очень ограниченный круг лиц. Это специалисты, работающие и проживающие на селе.

Что касается жилья, по данным мониторинга обкома за отчётный период были улучшены жилищные условия 1872 работникам муниципальных организаций здравоохранения области, но эта цифра не достигает даже 2%.

Сейчас некоторых работников волнует вопрос, что будет с теми, кто получил муниципальное служебное жильё, а теперь переходит в подчинение области. Разъясняем: в Законе «Об основах охраны здоровья граждан...» сказано, что они сохраняют право пользования жилыми помещениями и в период работы в государственных медицинских организациях.

– **Вопросы обеспечения здоровых и безопасных условий труда работников здравоохранения всегда находились в центре внимания профсоюза и областная организация активно работала на этом направлении. Каковы результаты?**

– Если вернуться на 5 лет назад, то должного контроля по охране труда медицинских работников Министерством здравоохранения области обеспечено не было. Недостаточные меры применялись по профилактике производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Тогда мы провели профсоюзную научно-практическую конференцию «Актуальные вопросы

охраны труда и пути их решения в организациях здравоохранения Московской области». Президиум Московского областного комитета принял постановление «Об утверждении плана проведения комплексных проверок и семинаров-совещаний по охране труда в учреждениях здравоохранения Московской области». Эти мероприятия проходили во всех 12 медицинских округах. Было проверено 38 медицинских организаций. По их результатам удалось выявить и устранить большое количество типовых нарушений в области охраны труда и трудового законодательства. Выводы конференции – отсутствие системного подхода в организации работы по охране труда Минздрава Московской области. Пока ситуация мало меняется к лучшему. Поэтому мы предложили правительству и Минздраву области создать в штабе отрасли отдел охраны труда по аналогии с отделом охраны труда в Минздраве России. Это необходимо ещё и потому, что в связи с передачей дополнительных полномочий ожидается трёхкратное увеличение числа подведомственных областному Минздраву организаций. То есть пришло время настойчивее заниматься вопросами создания нормальной рабочей обстановки. Средств, думаю, достаточно. Только в ходе реализации областной программы модернизации и развития здравоохранения Московской области было освоено 15 млрд руб., в результате чего улучшены условия труда 50 тыс. медицинских работников. Затраты на охрану труда на одного работника составили в среднем 30 600 руб., что в 3 раза выше, чем средний показатель по России.

С 1 января 2014 г. в учреждениях здравоохранения вместо аттестации рабочих мест Федеральным законом № 426 введена специальная оценка условий труда, вызвавшая массу вопросов и споров. Обкомом был организован обучающий семинар по разъяснению применения закона для руководителей учреждений здравоохранения области, специалистов по охране труда, профактива, который прошёл в МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского.

Практическое применение закона всё больше убеждает медицинское сообщество, что проводимая специальная оценка условий труда – не объективна. Она не даёт полной картины. А поэтому закон и методика требуют серьёзной доработки. Свои предложения мы направили в ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ. В настоящее время над этим вопросом работает совместная рабочая группа профсоюза, Минздрава и Минтруда России.

– **Что ещё может сделать ваша областная профсоюзная организация, чтобы стать ближе к нуждам и потребностям работников здравоохранения?**

– Очень важно заботиться об их здоровье. Мы создали Фонд оздоровления членов профсоюза, который оказывает финансовую поддержку в санаторно-курортном лечении. Это является определённым подспорьем для многих работников.

Мы имеем возможность направлять на лечение наших коллег в профсоюзные санатории Московской области и расположенные в соседних регионах, на Кавказе и Черноморском побережье по льготным ценам. Плюс к этому профсоюзная компенсация за счёт Фонда оздоровления. Достаточно сказать, что за 5 лет такой возможностью воспользовались 31 694 работника учреждений здравоохранения. Это треть всех наших членов профсоюза. Наши профсоюзные лидеры инициировали направление на долечивание своих работников в рамках программы ОМС. Ряд подмосковных санаториев получили соответствующие лицензии. Для работников лечение в них бесплатно.

Большое внимание уделяем оздоровлению детей наших работников. С каждым годом растёт число отдохнувших.

Могу также сказать, что областной комитет является лидером в Подмоскovie в организации и проведении мероприятий по физической культуре и спорту. Из последних 20 спартакиад, организуемых областным профсоюзным объединением, мы выиграли 19 и в одной заняли 2-е место.

В последнее время развиваем новое направление – фестивали здоровья. Их популярность растёт, они собирают по 500 и более участников. С января 2015 г. расходы на посещения бассейнов, спортивных секций, тренажёрных залов, фитнеса станут мероприятиями по охране труда и будут включены в расходы организаций. Это тоже путь к здоровью, активному труду на рабочем месте.

– **А как вписаться в новый поворот, как усилить роль профсоюзной организации в происходящих процессах в здравоохранении?**

– Время вносит свои коррективы, и потому то, что считалось раньше большим достижением, становится недостаточным в продвижении к цели. А она заключается, ещё раз подчеркну, в отстаивании прав работников здравоохранения на лучшую жизнь. Это ясно прозвучало и на областной отчётно-выборной конференции профсоюза, собравшей 500 участников, 42% из которых были руководители ЛПУ, во главе с министром здравоохранения Московской области Н.Суслановой и заместителями министра. Сейчас заметна тенденция – возрастающее взаимодействие власти и профсоюза. Сегодня для решения социально-экономических проблем здравоохранения требуются новые подходы. Масштабные изменения нуждаются в объективной «обратной связи». Поэтому эффективное управление отраслью невозможно без функционирования общественных организаций и институтов, их объединяющих. Для координации деятельности всех общественных организаций, функционирующих на «медицинском поле» Подмоскovie, они объединены в Общественный совет при Минздраве Московской области.

Кроме того, многие медицинские организации стали автономными. К выполнению государственного заказа через

территориальный фонд ОМС подключились коммерческие организации. Самое время создавать объединение работодателей в здравоохранении и подписывать не двухстороннее, а трёхстороннее отраслевое соглашение. Эту свою позицию мы и озвучили перед широкой аудиторией на конференции.

В таких обстоятельствах требования к работе профсоюза становятся другими, так как из всех общественных организаций только профсоюз законодательно уполномочен на совершение юридически значимых действий. То есть он может и должен стать локомотивом развития других общественных организаций. Только он может достучаться до власти, что и происходит на деле. С нами считаются, к нашему голосу прислушиваются. Так, губернатор Московской области А.Воробьёв отнёс большую роль профсоюзам при реформировании областной общественной палаты и палат муниципальных образований. Представители нашего профсоюза вошли в состав как областной, так и большинства муниципальных палат. Вошли для реальной работы в интересах прежде всего работников отрасли и всего населения. Ведь происходящие процессы в значительной степени затрагивают трудовые, профессиональные и социально-экономические интересы медиков. А значит, это и профсоюзная задача.

Наша профсоюзная организация ещё в 2013 г. поддержала инициативу М.Кузьменко и Л.Рошала и вышла в Московскую областную трёхстороннюю комиссию по регулированию социально-трудовых отношений с предложением о принятии социального пакета для медицинских работников Подмоскovie. Пока не удаётся решить вопрос о предоставлении единых социальных гарантий, но инициатива не умерла. Мы вновь озвучили её на площадке форума, организованного Московским областным отделением Общероссийского народного фронта. Сформулировано обращение к губернатору Московской области А.Воробьёву. Это пример действенной «обратной связи» населения через общественные организации с властью. Сейчас наши специалисты готовят вопросы, которые следует поставить перед Президентом РФ на форуме ОНФ в феврале – марте, где будет обсуждаться и положение в здравоохранении страны. Наступило время действовать ещё более конструктивно и с отдачей. Ведь развитие отрасли зависит не только от грамотной стратегии и управленческой компетентности, от профессионального уровня кадров, но и от активности и умения профсоюза защищать интересы наших работников.

А в итоге плотное, энергичное взаимодействие с властью это ни в коем случае не предательство интересов работников не «штрейкбрехерство», а единственная возможность при существующем законодательстве защищать трудовые права работников. Наша позиция по ключевым моментам проста и понятна: неуклонное повышение жизненного уровня работников здравоохранения, строгое соблюдение их прав и социальных гарантий, создание здоровых и безопасных условий работы.

– **Остаётся пожелать, чтобы энергия профсоюза, направленная на благое дело, не иссякала и приносила весомый результат.**

Беседу вела  
Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».

Тенденции

# Устойчиво — значит надёжно

## Медучреждений на селе становится больше

**В Министерстве сельского хозяйства РФ подведены предварительные итоги реализации Федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 гг. и на период до 2020 г.»**

Казалось бы, какое отношение эта программа имеет к здравоохранению? Оказывается, самое прямое, поскольку в ней предусмотрены мероприятия по развитию сети фельдшерско-акушерских пунктов и офисов врачей общей практики в сельской местности. Иными словами, аграрное ведомство страны, взаимодействуя с Министерством здравоохранения РФ, с которым у него заключено соглашение, строит и реконструирует в рамках партнёрства первичные сельские медучреждения.

У сельских поселений, где не имеется своего медпункта, нет перспективы. В результате такого сотрудничества только за 11 месяцев минувшего года в сёлах, деревнях и посёлках страны было открыто или реконструировано 57 ФАПов.

В числе 8 российских регионов, где наиболее успешно воплощается в жизнь эта программа, отмечена и Омская область.



**Офтальмолог Омского областного клинического медико-хирургического центра ведёт приём в одном из ФАПов Тевризского района Прииртышья**

На этой сибирской территории с января по декабрь 2014 г. были сданы в эксплуатацию 3 фельдшерско-акушерских пункта. Теперь жителям села Богословка Омского района, деревень Стретенка Черлакского и Утузы Тевризского районов медицинская помощь оказывается на месте, и только в серьёзных случаях, когда необходимы длительное лечение или операция, они отправляются в ЦРБ или клиники Омска. Да и врачам областного центра, часто проводящим про-

филактические осмотры сельчан, есть где вести приёмы.

На строительство этих медучреждений в Прииртышье из областного и федерального бюджетов было выделено почти 5 млн руб. Не меньшая сумма предусмотрена и на 2015 г. в течение которого в Омской области появятся ещё 3 новых фельдшерско-акушерских пункта.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Перемены

# Чтобы исключить возможные ошибки

## Стерилизацию стали проводить быстро и качественно

**Центральное стерилизационное отделение Вологодской областной детской клинической больницы при паровой стерилизации медицинских инструментов получает результаты биологического контроля всего за 3 часа.**

Ежегодно больница оказывает помощь более 13 тыс. маленьких пациентов. Внушительное количество больных подразумевает соответствующий объём ежедневно используемых медицинских инструментов и оборудования, которое нужно обязательно обеззараживать после применения. Российские лечебные учреждения активно используют комплексные системы мониторинга качества процесса стерилизации, как химические, так и биологические индикаторы. При этом работа с индикаторами быстрого чтения позволяет значительно ускорить процесс обретения результата о качестве стерилизации. Принцип считывания по флюоресцентному свечению даёт возможность получить ответ в течение 3-4 часов (в зависимости от вида

индикатора), что в 6 раз быстрее обычного метода.

– В 2012 г. мы задались вопросом, можно ли иметь результаты бактериологического контроля стерилизации в более короткие сроки, – говорит заведующая санитарно-эпидемиологическим отделом больницы, врач-эпидемиолог Людмила Астафьева. – Сотрудники центрального стерилизационного отделения стали искать ответ и узнали о биологических индикаторах быстрого чтения для паровой стерилизации в комплекте с инкубатором. Используем их с удовольствием. Это позволяет через 3 часа после стерилизации получить предварительный результат о стерильности материала и через 24 часа – окончательный результат. Таким образом, мы можем быстрее начать применять необходимые инструменты, будучи при этом уверенными в качестве проведённой стерилизации.

ЦСО представляет собой технический комплекс, обеспечивающий все структурные подразделения больницы перевязочным и шовным материалом, бельём, изделиями медицин-

ского назначения. Оно оборудовано тремя моечными машинами проходного типа, двумя сушильными шкафами, тремя термозапаивающими машинами и двумя паровыми стерилизаторами проходного типа, автономной системой водоподготовки. В настоящее время для стерилизации используются пакеты, которые имеют индикаторные метки контроля стерилизации и герметично упаковываются с использованием термозапаивающих машин.

Персонал отмечает удобство работы с биологическими индикаторами.

– При использовании биологических индикаторов быстрого чтения мы можем быть уверены в качестве проведённого процесса стерилизации, – отмечает помощник врача-эпидемиолога Ирина Дойницына. – Следовательно, можно оптимизировать трудозатраты при выполнении технологических операций и исключить возможные ошибки, связанные с так называемым человеческим фактором.

Елена ГАЛИНА.

Вологда.

## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 5 (1857)

**Обморок (или синкопальное состояние) – это внезапная кратковременная потеря сознания с утратой мышечного тонуса, со спонтанным, полным и, как правило, быстрым восстановлением. Потеря сознания и падение обычно пугают как самого человека, так и окружающих. Поэтому обмороки являются частой причиной обращения за медицинской помощью.**

### Эпидемиология

Обмороки не являются редким феноменом. Проведённое нами анкетирование 372 больных показало, что 20,2% из них ранее в течение жизни перенесли синкопальное состояние. Наиболее частой была связь обморока с быстрым подъёмом с кровати – 64%. Повторные обмороки развивались в 37,3% случаев.

### Этиология и патогенез

Обморочные состояния обычно рассматриваются как лёгкие проявления сосудистой недостаточности. Между тем следует помнить, что эти состояния могут быть первым проявлением тяжёлых заболеваний внутренних органов или нервной системы и связаны не только с сосудистой недостаточностью, но и с нарушением деятельности сердца, первичными заболеваниями головного мозга и т.д.

### Причины обмороков

#### Вегетативные нарушения:

1. Вазовагальный обморок.
2. Ортостатический обморок.
3. Синокаротидный обморок.
4. Кашлевой обморок (бетталепсия).
5. Рефлекторные обмороки.

#### Сердечно-сосудистые заболевания:

1. Тахикардии (фибрилляция желудочков, желудочковая и суправентрикулярная тахикардия).
2. Брадикардии (атриовентрикулярная блокада II и III степени с приступами Морганьи – Адамса – Стокса, синдром слабости синусового узла).
3. Стенозы клапанов сердца (стеноз аорты, обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия, миксома предсердий и др.).
4. Тромбоз эмболия лёгочной артерии.

#### Заболевания центральной нервной системы и психические расстройства:

1. Шейный вертебральный синдром.
2. Мигрень.
3. Невралгия языкоглоточного нерва.
4. Эмоциональные расстройства (истерическое припадки).

#### Другие причины потери сознания:

1. Транзиторные ишемические атаки с недостаточностью кровообращения в бассейнах экстракраниальных сосудов (вертебробазилярном, каротидном).
2. Эпилепсия.
3. Метаболические нарушения:

- гипогликемия
- гипервентиляция
- анемия, кровопотеря
- гиповолемия
- гипоксия и др.

К основным механизмам развития обмороков относятся снижение притока крови к сердцу, падение сердечного выброса с развитием кратковременного преходящего нарушения кровоснабжения головного мозга, которое и является причиной потери сознания.

**Вазовагальный (вазодепрессорный) обморок** является наиболее частой причиной потери сознания. Обычно он возникает при сильной боли или эмоциональном стрессе вследствие рефлекторной вазодилатации на фоне брадикардии. В норме на вазодилатацию развивается учащение сердечного ритма, компенсирующее снижение сердечного выброса. Если этого не происходит, развивается обморок.

Провоцирующими факторами вазовагального обморока могут быть: длительное стояние; пребывание в душном помещении; сильное волнение, особенно

на фоне переутомления, бессонницы; лихорадка; отрицательные эмоции (при виде крови, выполнении инъекций и т.д.); болевые ощущения (почечная колика, плевральная пункция и т.д.).

Обычно обморок развивается постепенно, реже внезапно. Появляются общая слабость, головокружение, шум в ушах, тошнота, «туман» перед глазами. Потеря сознания длится он нескольких секунд до нескольких минут. Характерны бледность кожи, холодный пот. Мышечный тонус снижен. Глаза закрыты. Зрачки расширены, их реакция на свет ослаблена.

# Синкопальные состояния в общеврачебной практике

Дыхание поверхностное. Пульс слабый или нитевидный, брадикардия (60-40 ударов в минуту). Артериальное давление снижено. Сознание восстанавливается полностью, больные помнят обстоятельства, предшествующие потере сознания.

**Ортостатический обморок** развивается при резком переходе из горизонтального в вертикальное положение. Он обусловлен отсутствием адекватной вазоконстрикции, что приводит к депонированию венозной крови и уменьшению её притока к сердцу. Ортостатические обмороки чаще возникают у очень высоких людей, гипотоников, пожилых людей, при диабетической нейропатии, приёме алкоголя, некоторых медикаментов (вазодилаторы, диуретики, фенотиазины, антидепрессанты и др.) и их комбинаций. В диагностике помогает ортостатическая проба – быстрый переход в вертикальное положение (из положения лёжа или сидя). Автор наблюдал у больной с диабетической полинейропатией падение артериального давления на 50 мм рт.ст. при быстром переходе из положения лёжа к положению сидя.

Сходный механизм имеют и обмороки у здоровых людей, длительно стоящих на месте – обмороки на плацу.

**Синокаротидный обморок** наблюдается преимущественно у мужчин пожилого и старческого возраста. Типично возникновение внезапного сильного головокружения, обморочного приступа при поворотах шеи, надавливании на область каротидного синуса (тесные воротнички, ношение туго завязанных галстуков). Характерны систолический шум при аускультации поражённой сонной артерии, выявление стеноза сосуда при ультразвуковом дуплексном сканировании артерий. Подтверждается провокационной пробой с массажем каротидного синуса при одновременном проведении электрокардиографии (ЭКГ): возникает асистолия длительностью более 3 секунд, а систолическое давление падает более чем на 50 мм рт.ст.

**Кашлевой обморок (бетталепсия)** возникает во время сильного кашля чаще у мужчин, страдающих хронической лёгочной патологией. В этом случае значительно повышается внутригрудное давление, что ухудшает приток крови к сердцу. Для провокации приступа используют пробу Вальсальвы (натуживание после задержки дыхания на глубоком

вдохе) в результате чего повышается внутригрудное давление и уменьшается сердечный выброс.

Некоторые авторы выделяют **рефлекторные обмороки**. В большинстве случаев их можно отнести к вазовагальным. Обмороки могут развиваться при проведении плевральной пункции, удалении большого количества экссудата. Синкопальные состояния очень редко возникают после приёма пищи у больных с патологией пищевода (дивертикулы, ахалазия пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). Никтурические обмороки связывают с многочисленными факторами: ночным вставанием, активацией барорецепторов при задержке дыхания и натуживании (с уменьшением венозного возврата крови к сердцу), возникновением артериальной гипотонии при мочеиспускании.

**Частота кардиогенных обмороков составляет 10-20%.**

Причиной синкопальных состояний могут быть нарушения ритма сердца с высокой частотой сердечных сокращений (фибрилляция желудочков, пароксизмальная тахикардия). Больные предъявляют жалобы на сердцебиение, чувство перебоев в сердце. Определяется очень частый, нередко нитевидный пульс. При аускультации тоны сердца приглушены, выявляется тахикардия. Верификация нарушения ритма осуществляется с помощью электрокардиографии. Выявление синдрома удлинённого интервала Q-T даже в межприступный период указывает на возможность развития у таких больных желудочковой тахикардии. Для выявления редких эпизодов аритмии используют холтеровское мониторирование ЭКГ.

Обмороки развиваются при значительной **брадикардии**, причиной которой может быть атриовентрикулярная блокада II-III степени. Это состояние получило название приступов Морганьи – Адамса – Стокса. Причинами развития атриовентрикулярной блокады являются ишемия и инфаркт миокарда, миокардиты. Потеря сознания наступает, если прекращение сердечной деятельности длится свыше 7 секунд (Р.Хэглин, 1993). Обморок сопровождается бледностью и цианозом кожных покровов, набуханием шейных вен, судорогами. Дыхание глубокое, неправильное, с периодами апноэ. Тоны сердца выслушиваются с трудом. Определяется резкая брадикардия, иногда до 10-20 в минуту. В уточнение диагноза основное значение имеет исследование пульса. Регистрация электрокардиографии вне приступа позволяет выявить нарушения проводимости (удлинение интервала P-Q и др.).

У больных с **аортальным стенозом** провоцирующим фактором является физическая нагрузка, при которой сердечный выброс возрастает незначительно, что приводит к развитию гипоксии и обморока. Отмечается сочетание стенокардии, одышки и обмороков. Верхушечный толчок нередко смещён влево, усилен. При аускультации выявляют ослабление II тона, грубый систолический шум с эпицентром в точке Боткина и вторым межреберье справа от грудины. Рентгенологически выявляют увеличение левого желудочка, а затем и левого предсердия, постстенотическое расширение

начальной части аорты. На электрокардиограмме обнаруживают признаки гипертрофии левого желудочка, изменения конечной части желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST, инверсия зубца T), признаки перегрузки и гипертрофии левого предсердия. Решающее диагностическое значение имеет эхокардиография.

При обструктивной форме **гипертрофической кардиомиопатии** (ГКМП) систолический шум с максимумом вдоль левого края грудины не проводится на сонные артерии. При переходе в вертикальное положение, динамических физических нагрузках, тахикардии, приёме нитратов, пробе Вальсальвы шум усиливается. Ослабевает он при брадикардии, приёме β-адреноблокаторов, верапамила. На ЭКГ признаки, как и при аортальном стенозе, иногда регистрируются патологические зубцы Q, не связанные с инфарктом миокарда. Эхокардиография является основным методом верификации диагноза обструктивной формы ГКМП. Она позволяет выявить значительное утолщение межжелудочковой перегородки, уменьшение полости левого желудочка, дилатацию левого предсердия, систолическое движение вперёд передней створки митрального клапана. Важно отметить, что у больных ГКМП высок риск внезапной смерти.

**Миксома** – опухоль, развивающаяся из эндокарда. В 75% локализуется в левом предсердии и может создавать препятствие к току крови в левый желудочек. Клиника миксомы включает проявления митрального стеноза (одышка, застой в лёгких, шум в сердце изменчивого характера), признаки временной обструкции кровотока (обмороки, приступы цианоза, кашель и удушья в связи с определённым положением тела), эмболии большого круга кровообращения элементами опухоли, паранеопластический синдром (подъём температуры тела, повышение СОЭ, похудение, гипохромная анемия). Без оперативного лечения средняя продолжительность жизни после выявления опухоли составляет 2 года. Смерть обычно внезапная. Её причинами являются острая сердечная недостаточность, высокая лёгочная гипертензия, нарушения ритма, эмболии в жизненно важные органы. Диагноз устанавливают на основании клинической картины и подтверждают эхокардиографически.

У маленьких детей одной из причин обморока может быть **тетрада Фалло**, которая относится к частым врождённым порокам сердца. Характеризуется стойким цианозом, возможны обмороки. Эхокардиография выявляет основные признаки: декстропозицию аорты, высокий дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии, гипертрофию правого желудочка. Прогноз неблагоприятный. Требуется оперативное лечение.

Очень редко обмороки возникают при остром **инфаркте миокарда**. Их возникновение объясняют рефлекторным раздражением блуждающего нерва, развитием атриовентрикулярной блокады или тахикардии. Диагностическими критериями являются загрудинная боль сжимающего, давящего, жгучего характера длительностью более 15-30 минут, повышение концентрации тропонинов T и I, активности ферментов (креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, их изоферментов) и электрокардиографические признаки (комплексы QS, патологический зубец Q, подъём сегмента ST, отрицательные зубцы T), выявление на эхокардиографии зон акинезии и гипокинезии миокарда.

**Тромбоз эмболия лёгочной артерии** возникает в результате эмболии из вен нижних конечностей и малого таза. Характеризуется резкой болью в области грудной клетки, тахикардией, артериальной гипотонией, вплоть до потери сознания. Внезапно появляется одышка, которая не зависит от положения тела. Цианоз вследствие выраженной гипоксии. Наблюдаются признаки правожелудочковой недостаточности (повышение венозного давления, набухшие шейные вены, увеличенная и болезненная печень, периферические отёки). Второй тон над лёгочной артерией усилен и часто расщеплён, свидетельствует о гипертензии в малом круге кровообращения.

Характерны ЭКГ-признаки острой

перегрузки правого желудочка: глубокий зубец S в I отведении и Q в III отведении (синдром МакГинна – Уайта); депрессия сегмента ST в I отведении и его подъём в III; V1-2; неполная блокада правой ножки пучка Гиса; смещение переходной зоны в V5,6, признаки P-pulmonale (высокая амплитуда зубца P в II, III, aVF). Рентгенологический метод не очень чувствительный. Иногда выявляются: выбухание лёгочного конуса и расширенные тени сердца вправо за счёт правого предсердия; резкое расширение корня лёгкого; ампутация на уровне устья долевой артерии с регионарным исчезновением и ослаблением сосудистого рисунка; дисковидные ателектазы и т.д. Эхокардиография выявляет расширение лёгочной артерии.

**Неврологические расстройства** бывают причиной обморока в 5-10% случаев.

**Синкопальный вертебральный синдром** может возникать у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника в результате сдавления позвоночных артерий в отверстиях поперечных отростков позвонков. Провоцирующим фактором вертебробазилярной недостаточности в этом случае служит резкий поворот головы. Нередко больные предъявляют жалобы на частые головокружения, пошатывание, боль или шум в голове. Как правило, потеря сознания сопровождается резко выраженной мышечной гипотонией. Диагностируют путём выявления корешковых болей, рентгенографических признаков остеохондроза шейного отдела позвоночника и снижения кровотока по позвоночной артерии на ультразвуковой доплерографии при проведении пробы с поворотом головы.

Ишемия в бассейне сонной артерии крайне редко приводит к обмороку. Её проявлениями являются гемипарез, гемиплегия, нарушения чувствительности (на стороне противоположной поражённой артерии), переходящая монокулярная слепота (на стороне поражения), афазия. При аускультации может выявляться систолический шум в месте стеноза сонной артерии.

**Мигрень** редко бывает причиной обморока. Вместе с тем периодически повторяющаяся пульсирующая односторонняя головная боль, иногда менингеальный синдром и отёк соска зрительного нерва должны заставить врача заподозрить этот диагноз.

**Невралгия языкоглоточного нерва** сопровождается брадикардией и вазодилатацией. У больных возникают приступы интенсивной боли в корне языка, глотке, гортани или наружном слуховом проходе. Вслед за этим может развиваться обморок.

При **истерических обмороках** отмечается связь с психоэмоциональной травмой. Больные успевают опуститься, а не падают навзничь, вследствие чего почти никогда не бывает повреждений. Зрачки хорошо реагируют на свет. Отмечаются небольшие движения век, защитные движения на незначительные раздражения. Сердечный ритм и артериальное давление в пределах нормы, бледность и потливость отсутствуют.

Рекомендации по диагностике и лечению синкопальных состояний Европейского общества кардиологов (2009) не советуют относить к обморокам состояния с частичной или полной потерей сознания, но без общей церебральной гипоперфузии, такие как транзиторные ишемические атаки, эпилепсия, метаболические расстройства и интоксикации.

**Транзиторная ишемическая атака** обусловлена ишемией мозга. Причиной развития могут быть тромботическая окклюзия склерозированного мозгового сосуда, кардиогенная эмболия при фибрилляции предсердий, инфаркте миокарда (ввиду отрыва пристеночного тромба), инфекционном эндокардите, после операции на сосудах (аортокоронарного шунтирования, баллонной ангиопластики). Пациенты с окклюзией в бассейне вертебробазилярной артерии могут страдать переходящими нарушениями сознания. У этих больных обычно имеются и другие симптомы очаговой ишемии: односторонняя или двусторонняя слабость мышц, потеря чувствительности, нарушения зрения или слепота на оба глаза, диплопия, нистагм, тошнота,

рвота, головокружение, нарушения речи (дизартрия), дисфагия, переходящая глобальная амнезия и т.д.

От обмороков следует отличать **эпилептический припадок**, которому обычно предшествует аура в виде сенсорных, двигательных, вазомоторных и психических проявлений. Большой эпилептический припадок характеризуется внезапным началом с тоническими судорогами, может сопровождаться криком, при падении сравнительно часто бывают ушибы. Появляются клонические судороги. Часто происходит прикусывание языка, появление пены изо рта. Приступ может сопровождаться непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией. Цвет кожи не бледный, а багровый. Дыхание шумное. Зрачки расширены, что не характерно для обморока. Артериальное давление повышено. После восстановления сознания часто сохраняются оглушённость, сонливость. Характерна амнезия приступа. В диагностике эпилепсии существенно помогает электроэнцефалография.

От синкопальных состояний следует также отличать потери сознания, развивающиеся при воздействии метаболических факторов. Они выявляются примерно в 5% случаев потери сознания. Их можно определить по постепенному развитию с предвестниками и медленному выходу из этого состояния.

**Гипогликемические обмороки** возникают при передозировке инсулина или таблетированных сахароснижающих препаратов у больных сахарным диабетом, при инсулиноме, длительном голодании, после злоупотребления спиртным, особенно на фоне недостаточного питания. Развивающаяся гипогликемия может проявляться активацией симпатико-адреналовой системы в виде тахикардии, потливости, дрожи в теле, чувства голода. В этот момент уровень глюкозы крови обычно составляет менее 3 ммоль/л. Следует учитывать, что у больных с длительным течением сахарного диабета и постоянно высоким содержанием глюкозы крови признаки гипогликемии могут возникать и при уровнях глюкозы крови порядка 6 ммоль/л.

**Гипервентиляционный обморок** обычно связывают с дыхательным алкалозом. При этом вызванное гипоканией сужение сосудов уменьшает мозговую кровоток. Возможен и вазодепрессорный вариант гипервентиляционного обморока. Нередко развивается у больных с нейрциркуляторной астенией, тревожными расстройствами (паническими атаками). Характерно длительное предобморочное состояние. Предшествуют обмороку жалобы на сердцебиение, кардиалгию, нехватку воздуха, парестезии. В диагностических целях используют пробу с форсированной гипервентиляцией в течение 1-3 минут.

Причиной обморока может быть **острая кровопотеря**. Она вызывает гиповолемию, снижение артериального давления и оксигенации мозга. Жалобы и анамнез могут указывать на заболевание, вызывающее кровопотерю (язвенная болезнь, внематочная беременность, аборт). Клиническими проявлениями являются бледность кожных покровов и слизистых оболочек, одышка, тахикардия. Иногда выявляют патогномичные симптомы, например, кровавую рвоту или мелену при желудочно-кишечном кровотечении. Диагноз скрытого кровотечения устанавливают с помощью лабораторных тестов. Определяют количество эритроцитов, показатели гемоглобина и гематокрита, которые в первые часы после начала кровотечения остаются в пределах нормы, а затем снижаются. При хронической кровопотере отмечается снижение железа сыворотки крови.

Потеря сознания может возникнуть при **абстинентном синдроме** после приёма алкоголя, наркотиков, барбитуратов. Обморочные пароксизмы, обусловленные нарушением гомеостаза, возможны при различных интоксикациях (эндо- и экзогенных), голодании, гипокальциемии, уменьшении содержания кислорода во вдыхаемом воздухе и т.д.

### Диагностика

Для установления причины обморочных состояний большое значение имеет анамнез. В 55-85% случаев он

позволяет правильно поставить диагноз (Дж. ДиМарко, 1996). Так, если в прошлом больной страдал ревматизмом, пороками сердца, приступами пароксизмальной тахикардии, можно предположить, что обмороки обусловлены заболеванием сердца.

Обморочные состояния у больных с обструктивным бронхитом позволяют заподозрить беттолепсию (кашлевая синкопа).

При наличии в анамнезе травмы черепа, заболеваний головного мозга можно заподозрить первичную церебральную патологию, в случае язвенной болезни – кровотечение. Следует узнать, не вводили ли больному инсулин или другие сахароснижающие средства, препараты, способствующие развитию ортостатического обморока (ганглиоблокаторы, метилдофа, аминазин и др.).

Важно спросить больного, помнит ли он как развивалась потеря сознания. Для синкопальных состояний характерны воспоминания больного о быстром развитии слабости, пациент припоминает, как начинал падать, а после приступа быстро приходит в сознание. В отличие от этого больной эпилепсией не может ничего припомнить о моменте приступа. Ценную информацию могут рассказать очевидцы случившегося.

Физикальное обследование больного часто помогает установить причину обморока. Так, замедление числа сердечных сокращений до 40 в минуту и меньше свидетельствует о наличии блокады сердца и, наоборот, учащение пульса до 180-200 – о пароксизмальной тахикардии или тахикардии. Аускультация сердца позволяют установить аортальный порок сердца, который и является причиной обморока. Выраженный тёплый цианоз, набухшие шейные вены, эмфизема лёгких являются признаками того, что потеря сознания связана с лёгочной патологией.

План обследования больных с синкопальными состояниями обычно включает сбор анамнеза, опрос очевидцев синкопального состояния, объективное обследование (оценка пульса и артериального давления, аускультация сердца и сонных артерий, исследование шейного отдела позвоночника). По показаниям проводят физикальные пробы (ортостатическую, с форсированной гипервентиляцией, вращением головы, синокоротидную, пробу Вальсальвы). Из лабораторных тестов обычно назначают общий анализ крови и глюкозу крови. Среди инструментальных методов обследования наиболее информативными являются: электрокардиография, эхокардиография, рентгенография шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование сосудов, холтеровское мониторирование ЭКГ, электроэнцефалография. По показаниям выполняют нагрузочные пробы (велозергометрия, тредмил-тест).

В специализированных центрах может выполняться проба с пассивным ортостазом (тилт-тест). В ряде случаев показано проведение офтальмоскопии. Другие методы применяются реже.

### Лечение

В период приступа: уложить больного в горизонтальное положение с приподнятыми ногами и опущенным головным концом туловища. Расстегнуть ворот одежды. Открыть окно и проветрить помещение. Смочить лицо холодной водой. Поднести к носу тампон, смоченный нашатырным спиртом. Если после этого сознание не восстановилось, ввести подкожно 1-2 мл кордиамина или 1 мл 10%-ного раствора кофеина. При выраженной брадикардии внутривенно ввести 0,5-1 мл 0,1%-ного раствора атропина.

После возвращения сознания больному необходимо дать чай или кофе.

При подозрении на органическое заболевание (внутреннее кровотечение, пороки сердца, аритмии, гипогликемическое состояние, семейные случаи внезапной смерти и др.) больного следует госпитализировать для стационарного обследования.

Целями планового лечения являются продление жизни, ограничение физических травм и предотвращение рецидивов.

Профилактика обмороков состоит в устранении предрасполагающих факто-

ров, нормализации функции вегетативной нервной системы (режим труда и отдыха, лечебная физкультура, закаливание организма и т.д.), лечении основного заболевания.

При ортостатических обмороках рекомендуют постепенное изменение позы, особенно после сна или приёма вазодилататоров. Для профилактики ортостатических реакций после приёма антигипертензивных средств, купирования гипертонического криза рекомендуют в течение 1,5-2 часов находиться в положении лёжа, вставать постепенно.

Плацебоконтролируемые проспективные исследования не показали преимуществ активного применения β-адреноблокаторов, дизопирамида, теофиллина, эфедрина, мидодрина по сравнению с плацебо для профилактики развития повторных обмороков.

При тахикардиях необходимо исключение приёма веществ, способных вызвать нарушения ритма (кофе, алкоголь). Хорошие результаты даёт лечение β-адреноблокаторами, кордароном. Если аритмии обусловлены ишемической болезнью сердца, проводят лечение антиагрегантами (аспирин в дозе 80-100 мг/сут), антиангинальными средствами (нитраты, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция длительного действия), холестеринснижающими препаратами (статины) или проводят хирургическое лечение (аортокоронарное шунтирование, стентирование).

При многих видах аритмий и атрио-вентрикулярных блокадах II-III степени, синдроме слабости синусового узла показано радикальное лечение путём установки постоянного электрокардиостимулятора. В случае, когда причиной обморока явилась желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков, при рецидивах этих аритмий следует рассмотреть вопрос об установке кардиовертера-дефибриллятора.

Возникновение обмороков у больных с пороками сердца и обструктивной формой ГКМП указывает на необходимость их хирургического лечения.

При поражении сосудов головного мозга проводится лечение антиагрегантами (аспирин), холестеринснижающими препаратами. При стенозе высокой степени показаны проведение стентирования или хирургической эндартерэктомии.

### Прогноз

Прогноз для жизни при вазовагальных обмороках благоприятный. При обмороках на почве органических заболеваний прогноз определяется характером поражения и возможностью радикального лечения. Если обмороки вызваны сердечной патологией, смертность в течение года составляет 18-33%, если внесердечной – 0-12%, если причина обмороков не установлена – 6% (Дж. ДиМарко, 1996; Р.П. Левис, 1998).

У больных с рецидивами обмороков возникают опасения за свою жизнь и здоровье. У них снижается качество жизни, нередко теряется трудоспособность.

По данным E.Hanna (2014), рецидивы синкопальных состояний при наличии нарушений ритма в ближайшие 6-12 месяцев могут достигать 12%. Поэтому автор рекомендует исключить вождение транспорта таким пациентам в первые 6 месяцев. Он считает, что повторение обморока более опасно для коммерческих водителей, которые осуществляют вождение значительную часть своего времени и рекомендует принимать индивидуальное решение по поводу вождения транспорта. Есть и другие данные (D.Sorajja et al., 2009), основанные на обследовании 3877 пациентов с обмороками, у которых повторные обмороки развивались с частотой 7% за 8 лет.

При развитии повторных обмороков теряют трудоспособность водители транспорта, лётчики, водолазы, диспетчеры управления транспортными средствами и др.

**Михаил КАЧКОВСКИЙ,**  
заведующий кафедрой клинической медицины  
Медицинского института «РЕАВИЗ»,  
главный терапевт  
Минздрава Самарской области,  
доктор медицинских наук.

Самара.

**Слабая подготовка современных студентов-медиков – одна из наиболее актуальных отраслевых проблем в настоящее время. И самой болевой точкой в образовательном процессе является «экватор» – переход будущих специалистов на клинические кафедры, где, помимо обретения новых знаний и практических навыков нужно эффективно применять всё то, что было усвоено за 3 года овладения фундаментальными дисциплинами. Этому и было посвящено показательное практическое занятие с группой четверокурсников на кафедре госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Примечательно, что семинар в присутствии сотрудников ректората вуза проводил заведующий этой кафедрой, главный терапевт Минздрава России, академик РАН Александр ЧУЧАЛИН.**

### О ситуации – начистоту

Казалось бы, как «наверху», так и среди профессорско-преподавательских составов медицинских вузов нашей страны нет равнодушных к происходящему: за последние несколько лет учебные программы были переработаны, исправлены и дополнены, исходя из образовательных нововведений. Однако, стоит заметить, далеко не всё изменяется в лучшую сторону: многие предметы «спущены» на предыдущие курсы, а ведь будущие врачи ещё мало знакомы с медициной как таковой. Так, к примеру, курс анатомии человека – основа основ в медицине, сокращён с полутора лет до года, в то время как освоение материала и в течение полутора лет проходит невероятно сложно.

Кроме того, группы студентов зачастую многочисленны, в то время как устав любого медицинского вуза гласит, что в группе, проходящей обучение на клинической кафедре, количество студентов не должно превышать 6-8 человек. В последние же годы средняя их численность составляет 10-12, что, безусловно, в некоторой степени тормозит и усложняет учебный процесс.

И, пожалуй, самое важное: эффективность советской системы высшего медицинского образования во многом держалась на изучении всех медицинских специальностей непосредственно у постели больного. Сейчас же постепенно вводятся симуляционные циклы клинического обучения. Ссылаясь на западную систему образования, где студент не допускается к пациенту, всё больше и больше на клинических кафедрах медвузов нашей страны внедряется отработка практических навыков на манекенах. Однако пока что, к сожалению, далеко не все клинические кафедры московских вузов располагают этим оборудованием, не говоря уже об остальных регионах нашей страны.

Тем не менее, это – огромный плюс. Но полностью отходить от общения студентов с больными, видимо, не совсем правильно. Ведь в нынешних условиях, когда отношения кафедры с базой, где она располагается, далеко не всегда идеальны, студентам практически закрыт доступ к пациенту, что, в свою очередь, безусловно, в некоторой степени компенсируется будущим специалистами в процессе обучения в ординатуре, но всё же в целом и целом, отнюдь не способствует их профессиональному развитию.

В этой связи, учитывая приобретённый в 2014 г. международный статус РНИМУ, и было организовано практическое занятие, по всей видимости, послужившее своеобразным примером того,

как должны проводиться клинические семинары на современном этапе, учитывая как мировые образовательные стандарты, так и советскую школу преподавателей-клиницистов, воспитавших не одно поколение профессионалов самого высокого класса.

### Так должно быть

– Уважаемые коллеги! Сегодня мы с вами разберём одну из актуальных и интереснейших с практической точки зрения тем – перикардиты, – обратился к студентам А.Чучалин. Как уже было отмечено выше, на этом практическом занятии присутствовали сотрудники ректората РНИМУ, а

устроил новый опрос – на этот раз на тему изучаемого заболевания. От этиологии до лечения. Конечно, здесь знания студентов оказались не такими блестящими, но в общем и целом весьма неплохими для первого знакомства с новой болезнью. Отрадно было наблюдать, что каждый студент подготовил несколько вопросов академику, ответы на которые не удалось найти в ходе самостоятельной подготовки к занятию.

А.Чучалин любезно и в то же время кратко и предельно ясно ответил на каждый из них, после чего один из студентов, как полагается, доложил заведующему кафедрой о курируемом пациенте с перикардитом – его анамнез,

ские занятия изо дня в день, – рассказал после ухода студентов присутствующим сотрудникам ректората РНИМУ А.Чучалин. – Я руковожу кафедрой почти 40 лет. Все эти годы мы базируемся в 57-й городской клинической больнице. Никаких проблем с администрацией стационара и сотрудниками курируемых кафедр отделений у нас нет. Все городские врачи, включая заведующих отделениями, всегда идут нам навстречу в плане демонстрации того или иного больного студентам. Равно как и мы всегда рады оказать им консультативную помощь по ведению пациентов. Все мои ассистенты, доценты и профессора являют-

одиночку обеспечить полноценную подготовку будущих врачей. Если мы, теоретики, ни от кого не зависим, и студенты, выходя с наших кафедр, выносят (при соответствующем отношении к учёбе. – Д.В.) необходимые знания для погружения в мир клинических дисциплин, то что касается 4-6-х курсов обучения – здесь многое зависит от отношений кафедры с больницей или поликлиникой, на которой она базируется. Это при-скорбно, – заключил Г.Порядин.

### Резюмируя сказанное

Вне всякого сомнения, стать квалифицированным специалистом, не имея доступа к пациенту за годы обучения в медвузе, невозможно. Ведь клиническое мышление – основной инструмент работы истинного врача – должно формироваться ещё в студенческие годы. И залог успешного его формирования – непосредственная работа с больными, нанизывание на нить опыта практических навыков и систематизация их вкупе с имеющимися теоретическими знаниями.

В сложившейся за последнее время ситуации с клиническими кафедрами такое, в большинстве случаев, не представляется возможным. Причиной этому – банальное отстранение студентов от общения с больными. И если сейчас это хоть как-то компенсируется обучением, прежде всего, в интернатуре, то как это будет проходить дальше – вопрос. Как известно, с 2016 г. обучение в интернатуре будет упразднено, и выпускники медвузов получат право на самостоятельную работу с пациентами.

Получается, что уже на будущий год свежееиспечённые «специалисты» получат право на самостоятельную работу участковым терапевтом или педиатром без какого-либо последипломного образования. (Для узких же специалистов останется ординатура сроком от 2 до 5 лет в зависимости от специализации). Какова будет эффективность от их работы, принимая во внимание практически полное отсутствие работы с пациентами за 6 лет вузовского обучения, догадаться нетрудно.

Почему «наверху» упорно не хотят понимать, что одной из основных проблем российского здравоохранения на современном этапе является невысокий уровень образования в медвузах, остаётся загадкой. Однако, что позитивно, совсем недавно мэр Москвы Сергей Собянин, выступая на заседании попечительского совета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, пообещал вернуть сотрудникам клинических кафедр Первого Меда право работать практическими врачами в столичных медицинских учреждениях. Вслед за «Сеченовкой» подобная практика должна распространиться на все медицинские вузы страны.

Если эта, без преувеличения, великолепная и, что ещё важнее, крайне своевременная идея реализуется на практике, то уже в обозримом будущем мы станем свидетелями большого прогресса в компетенции наших докторов на всех этапах оказания медицинской помощи – самого объективного показателя развития отрасли в нужном направлении. Если же этого не произойдёт, то все отраслевые реформы едва ли окажутся полезными, и наше, когда-то образцовое, здравоохранение будет, словно белка в колесе, бежать по кругу, повторяя и повторяя невыученный урок.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

Фото автора.

## Проблемы и решения

# «Остров знаний»

## Как вести семинары на старших курсах медицинских вузов



Снимок с мэтром на память после напутствия

также профессорско-преподавательский состав кафедры вместе с интернами, ординаторами и аспирантами.

Первым этапом почти 3-часового семинара стал тестовый контроль, с помощью которого преподаватель должен оценить исходный уровень компетенции студента с целью определения его готовности к изучению той или иной нозологии. Стоит отметить, что это тестирование проходило в электронном виде с использованием пультов дистанционного голосования, а вопросы были выведены на экран при помощи компьютера. Нужно сказать, что данная группа была подготовлена весьма и весьма неплохо теоретически (результаты опроса весьма красноречиво подтвердили этот факт), что, вне всякого сомнения, в огромной степени поспособствовало наиболее эффективному освоению основной темы занятия.

Затем, используя англоязычную электронную образовательную технологию, А.Чучалин продемонстрировал группе студентов виртуальное сердце со всеми анатомическими и физиологическими его особенностями, как бы ненароком задавая вопросы обучающимся, проверяя тем самым их знания по теоретическим предметам. И в этом случае студенты не сплывали, то и дело вызывая благодушную улыбку на лице академика.

Удовлетворившись ответами будущих докторов и в очередной раз прибегнув к помощи мультимедийных технологий, А.Чучалин

жалобы, настоящее состояние, проводимое лечение, а также данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Сделав справедливые замечания относительно доклада больного, главный терапевт страны приступил к мини-лекции, сутью которой было ведение пациентов с перикардитами, учитывая все анатомические, физиологические и биохимические изменения со стороны организма вследствие этого заболевания.

И вновь не обошлось без аппаратуры: с её помощью студенты посмотрели образовательный мини-фильм на английском языке, в ходе которого услышали шум трения перикарда – ведущий симптом изучаемого заболевания, увидели, какие морфологические субстраты лежат в основе тех или иных симптомов перикардита. Все комментарии к фильму почти синхронно переводил А.Чучалин.

Итогом занятия стал очередной тест-контроль, показавший, что студенты хорошо овладели тематикой семинара. Об этом свидетельствовали их ответы, выведенные на экран. Тепло попрощавшись с молодыми коллегами, маститый учёный посоветовал им наиболее приемлемую для самостоятельного освоения литературу по данной теме и пожелал им больших успехов на профессиональном поприще.

### Один в поле не воин

– Вот таким вот образом у нас на кафедре проходят практиче-

ся высококвалифицированными клиницистами. Больница, кафедра, а также НИИ пульмонологии – единая команда. Нашей общей целью является здоровье больных, только и всего. Более того, в ближайшее время мы создадим на кафедре симуляционный зал – закупим несколько манекенов для отработки практических навыков не только студентов, но и наших ординаторов, аспирантов и... (А.Чучалин сделал паузу) сотрудников отделений и кафедры, которым будет не лишним отточить свои умения, – с улыбкой резюмировал академик.

– Ваша кафедра – это один из немногочисленных островков нашего университета, где студенты в полной мере получают настоящее клиническое образование. Лично я воодушевлён увиденным, – отметил проректор РНИМУ по учебной работе, заведующий кафедрой патологической физиологии, член-корреспондент РАН Геннадий Порядин. – К большому сожалению, лишь единичные кафедры нашего вуза могут похвастаться таким учебным процессом, – подчеркнул он. – Тем не менее нами брошены все силы на создание университетских клиник, где и лечебный и учебный процессы будут целиком и полностью зависеть исключительно от сотрудников РНИМУ. Руководство вуза делает всё от него зависящее, чтобы этот проект был реализован в максимально ближайшем времени. Пока же всё остаётся так, как есть: мы зависим от главных врачей, и ваша кафедра не в состоянии в

Признание

# Молодые, но серьёзные

Будущие хирурги-онкологи продемонстрировали свой первый, но очень полезный опыт

В учебном корпусе Медицинского центра Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова прошёл II Всероссийский симпозиум молодых учёных «Современные проблемы хирургии и хирургической онкологии». Его организаторами стали Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена и кафедра хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ.

Напутствие участникам симпозиума дали директор Института хирургии им. А.В.Вишневского академик РАН Валерий Кубышкин, декан факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова академик РАН Всеволод Ткачук и заместитель директора Института хирургии им. А.В.Вишневского Алексей Чжао.

Впервые были организованы отдельные мастер-классы по эндоскопической хирургии с возможностью самостоятельного выполнения и отработки приёмов на симуляторах, а также медицинской статистике и современному планированию медицинских исследований в хирургии. Уже первое заседание по хирургии печени и поджелудочной железы показало, насколько серьёзны темы докладов.

Так, Леонид Петров из МНИОИ им. П.А.Герцена рассказал о стратегии комбинированного лечения метастатического колоректального рака печени с применением периперитонеальной химиотерапии, а аспирант Института хирургии им. А.В.Вишневского Айрат Калдаров – об опыте роботассистированных панкреатодуоденальных резекций. Тем не менее победителем в этом



Участники симпозиума (слева направо) Леонид Петров, победитель конкурса Сергей Аникин и председатель совета молодых учёных Института хирургии им. А.В.Вишневского кандидат медицинских наук Юрий Есаков

разделе признан доклад Романа Калашника из Воронежской ГМА им. Н.Н.Бурденко «Оптимизация диагностической и хирургической тактики у больных с синдромом

механической желтухи опухолевого генеза».

Второе заседание «Анестезиология и интенсивная терапия в хирургии и онкологии» началось с

лекции заведующего отделением анестезиологии-реанимации отдела термических поражений Института хирургии им. А.В.Вишневского кандидата медицинских наук Вла-

димира Калабухова. И лучший доклад молодых учёных остался за представителем этого института (В.Сизов, М.Раевская «Анестезиологический аспект ускоренной госпитальной реабилитации после резекции пищевода с одномоментной пластикой»).

В разделе «Хирургия в онкологии» победил В.Зипунников из Волгограда («Выполнение эндоскопических органосохраняющих операций при раке почки в условиях локальной ишемии»), в общей, реконструктивной и экспериментальной хирургии – Е.Каширина из Башкирского ГМУ («Применение аллотрансплантата при хирургическом лечении ран почки»), в торакальной хирургии – М.Кошкин из Московского клинического научного центра («Опыт выполнения 20 тораколапароскопических операций на пищеводе»), в хирургии ран и раневой инфекции – Я.Слепченко и Т.Ильичёва из Омской ГМА («Новый метод лечения острого лактационного мастита»).

А победивший в разделе «Эндоскопическая хирургия» С.Аникин из Амурской ГМА с докладом «Лапароскопические технологии в функциональной хирургии низкого рака прямой кишки – наш первый опыт» получил главный приз – поездку на стажировку в Страсбург.

Альберт ХИСАМОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото автора.

Официально

Повестка дня включала рассмотрение проектов государственных заданий подведомственным федеральным государственным учреждениям на осуществление научных исследований и разработок на 3-летний период 2015-2017 гг. с участием экспертного сообщества, ход подготовки публичного аналитического доклада «Биомедицина». Ещё несколько тем для обсуждения: разработка и запуск интернет-портала «Медицинская наука», рассмотрение концепции создания банка сывороток крови Минздрава России.

Директор Департамента инновационного развития и научного проектирования Андрей Васильев сообщил, в соответствии с решением Научного совета Минздрава России от 26 ноября 2014 г. в декабре 2014 г. была проведена научная оценка предложений от учреждений науки и образования по научным исследованиям в рамках приоритетных направлений, определённых Стратегией развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. Целью научной оценки стала подготовка проектов государственных заданий на осуществление научных исследований и разработок.

На рассмотрение рабочих групп секций Научного совета было представлено 1073 заявки от подведомственных Минздраву России учреждений науки и образования. Членами рабочих групп было проведено детальное рассмотрение представленных проектов, при этом в первую очередь оценивалась актуальность тематик. По результатам научной оценки к включению в государственное задание на осуществление научных исследований и разработок было рекомендовано 858 заявок, отклонено 215. Таким образом, было

# Медицинская наука: подведение итогов

Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой провёл заседание Научного совета Минздрава России

принято 80% от общего числа предложений.

«Хотелось бы обратить внимание на неравномерность распределения проектов по научным платформам. Наиболее напряжённой оказалась работа по платформам «Кардиология и ангиология», «Онкология», «Микробиология», «Психиатрия зависимости», «Инвазивные технологии» и «Регенеративная медицина», – отметил Андрей Васильев.

Заключения рабочих групп Научного совета были учтены Минздравом России при формировании государственных заданий подведомственным федеральным учреждениям на осуществление научных исследований и разработок на период с 2015 по 2017 г.

Заместитель директора Департамента инновационного развития и научного проектирования министерства Ирина Лядова сообщила о ходе подготовки публичного аналитического доклада «Биомедицина». Основная цель доклада – общий анализ состояния и тенденций биомедицинских исследований в мире и в Российской Федерации, выделение основных приоритетов биомедицинских исследований и технологий, основанных в первую очередь на

потребностях российского здравоохранения, разработка предложений по механизмам поддержки биомедицинских исследований.

И.Лядова отметила, что значимость развития биомедицины возрастает в связи с потребностями населения, обусловленными бурным техническим развитием, увеличением миграций населения, изменениями окружающей среды и другими факторами, а также в связи с новыми возможностями, возникающими благодаря развитию новых технологий, которые во многом меняют структуру биомедицинских исследований.

Важность этой проблемы также отметил Сергей Краевой. «Биомедицина подразумевает внедрение в медицинскую практику последних достижений естественных биологических наук. В связи с этим важно проводить работу в кооперации с Российской академией наук», – подчеркнул заместитель министра.

Также рассматривалась тема разработки и запуска интернет-портала «Медицинская наука», который будет стимулировать научный обмен между представителями научного сообщества, а также популяризировать российские научные достижения в области биомедицины.

Идея создания портала обусловлена тем, что существующие информационные ресурсы по научной тематике в сфере здравоохранения не удовлетворяют требованиям научного сообщества и молодёжи, а также не способствуют развитию современной науки в рамках единого информационного поля, которое смогло бы дать полную картину научных проектов, достижений и разработок в сфере биомедицины.

На новом ресурсе предполагается размещать научные новости, статьи, доклады, а также учебные материалы. В плане информационного наполнения портала предполагается сотрудничество с учреждениями Минздрава России, научными платформами медицинской науки, молодёжным научным сообществом, а также родственными площадками в сфере развития науки.

«Год назад министр Вероника Скворцова поставила задачу разработать «дорожную карту» по информатизации здравоохранения. В связи с этим предусмотрено финансирование этого проекта. Портал должен отражать жизнь медицинской науки, рассказывать о направлениях её развития в нашей стране», – отметил С.Краевой.

А.Васильев сообщил, что в настоящее время создана техническая структура научного портала, разрабатываются основы его информационной политики, ведётся контентное наполнение. Планируется, что летом 2015 г. ресурс начнёт полноценную работу.

Тему создания банка сывороток крови затронул в своём докладе заместитель директора Федерального центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России Александр Пронин.

Главная цель создания банка – оценка напряжённости популяционного иммунитета к актуальным инфекциям. Его основными задачами станут анализ эффективности проведения вакцинации и мониторинг за развитием инфекционных заболеваний.

«Это очень важный инфраструктурный проект, который позволит выстроить систему оценки эффективности вакцинопрофилактики и решать другие проблемы, связанные с предупреждением распространения инфекционных заболеваний. В перспективе помимо банка сывороток крови планируется создание банка биоматериалов», – подчеркнул А.Васильев.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

**Россия игнорирует рекомендации ВОЗ по профилактике ВИЧ, заявил на конференции «Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы» в Санкт-Петербурге руководитель лаборатории эпидемиологии и профилактики СПИДа ЦНИИ эпидемиологии и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, доктор медицинских наук, профессор Вадим Покровский.**

### Проблема всей страны

Между тем если в большинстве развитых стран число носителей ВИЧ-инфекции уменьшается, то в нашей, наоборот, растёт, отметил учёный. Сегодня, по его словам, в группу повышенного риска входят около 15 млн россиян.

«Несмотря на то, что некоторые видные деятели продолжают настаивать на том, что в России нет такой проблемы, официально 0,9% населения в возрасте от 15 до 49 лет ВИЧ-положительные, — сказал В.Покровский. — В некоторых регионах их число достигает 1,5-3%». По его данным, среди 30-34-летних инфицированных больше всего мужчин — гомосексуалистов и наркоманов. В возрастной группе 25-29 лет число мужчин и женщин приблизительно равное, что говорит о преимущественно половом пути передачи ВИЧ.

С каждым годом выявление инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков снижается, но растёт число заражённых половым путём от ВИЧ-инфицированных партнёров, а также передачи вируса от матери ребёнку.

Можно положить конец эпидемии СПИДа благодаря научным прорывам, в том числе с помощью антиретровирусной терапии (АРТ), которая способствует снижению риска передачи ВИЧ-инфекции сексуальному партнёру на 96%, и полностью искоренить передачу вируса от матери ребёнку, уверен директор группы региональной поддержки ЮНЭЙДС Винеи Салдана. Он сообщил участникам конференции, что сейчас в мире насчитывается около 3,2 млн детей до 15 лет, живущих с ВИЧ.

Основная стратегия по сокращению этого показателя — снижение передачи вируса от матери. С помощью АРТ можно снизить процент детей, заражённых внутриутробно от инфицированных матерей, до 2-5% (сейчас — 30-40%). «В мировом масштабе мы уже достигли прогресса: если в 2001 г. было зарегистрировано 580 тыс. детей, рождённых с ВИЧ, то в 2013-м — 240 тыс., заметил В.Салдан.

«В России считают, что главное — лечение. Однако гораздо эффективнее проводить профилактику: информировать население, вводить сексуальное обучение в школах, заниматься пропагандой безопасного секса среди гомосексуалистов, — счи-

тает В.Покровский. — Сейчас уже нет программ снижения вреда, по которым были доступны бесплатные презервативы, как это было раньше. Также у нас не применяется АРТ в качестве профилактики и сокращены до минимума программы бесплатной раздачу шприцев».

Игнорирование рекомендаций ВОЗ по профилактике ВИЧ-инфицирования — проблема всей нашей страны, подчёркивалось на конференции. В России применяется только половина из 14 рекомендаций этой международной организации: тестирование и консультирование в отношении ВИЧ и инфекций, передающихся

Причинами заражения при переливании крови считают неправильный подбор доноров (из групп риска), несвоевременное направление информации о выявлении ВИЧ-инфекции у донора. Кроме того, самый точный метод исследования крови — ПЦР (полимеразная цепная реакция) не является обязательным при исследовании компонентов крови, предназначенных для переливания.

Риск заразиться ВИЧ грозит пациентам не только при трансфузии. Растёт число детей, у которых вирус иммунодефицита человека выявляется спустя несколько лет после рожде-

ния, заражёнными оказались 270 детей и 21 женщина.

Однако во Франции в медицинских учреждениях были заражены 8 тыс. человек, в Румынии — 1168 детей из детских домов. Позднее в США было зарегистрировано 33 вспышки заражения из-за нарушения санитарных правил, неправильной обработки эндоскопов, повторного использования шприцев и т.д.

### Обследуем лучше всех?

В России 30% стоящих на диспансерном учёте ВИЧ-инфицированных получают АРВТ за счёт государства, заявила в то

диспансерном учёте, прошли дорогостоящую антиретровирусную терапию.

«Россия находится в числе стран, где на государственном уровне приняты и реализуются все обязательства по бесплатному обеспечению медицинской помощью пациентов с ВИЧ-инфекцией», — подчеркнула представитель Минздрава России. Она обратила внимание, что это было достигнуто благодаря созданной в 2012 г. нормативно-правовой базе. В частности, речь идёт о стандарте первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи и порядке оказания медицинской

### Профилактика

# Сами с усами?

## Россия использует лишь половину рекомендаций ВОЗ по предупреждению ВИЧ-инфекции

половым путём (ИППП), добровольное мужское обрезание (хотя оно защищает только мужчин — на 60%), снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков, лечение наркотической зависимости, наблюдение за пациентами с ИППП, туберкулёзом и вирусными гепатитами, постэкспозиционная профилактика ВИЧ (применение АРТ в течение 72 часов после контакта с ВИЧ для предотвращения заражения), лечение наркотической зависимости.

Так что выходит, сами с усами?

### Заразился в больнице

Но россияне рискуют заразиться ВИЧ и в больнице: за последние 6 лет в стране зарегистрировано 24 внутрибольничных очага такого инфицирования. До 2014 г. — в основном в Чеченской Республике, в этом году внутрибольничные «вспышки» возникли в Санкт-Петербурге, Вологде, Москве, Псковской, Калужской, Свердловской, Смоленской, Новосибирской областях и в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре.

«По данным международных экспертов, риск инфицирования при переливании крови, проведённом в соответствии со всеми нормами, составляет 1 на 4 млн переливаний. До 2010 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 79 случаев инфицирования ВИЧ при трансфузии свежзамороженной плазмы и компонентов крови, — рассказала на конференции Лариса Дементьева, заместитель начальника отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом и вирусными гепатитами Роспотребнадзора.

У их матерей не был обнаружен ВИЧ ни во время беременности, ни во время родов. Они заразились после родов и инфицировали детей при грудном вскармливании.

Но самой распространённой причиной инфицирования ВИЧ в медицинских учреждениях остаётся банальная халатность — пренебрежение правилами дезинфекции.

«Впервые в российской истории одному реципиенту перелили в течение 2 дней кровь от 2 ВИЧ-инфицированных доноров», — сообщила о ханты-мансийской трагедии Л.Дементьева. По её словам, женщина поступила на лечение в окружной противотуберкулёзный диспансер с отрицательным ВИЧ-статусом. Через 2 месяца результаты лабораторных исследований были уже другими: диагноз ВИЧ+. В ходе исследования выяснилось, что заражение произошло во время бронхоскопии. В период, когда женщина лечилась в диспансере, эта диагностическая процедура проводилась 31 пациенту, 8 из них — ВИЧ-положительные. А в день, когда ей делали бронхоскопию, один и тот же инструмент использовался для процедуры ещё у 4 ВИЧ-отрицательных пациентов.

Самое массовое ВИЧ-инфицирование зарегистрировано, кстати, в России в 1988 г. именно в медицинских учреждениях. Тогда в стране из-за халатности медперсонала возникло 19 очагов инфекций в 7 субъектах Федера-



Профессор Вадим Покровский: число носителей ВИЧ-инфекции в стране растёт

же время заместитель директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Наталья Костенко на открытии конференции «Современные направления профилактики и стратегии лечения ВИЧ-инфекции».

По её словам, в 2013 г. в рамках программы по предотвращению распространения ВИЧ у 18% населения страны были взяты анализы на вирус, также 87% ВИЧ-позитивных женщин прошли полный курс профилактики инфекции от матери ребёнку. Н.Костенко подчеркнула, что в прошлом году 30% больных, состоящих на

помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита.

То есть в России, по словам Н.Костенко, — самый высокий в мире охват населения скринингом на ВИЧ-инфекцию. Ежегодно обследование проходит до 25 млн человек.

С 2006 г., с начала реализации Национального проекта «Здоровье», в стране на ВИЧ-инфекцию обследуются более 17% населения, сообщила руководитель департамента, по словам которой «это самый высокий уровень скрининга в мире».

«Такой уровень скрининга населения, а также наличие сформировавшейся в России в течение многих лет уникальной системы эпидемиологического надзора позволяет выявлять ВИЧ-инфицированных уже на ранних стадиях заболевания, своевременно назначать проведение специфической антиретровирусной терапии и объективно оценивать масштабы эпидемии», — подчеркнула представитель Минздрава.

По её данным, в 2013 г. 30% больных, состоящих на диспансерном учёте, получили антиретровирусную терапию, а 87% беременных женщин прошли полный курс профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку.

В числе основных проблем, которые требуют решения, Н.Костенко назвала всё ещё высокие цены на антиретровирусные препараты и отсутствие вакцины против ВИЧ. В целом в Минздраве России считают, что ВИЧ-инфекция сегодня становится управляемым хроническим инфекционным заболеванием.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Проекты

**Правительственная комиссия по законопроектной деятельности одобрила внесённый Минздравом России законопроект об оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации новых технологий.**

Проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках

# Для клинической апробации

клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» будет рассмотрен на заседании Правительства РФ, сообщает его официальный сайт.

Новый закон призван обеспечить проведение клинической апробации новых технологий в целях повышения качества ока-

зываемой населению медицинской помощи. Составители-разработчики проекта предлагают наделить федеральные органы государственной власти полномочиями по организации оказания такой помощи в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

в медицинских организациях, подведомственных правительству и федеральным органам исполнительной власти. Предлагаемые решения позволят упорядочить деятельность этих учреждений по апробации и внедрению новых медицинских технологий.

Также предлагается наделить Минздрав России полномочиями

по утверждению положения об организации оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Валентин МАЛОВ.

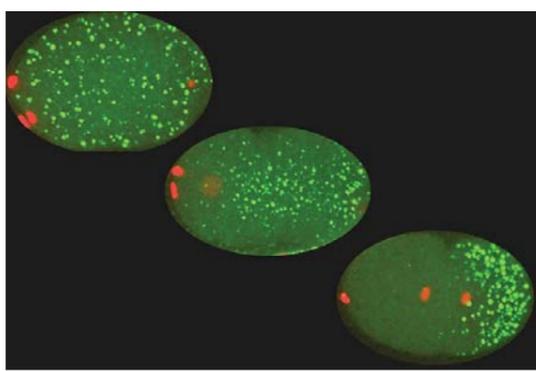
МИА Сити!

## Ракурс

Гермафродит родился от любви Гермеса и Афродиты, поэтому эллины и их ученики римляне изображали его в виде прекрасного юноши с девичьей грудью. Писали древние и об андрогинах, или муже-женщинах, которых сегодня называют по-английски she-male. Наши авторы писали ещё о «третьем поле», но как-то неубедительно и самоотстраняясь от биологической науки. Врачи же описывали гинекомастию, или наличие женской груди у мужчин, и женщин-вираго, или мужеподобных. Знаменитая Магдалена Лефебр произвела фурор в Париже середины XIX века и, несмотря на свои пышные усы и бороду, сменила трёх мужей. Бороду носит и Кончита Вурст, победительница Евровидения. Обращение двух молодых англичанок к врачам с жалобами на отсутствие менструаций позволило провести генетический анализ, выявивший замену одной «буквы» ген-кода у их отца, переданную дочерям с мужским набором хромосом XY. Так был открыт SRY, или Sex-Region на Y-хромосоме, белок которого вставляет блокирующий «палец» в ген женского пола на X-хромосоме.

ворённой яйцеклетки eLife). В сборке гранул большую роль играет фосфор, переносимый на белки с помощью ферментов-фосфатаз. Нарушения в распределении гранул ведёт к «дефекту материнской линии», проявляющемуся затем в развитии всего плода и рождении трансгендерных детей. С одним из таких случаев столкнулись исследователи Женевского университета, проводившие геномный анализ 6-летней девочки с мужскими набором хромосом XY. Родители обратились к врачам с тем, что ребёнок начал отставать в росте и признаками ненор-

## Гендерная политика



Красные хромосомы, идущие за зелёными РНК

Можно напомнить, что все зачатые плоды развиваются до 2 месяцев как женские независимо от «обретённого» набора половых хромосом, но при наличии SRY, который может переноситься на X-хромосому (в результате чего рождаются трансгендеры мужеподобного вида с набором XX), развитие переключается на мужские, или маскулинные рельсы. В результате этого зачатки яйчников уходят вниз в формирующуюся из половых губ мошонку, посредине которой хорошо виден «шов», а клитор начинает расти, формируя кавернозные тела, к которым снизу «подшивается» мочеиспускательный канал-уретра. В заключение можно сказать, что все эти процессы регулируются у плода геном Hedgehog (НН – «ёж»), открытым у дрозофилы. У мухи выключение НН приводит к тому, что нежные волоски на теле сменяются жёсткими иглами, похожими на иглы ежа и дикобраза.

Все знают про транссексуалов и ген-модифицированные – ГМ – организмы. Первые делают себе операции по смене пола или начинают вести себя как человек противоположного пола. В Индии Верховный суд признал существование третьего пола, а в Великобритании известная модель начинала как пацан-хулиган, попавший за свои выходки в тюрьму, но по выходе из неё вышел на подиум в девичьем обличье. Не так давно в той же стране прославилась трансгендерная футболистка, и считается, что до 0,1% школьников также являются трансгендерами, 80% которых обижают. Статистика показывает, что трансгендеры в 4 раза

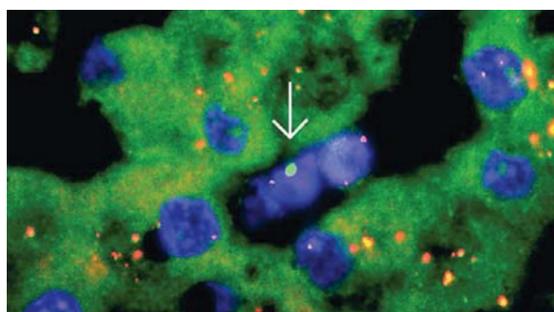
чаще относятся к бедным, в 2 раза чаще – к безработным, 20% – к бездомным. Шестилетний Рил Уиттингтон, живущий в Калифорнии, родился девочкой, но ведёт себя и одевается как мальчик. В той же Калифорнии 13-летняя Зоя (видео с ней и её матерью можно видеть на ВВС) родилась мальчиком, но получает от врачей женские гормоны и блокаторы «половых» белков, чтобы у неё не росли волосы на лице и развивались молочные железы. По-

добного рода блокаторы врачи стали применять с конца 90-х, чтобы предупреждать геномные отклонения в развитии детей с преждевременным половым созреванием (ранним пубертатом). Критики считают подобную тактику нарушающей естественное развитие и указывают на возможные долговременные последствия. Врачи же и воспитатели отвергают обвинения в насилии над детьми и указывают на необходимость как-то справляться с расстройствами самоидентификации.

Развитие представляет собой сложный процесс, в котором принимают участие не только гены и хромосомы, но также и РНК-копии генов, образующие в своей массе РНК-гранулы, динамичное распределение которых, как показали учёные Университета Дж. Хопкинса в Балтиморе, определяет развитие оплодот-

мального формирования скелета и хрящей (хондродисплазия). Учёные выявили мутации в гене фермента ацил-трансферазы, который необходим для включения упомянутых выше генов Hedgehog. Выключение гена фермента у мышей смоделировало картину, сходную с той, что наблюдалась у трансгендерной девочки (PLoS One). Интересно, что у родителей мутаций в гене нет, хотя второй ребёнок с хромосомами XX страдал только хондродисплазией. Оба расстройства развития вызваны бессмысленной – missense – заменой аминокислоты глицина в 287-м положении на валин (после выявления мутации вторую беременность пришлось прервать на сроке 17 недель).

Можно напомнить, о чём автор писал много раз, что валиновая замена глицина в белке р21 Ras (Rat sarcoma – выявленная при саркоме крыс, откуда и название) приводит у людей к многочисленным опухолям. Одним из механизмов мутирования является хроническое воспаление, при котором иммунные клетки выделяют агрессивные радикалы кислорода, способные вызывать порывы цепей ДНК, о чём лишней раз напомнили специалисты Массачусетского технологического института. А в том же PLoS One исследователи Ракового центра в Сиэтле доказали с помощью флуоресцентного белка, что клетки плода свободно циркулируют в организме матери, попадая не только в печень, но и в мозг матери. В этом светящиеся клеточные образования проявляют сходство с клетками опухолей, разносимых кровотоком в разные органы и ткани. Учёные показали наличие мужской ДНК в мозгу



Свечение ДНК мужской Y-хромосомы в печени будущей матери

63% из 59 женщин, умерших в возрасте от 32 до 101 года. Из этого наблюдения можно сделать вывод о влиянии не только матери на эмбрион, о чём говорилось выше в связи с трансгендерными детьми, но и плода на организм матери.

Иван ЛАРИН.

По материалам BBC News.

## Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии»

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

## 3-е неврологическое отделение

- ▶ Ведущий научный сотрудник (д.м.н.) – 1
- ▶ Отделение реанимации и интенсивной терапии
- ▶ Ведущий научный сотрудник (к.м.н.) – 1

## 5-е неврологическое отделение

- ▶ Старший научный сотрудник (к.м.н.) – 1
- Срок действия объявления – 30 календарных дней со дня публикации.  
Справки по телефону: 8-495-490-21-04.

## ОБУЗ «Железнодорожная городская больница № 1» Комитета здравоохранения Курской области

требуются:

- ▶ педиатр участковый,
- ▶ терапевт участковый,
- ▶ оториноларинголог.

Жилая площадь предоставляется.

Адрес: пер. Больничный, д. 6, г. Железнодорожная, Курская область 307170.

Тел. (47148) 24-614, 21-312.

## Перспективы

Нас  
слишком  
много

Рост населения Земли уже приобрёл катастрофический размах, и различные ограничения, направленные на сдерживание роста численности человеческой популяции, не способны решить глобальную проблему в краткосрочной перспективе. По прогнозам учёных, даже если весь мир будет жёстко следовать существующей сегодня в Китае политике одного ребёнка на одну семью, к 2100 г. количество людей на планете может достигнуть 12 млрд человек.



К сожалению, общее количество живущих сегодня на Земле людей оказывает наибольшее, чем когда-либо ранее, негативное влияние на окружающую среду, включая увеличение вырубки лесов для ведения сельского хозяйства, усиливающуюся урбанизацию, давление на видовое разнообразие планеты и экологическое загрязнение и изменение климата.

Так, за последние десятилетия воздействие на окружающую среду значительно возросло из-за роста уровня потребления. Многие эксперты считают, что лучшим способом решения этой проблемы является переход к более низкому уровню рождаемости.

«Даже если бы в середине этого столетия разразилась третья мировая война, это всё равно не оказало бы значительного влияния на темпы роста численности населения в ближайшем 100 лет», – уверены эксперты.

Учёные отметили, что эффективное планирование семьи имеет большой потенциал для ограничения размера человеческой популяции и уменьшения давления на природные ресурсы в долгосрочной перспективе, однако от этого планирования выиграют лишь прапраправнуки ныне живущих людей.

В свете этих данных эксперты призывают мир сосредоточить свои усилия на сокращении потребления ресурсов и разработке наиболее эффективных способов сохранения разнообразия видов и природных экосистем, например, за счёт технологических и социальных инноваций.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сито!

По материалам журнала Proceedings of the National Academy of Sciences.

Пенанг, или Пинанг, представляет собой небольшой островок, который расположен у границы Малайзии и Таиланда в Андаманском море, напротив северной оконечности индонезийской Суматры.

Когда-то он был населён этническими китайцами, но потом пришли индийцы, тамилы и малайцы, к которым присоединились англичане, до середины прошлого века владевшие Малайзией как своей колонией. Именно поэтому столичный и единственный крупный город острова называется Джорджтаун, получивший своё имя в честь Св. Георгия (так и хочется сказать «Победоносца»), являющегося, кстати, покровителем лондонского Сити, на границе которого стоит небольшая статуя святого с копьём. Неудивительно, что главным собором города является храм Св. Георгия, вход в который представляет собой классический колоннадный фронтон, как у Большого театра, но, конечно же, меньше.

Сам город представляет собой сочетание старых двух-трёхэтажных домов и вкраплений старой колониальной архитектуры, начиная с замшелого от древности форта Корнуолис с большими парком в его стенах и зелёной площадкой за ним, обрамлением которой служат ослепительно белый Таунхолл и такой же слепящий в лучах солнца отель. На узких улочках старого города, пересекающихся под прямым углом, то тут то там встречаются приёмные врачей, на вывесках которых помимо фамилий специалистов стоят аббревиатуры MD (Medical Doctor), а также указание, где получены степени – в Индии, Австралии и т.д. В Куала-Лумпуре довелось познакомиться с фитнес-доктором из Индии, в разговоре с которой выяснилось, что она занимается рефлексологией и тем, что у нас называют реабилитацией и отчасти хиропрактикой. Молодая женщина свободно говорила на английском, чем вызвала белую зависть у автора.

В Малайзии и на Пенанге пока ещё мало людей с избыточным весом, который становится такой же проблемой, как и в развитых странах и особенно в США. Тем не менее врачи острова обращают внимание своей «паствы» на скрытую угрозу сахара, про который пишется в газетах чуть ли не каждый день. В обычной еде, которую предлагают на улицах Джорджтауна, содержится в

А как у них?

# Медицина Пенанга

## Качество лечения зависит от глубины кармана



разных продуктах, в том же рисе и огурцах, курятине и супе том-ям, от 4,5 до 6 ложек «скрытого» – hidden – сахара. Неудивительно, что во врачебных кабинетах и поликлиниках первым делом предлагают сдать кровь на сахар, чтобы выявить диабет. Обычный обед может содержать до 26 ложек сахара, в то время как ВОЗ рекомендует не более 10. Бьют тревогу и многочисленные дантисты, например профессор Р.Абдул, декан стоматологического факультета Университетского колледжа Линкольна, указывающий на то, то стрептококк, атакующий эмаль зубов, закисляет pH до 5 ммоль/л буквально в несколько минут, после чего ферментам слюны требуется более получаса, чтобы вернуть этот показатель к нормальному pH 6 ммоль/л, а далее идёт реклама американской пасты, изготовляемой по новой технологии нейтрализации «сахарной» кислоты, широко представленной и на наших полках. Ещё он предлагает пить щелочные воды с pH 9-10 ммоль/л, ссылаясь на мнение американских и южнокорейских коллег, считающих что такого рода вода «освобождает» людей от рака и других заболеваний. Помогать организму можно также ионизацией воды.

Ещё профессор рекомендует переходить с сахара на горький шоколад и 10 здоровых продуктов. Это яблоки и миндаль, капуста брокколи и черника, авокадо и проростки пшеницы, овсянка и различные зелёные овощи. На этом растительном фоне необычно выглядит единственное

исключение животного происхождения, а именно красная рыба – во-первых, благодаря своей питательности и содержанию фосфора, но главным образом за содержащиеся в ней масла.

В один из дней я отправился из центра к подножию Пенангского холма – Penang Hill, у южного подножия которого расположен чарующий своей разноцветной красотой и величием храм Кек-лок (Kek-Lok-si), представляющий собой целый городок с вознесённой над ним статуей Гуань-Инь (Гуань – богиня, Инь – женское начало, милосердие). Ожидая автобуса в город, я стоял у двухэтажного здания местной поликлиники, в которую решил зайти, благо никакой охраны на входе не было, а работники регистратуры не обратили на меня никакого внимания. Над входом, как и везде в Малайзии, вас приветствует Selamat Datang, или «Добро пожаловать» в переводе (первое слово явно в родстве с «салам» – мир, покой, благо).

Первым делом в коридоре, ведущем от входа к кабинетам врачей, обратила на себя внимание реклама новых нанокапсул, в двух слоях которых содержится медьсодержащий олигопептид и фермент редуктаза, необходимый для повышения локального уровня тестостерона. Далее говорится, что капсулы не только «оживляют» покоящиеся волосные луковицы-фолликулы, но и способствуют образованию новых, тем самым возвращая состояние анагена, или полноценного здорового волоса. Адрес, ука-

занный в брошюрге, показывает, что нанотехнологический продукт производится в Куала-Лумпуре. В закутке того же коридора за небольшим столиком сидела медсестра, измеряющая с помощью тонометра давление у пожилой женщины. За её спиной в небольшой комнатке с открытой дверью сидел за своим рабочим столом врач, консультирующий пациента. Дверь, по всей видимости, была открыта из-за трудности дышать, поскольку кондиционер явно не справлялся со своей задачей.

Более щадящие условия я видел в поликлинике попросторнее – из нескольких одноэтажных домов, стоящих у дороги, ведущей от автовокзала к близлежащим зелёным холмам мимо нового индийского храма песочного цвета и чуть далее мечети. В одном из домов располагается Maternity, то есть женская клиника и родильное отделение, тут же по обе стороны дороги две школы – одна буддийская, другая мусульманская.

Набор услуг и сервисов в обоих медучреждениях стандартный. Наглядная агитация предупреждает об опасностях, связанных с вирусом японского энцефалита и ВИЧ, Эболы и ближневосточного респираторного синдрома (MERS), а также призывает делать вакцинацию против гриппа и проводить инъекции тестостерона, которые уменьшают объём талии и увеличивают тягу к сексу. Пациентам говорят о клиническом и биохимическом анализах, а также необходимости контролировать уровень холестерина и липидов и опасности развития диабета,

женщинам напоминают о разного рода анемиях, различных методах контрацепции и лечении бесплодия. В поликлинике принимает гинеколог и педиатр, проводящие ante- и postnatalное наблюдение, консультирует специалист по планированию семьи (в городе довелось видеть вывеску сингапурского центра лечения бесплодия и ЭКО), ревматолог и ортопед, дерматолог и кардиолог. Тут же проводится ЭКГ и УЗИ, тест на беременность, есть возможности осуществления малой хирургии и оказания травматологической помощи, а также биопсии и экзотической для нас циркумцизии (обрезания). На улицах Джорджтауна видел вывески рентгенологических кабинетов и в одном месте шикарное здание центра рефлексологии, в котором болезни разных органов лечат таргетированным массажем их «проекционных» точек на стопах ног.

Один из указателей на дороге к Кек-Локси предлагал повернуть к госпиталю Пенанга, белые стандартные корпуса которого были видны с магистралей. Госпиталь представляет собой довольно большой медицинский городок, который, конечно же, не идёт ни в какое сравнение с расположенным через дорогу от довольно большого парка Адвентистским госпиталем в фешенебельном районе Герни (Gurney), небоскрёбы которого тянутся вдоль северного берега острова в направлении песчаных пляжей Ферингя. Он основан в начале 20-х годов прошлого века Церковью адвентистов 7-го дня, откуда и название. Только в этом госпитале довелось увидеть предложение пройти томографические исследования, которые, по всей видимости, слишком дороги для населения (как и само лечение в этом островке высокими технологиями). Специалисты госпиталя известны своим промоушеном здорового образа жизни и вегетарианства, призванных бороться со всеми недугами души и тела. У медучреждения столь высокого класса есть своя страница в Википедии и красочный сайт, на котором можно почерпнуть много полезного. Можно упомянуть, что сингапурский центр, о котором говорилось выше, расположен так же в этом районе материального благоденствия и повышенного уровня жизненной среды.

Игорь ЛАЛЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

Пенанг – Москва.

Осторожно!

# Вирус глупости



Североамериканские учёные случайным образом обнаружили, что в человеческом организме может присутствовать особый вирус. Влияние на людей этого микроорганизма

весьма своеобразно: он вызывает нарушение когнитивных способностей, а также снижение мыслительного процесса. Иными словами, человек просто-напросто глупеет.

Примечательно, что этот вирус был обнаружен совершенно случайно – в ходе микробиологического исследования после взятия мазка из горла пациента.

Открытие послужило предвестником исследования, в ходе которого у 40 из 90 добровольцев был обнаружен этот вирус. Эти 40 человек в ходе исследования продемонстрировали весьма плохие результаты в тестах на память, внимательность, скорость мышления и точность визуального восприятия.

Дальнейшие исследования, проводимые на мышах, специально заражённых этим вирусом, подтвердили его негативное воздействие на организм, включая ухудшениесообразительности, памяти и ориентации в пространстве.

Алина КРАЗУЭ.

По материалам Proceedings of the National Academy of Sciences.

Исследование

Учёные создали искусственные сперматозоиды и яйцеклетки в примитивной форме. Это настоящее достижение, которое может совершить революцию в наших познаниях о возрастных болезнях и проблеме бесплодия.

ются и вызревают сперматозоиды и яйцеклетки. Возможно, удастся выяснить, в чём разница между развитием клеток у здоровых и бесплодных людей.

Возможно, эти клетки также содержат ключ к лечению не-

# Лечить в зародыше

Исследователи из Кембриджа создали половые клетки на ранней стадии развития, выращивая стволовые эмбриональные клетки человека в тщательно контролируемых условиях в течение недели. После этого успеха они продемонстрировали, что с помощью той же процедуры можно превратить ткани кожи взрослого человека в предшественники спермы и яйцеклеток. Это открывает перспективу создания половых клеток, соответствующих генам пациентов.

Полученные клетки теоретически способны развиваться до состояния зрелых сперматозоидов и яйцеклеток человека, хотя это никогда ещё не делалось в лаборатории.

Наблюдая за клетками, учёные надеются изучить, как формиру-

которых болезней. При старении в организме накапливаются так называемые эпигенетические изменения, например, вследствие курения или воздействия химикатов. Но клетки сперматозоидов и яйцеклеток очень рано очищаются от эпигенетических изменений. «Возможно, так мы разберёмся, как устранять эпигенетические мутации. Функция эпигенетики – регулировать проявление генов, но при заболеваниях, связанных с возрастом, изменения могут быть аномальными и регулировать гены неверно», – говорит руководитель этого исследования Сурани.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам The Guardian.

На протяжении многих веков медицина как вид интеллектуальной деятельности человека постоянно находится на грани между миром природы и миром культуры, между жизнью тела и философскими представлениями о сущности человека. Современная наука даёт множество примеров сосуществования и взаимодействия гуманитарных и естественных дисциплин. Примером такого единения является интеллектуальное течение «Литература и медицина». Символом этого объединения является образ бога-целителя и покровителя искусств Аполлона.

«...удалось избежать многих ошибок»

«И анатомия, и изящная словесность, – писал А.Чехов, – имеют одинаково знатное происхождение, одни и те же цели... Борьбы за существование у них нет... Поэтому-то гении никогда не воевали и в Гёте рядом с поэтом прекрасно уживался естественник». Врачей и писателей объединяет общий интерес к жизни людей. Параллель между трудом врача и писателя очевидна: первый наблюдает за пациентом, второй – за человеком в окружающем его мире. «Искусство, как и медицина, не финал, а поиск. Вот почему мы, наверное, называем медицину искусством», – писал В.Скотт. Искусство необходимо врачу для понимания человеческой жизни в её индивидуальном проявлении, изучения особенностей поведенческих реакций человека в условиях болезни, не связанных исключительно с их патобиофизическими проявлениями, а также для обогащения его клинического мышления и литературного языка. С другой стороны, когда дело касается картины внутреннего мира человека, его психологии, писатели, как правило, опережают врачей в этом отношении на основании знаний, полученных не из медицинских учебников, а непосредственно из самой жизни.

«Все считают, – писал З.Фрейд, – что я отстаиваю научный характер моей работы и что сфера моей деятельности ограничивается лечением психических заболеваний... Я учёный по необходимости, а не по призванию. В действительности я прирождённый художник... Действительно, мои книги в большей мере напоминают художественные произведения, чем научные труды по патологии... Мне удалось обходным путём прийти к своей цели и осуществить мечту – остаться писателем, сохраняя видимость, что я являюсь врачом... В психоанализе вы можете обнаружить слитые воедино, хотя и изложенные на научном жаргоне, три великие литературные школы XIX столетия: Гейне, Золя и Малларме объединяются во мне под покровительством моего старого учителя, Гёте».

Художественная литература представляет собой творческий труд, в котором писатель или поэт осмысливает реальность с помощью художественных образов. Каждый создаваемый художественный образ, несмотря на его реалистичность, вторичен, однако сила его проявляется в реальном описании сопровождающих его по жизни событий: обстановки и колорита эпохи, жизни, быта, любви и страдания человека. Только в этом случае он может претендовать на реальное и объективное отражение действительности.

Связь медицины с литературой следует рассматривать как необ-

ходимое условие медицинского образования и практической медицины. С другой стороны, эта связь необходима и литератору. В письме к своему университетскому товарищу, а в последующем известному неврологу профессору Г.Россолимо, Чехов писал: «Не сомневаюсь, занятия медицинскими науками имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность; они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня как для писателя, может понять только тот, кто сам врач; они имели также и направляющее влияние, и, вероятно, благодаря близости к

енных молодых людей становятся популярными движения хиппи, «зелёных», антиглобалистов, в защиту животных и др. В мире возникает неприятие психиатрии как механизма тоталитарного подавления инакомыслящих людей. Настольной книгой молодого поколения этого времени становится книга И.Гофмана «Узилища». «Перемен требуют наши сердца, перемен требуют наши глаза, в нашем смехе, и в наших слезах, и в пульсации вен – перемен! Мы ждём перемен!» – пело молодое поколение Виктора Цоя.

На фоне происходящих в мире радикальных событий медицина 60-х годов попадает под жёсткую критику радикально настроенных

центры, официальные (свой собственный журнал Literature and Medicine) и неформальные дискуссионные центры. В Европе интерес к проблеме изучения литературы в медицинских школах возник в конце 80-х – начале 90-х годов прошлого столетия. В Великобритании выходит регулярный журнал Journal of Medical Humanities, регулярно публикуются статьи на эту тему в таких известных изданиях, как The Lancet и Academic Medicine, издаются медицинские антологии, посвящённые медицинской тематике в художественных произведениях. При написании ряда медицинских учебников авторы стали использовать конкретный

художественными описаниями является ошибочной тактикой обучения будущих врачей медицинской практике.

Как вспомогательный инструмент

Как показывает уже накопленный опыт, объектом научного исследования направления ЛИМ является в основном изучение отражённых в художественной литературе этических проблем медицины. В число изучаемых литературных произведений в медицинских школах включают наряду с классическими работами врачей-писателей А.Чехова, М.Булгакова, В.Вересаева, про-

Далёкое – близкое

# Слитые воедино...

## Медицинская практика как симбиоз жизни и искусства



А.Чехов всегда остаётся для нас символом единения литературы и медицины

медицине мне удалось избежать многих ошибок».

«Мы ждём перемен!»

В XIX веке мировая медицина претерпела как технологические, так и социальные изменения. Основанием для этого явилось то, что в результате глобализации больницы стали напоминать огромные производственные предприятия с большим количеством врачей и оборудования. Вследствие этих перемен рядовой врач стал терять своё индивидуальное лицо и превращаться в функциональную единицу огромного производственного конвейера (по типу известного конвейера Тейлора). В результате всего происходящего медицинская профессия стала обезличиваться и лишаться присущего ей гуманистического пафоса. Индивидуальная личность пациента стала подменяться многочисленными уточнёнными анализами и результатами суперсовременных методов исследования и перестала представлять интерес для врача. Эти события не замедлили сказаться на отношениях врач – больной и больной – врач.

В середине XX века ситуация во всём мире стала решительно меняться. Мир переживает студенческие бунты, молодёжные революции, в среде радикально настро-

слоёв общества. В ответ на это возникает идея о необходимости более решительного введения в медицинское образование гуманитарных предметов.

В качестве первого шага в этом направлении медицинские школы США приглашают в штат преподавателей-священников – в надежде на то, что они смогут ответить на вопросы студентов-медиков, касающиеся общечеловеческих ценностей.

Представителями такого нового культурологического направления в США стали профессор психиатрии и религии, а по совместительству и капеллан Центра здравоохранения в Университете Флориды С.Бэнкс, капеллан при медицинской школе Сан-Франциско Р.Макнир и капеллан медицинского факультета Университета Техаса Е.Вастян, ставшие основателями течения «Литература и медицина» (LM, в русской транскрипции – ЛИМ). Следует заметить, что Бэнкс и Вастян, погружившись в медицинскую среду, уже обладали к тому времени степенями по литературе. Произшедшее в США событие нарушило традиционное длительное противостояние между врачом и священником, о котором писал в начале XX века в рассказе «Сельский врач» Ф.Кафка: «...священник заперся у себя в четырёх стенах и рвёт в ключья церковные облачения; нынче ждут чудес от врача...»

Уже к началу 70-х годов число преподавателей в США, читающих лекции студентам-медикам по литературе, значительно увеличилось, а гуманитарные предметы входили в число обязательных курсов 10 медицинских учебных заведений. Для сравнения следует сказать, что в эти же годы в медицинских вузах СССР в качестве обязательных для изучения предметов входила история КПСС, основы политэкономии социализма и «школьного» курса философии.

Продолжая традиции

В настоящее время в США литература преподаётся примерно в трети медицинских школ. Кроме того, существуют общественные организации подобного рода, научно-исследовательские

материал из произведений художественной литературы (например, «Оксфордский справочник по клинической медицине» 2004 г.).

Основная задача преподавателей литературы, работающих со студентами-медиками, заключается в разработке и систематизации ими художественного материала по определённым темам занятий. Британские исследователи проблемы LM, например, тяготеют к медико-этической её стороне и используют литературу в медицинских школах в качестве вспомогательного инструмента в педагогической практике при обсуждении проблем абортов, трансплантаций, эвтаназии и др. В американских же медицинских колледжах практикуется более широкое понимание медико-гуманитарного образования, которое предполагает изучение различных разделов медицины с упором на художественную литературу, а также философскую этику. Следует заметить, что такой подход к обучению будущих врачей был известен в России ещё в начале прошлого столетия. Вот что по этому поводу писал в то время Чехов: «Вот я страдаю, например, катаром кишок и прекрасно понимаю, что испытывает такой больной, какие душевные муки переживает он, а это редко врачу бывает понятно. Если бы я был бы преподавателем, то я бы старался возможно глубже вовлечь свою аудиторию в область субъективных ощущений пациента, и думаю, что это студентам могло бы действительно пойти на пользу».

Сложность обсуждаемой проблемы заключается в том, что студент-медик или практикующий врач, вторгаясь в неизвестную для них область литературной деятельности, могут оказаться в положении дилетантов, склонных к прямому отождествлению литературного текста с реальной клинической картиной описываемого заболевания, что не входит в задачу писателя. В большинстве же случаев многие литераторы не являются представителями медицинской профессии и не в состоянии разобраться в хитросплетениях медицинской науки. Попытки некоторых из них бесцеремонно вторгнуться в чужую область знаний приводят, как писал Чехов, к «третированию медицины». В связи с этим подмена клинических примеров развития и течения болезней их вымышленными

изведения С.Мозма, Г.Флобера, В.Вильямса, Э.Хемингуэя, Ш.Бронте, Ф.Кафки и других. Однако хорошо известно, что представителями медицинской профессии были также Ф.Шиллер, Ф.Рабле, А.Конан Дойль, В.Даль, С.Лем, В.Аксёнов и др. Всего же история мировой литературы хранит около 120 имён писателей-врачей.

Большинство исследователей полагают, что художественную литературу следует рассматривать как вспомогательный инструмент медицинского образования. Интерес к этой проблеме в нашей стране всё ещё невелик и, как показывает практика, утрачивается в последние годы в связи с уходом старшего поколения. В настоящее время существуют лишь единичные публикации на эту тему в различных медицинских журналах. В качестве одной из немногих работ в этом направлении следует назвать хрестоматию «Психология здоровья в художественной литературе» (сост. С.Тверская), вышедшую в серии «Библиотека школьного психолога», в которой представлены целенаправленно адаптированные тексты известных отечественных и зарубежных авторов, отражающие вопросы психологии здоровья, лишённые, однако, клинической интерпретации. В некоторой степени эти проблемы были разрешены после выхода в свет в нашей стране книги «Медицина в литературно-художественном пространстве», которая является одной из первых систематизированных работ в этом направлении. В предисловии к ней современная писательница Л.Улицкая написала: «Сегодняшние врачи, пожалуй, уже не принадлежат гуманитарному миру. С тех времён, когда медицина перестала быть только искусством врачевания, а стала ещё и наукой, сам её объём увеличился в тысячи раз. Она почти потеряла связь с гуманитарным миром. Всё реже мы встречаем среди врачей таких высококультурных людей, какими были медики XIX века. Никакого упрека: сегодня для получения профессии врача нужно от 10 до 15 лет серьёзнейшего обучения».

Тем не менее надо бы нам почаще вспоминать слова Гиппократов: «...Нет большой разницы между мудростью и медициной».

Александр ЛИТВИНОВ, профессор.

Смоленская государственная медицинская академия.

