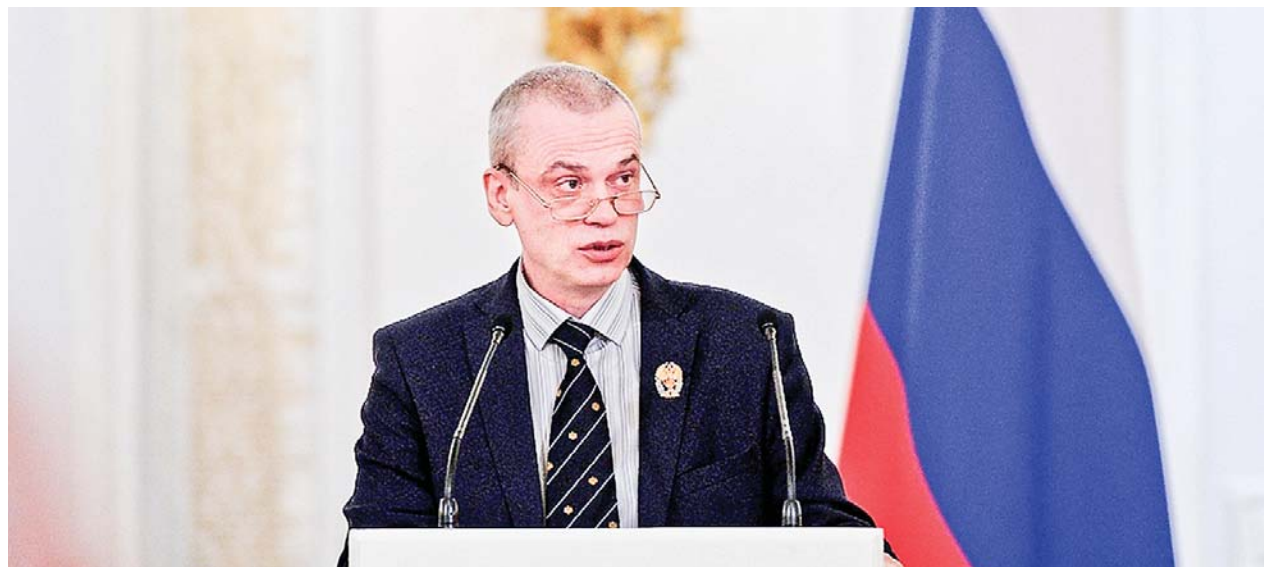


Признание

Достигая вершины, почувствовать высоту...

Российские биологи внесли достойную лепту в мировой арсенал методов исследования процессов, происходящих в живых клетках



Совсем недавно в ходе конференции научно-педагогических работников и учащихся новым ректором Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова был избран академик РАН Сергей Лукьянов.

А в День России он получил новое высокое признание – стал лауреатом Государственной премии Российской Федерации. Госпремия РФ является высшим признанием заслуг деятелей науки и культуры перед обществом и государством. Церемония вручения её проходит в Кремле.

«Вас объединяет настоящая одержимость своим делом, преданность, – обратился к победителям во время награждения Президент РФ В.Путин. – Вы смогли не только осознать своё предназначение и почувствовать его высоту, но и достичь этой вершины. Такой творческий подъём даётся людям незаурядным, сильным, щедрым и смелым. Тем, кто обладает внутрен-

Сергей Лукьянов после вручения высшей научной награды страны

ней свободой и честным, обострённым восприятием действительности, для кого труд и профессия становятся смыслом всей жизни».

Сергей Лукьянов вместе с академиком РАН Евгением Свердловым были отмечены за разработку в области геномных и постгеномных технологий. Их основополагающие труды действительно раздвигают границы познания и уже востребованы на практике. Работы авторов обеспечили ускоренное развитие биологических и биомедицинских исследований в России и мире, позволили идентифицировать несколько сотен важнейших функциональных единиц генома, открыли новые возможности для экспериментальных разработок.

После получения высшей научной награды страны С.Лукьянов сказал: «Мне хотелось бы подчеркнуть неразрывную связь науки и образования. Огромную роль в подготовке научных кадров играет сеть специализиро-

ванных школ. Считаю чрезвычайно важным поддерживать и развивать эту уникальную, не имеющую аналогов в мире кузницу кадров». В заключение учёный поблагодарил всех своих коллег, родителей, которые во всём поддерживали, жену Екатерину Богданову, «без которой у меня вообще ничего бы не получилось», и выразил убежденность, что Россия станет одним из лидеров, определяющих облик биомедицины будущего.

Вне сомнения, выдающиеся отечественные биологи совершили прорыв в своей области знаний. А потому есть надежда, что впереди нас могут ждать великие открытия, которых давно не случалось в российской науке...

Буквально сразу же после награждения С.Лукьянов встретился с нашим журналистом и ответил на ряд вопросов «МГ».

Эксклюзивное интервью лауреата
читайте на стр. 10-11.

подсчитали, что после выезда передвижных флюорографов процент выполнения плана ФЛГ-обследования населения в муниципальных образованиях повышается в 2,5 раза. Это убедительный довод в пользу выездной работы противотуберкулёзной службы: ожидать, что жители сельских районов сами потянутся в райцентр или в столицу на флюорографию, по меньшей мере наивно.

Благодаря активной работе по выявлению ранних форм туберкулёза и своевременному началу лечения в Республике Алтай первичная заболеваемость снизилась в этом году уже на 27% и составляет 24 случая на 100 тыс. населения.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Горно-Алтайск.



Казим ШАМАНОВ,
министр здравоохранения
Карачаево-Черкесской Республики:

Наши врачи не стесняются учиться у своих именитых коллег из Москвы и Петербурга.

Стр. 4



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

Злоупотребление алкоголем составляет 14% всех причин смертности.

Стр. 7



Ирина СИЛУЯНОВА,
заведующая кафедрой
биомедицинской этики
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, профессор:

Технологии искусственного оплодотворения ведут к умножению неполных, гомосексуальных семей.

Стр. 12

События

Награды обязывают

Благодарственные письма сотрудникам системы здравоохранения островного региона в связи с их профессиональным праздником – Днём медицинского работника вручил губернатор Сахалинской области Олег Кожемяко. За происходящим в актовом зале областной больницы, где собрались медики, в режиме видеоконференции наблюдали также руководители центральных районных больниц.

Награждением глава области не ограничился. Он предложил собравшимся медикам обсудить важный вопрос: как сделать систему здравоохранения в регионе более эффективной? Врачи откликнулись, в результате состоялся заинтересованный деловой разговор. В частности, речь зашла о лечении больных с ожогами. В ряде случаев их приходится отправлять во Владивосток.

Было заслушано предложение и обсуждён вопрос о создании небольшого стационарного центра для лечения термических травм на базе одной из больниц. Тогда жители области будут получать качественную специализированную медицинскую помощь на месте.

Работа специалистов по челюстно-лицевой хирургии в областном центре поставлена на высоком уровне. Это подтвердила недавно озвученная оценка работы сахалинских медиков со стороны руководства Российской детской клинической больницы. Однако Артём Свистун, опытный челюстно-лицевой хирург, озвучил острую проблему – часто медикам не хватает расходных материалов. А Татьяна Морозова, детский офтальмолог, обозначила

– требуется специальный офтальмологический микроскоп. Без него проведение многих сложных операций затруднительно. Губернатор поставил задачу взять эти вопросы на контроль.

В ближайшее время в Южно-Сахалинске завершится строительство областного перинатального центра. Значит, высвободятся ресурсы для возведения ещё одного крупного медицинского объекта. Губернатор предложил медикам высказать своё мнение, должен ли это быть хирургический комплекс областной больницы или региону необходимо какое-то другое учреждение.

Во время разговора медики не обошли стороной ещё одну проблему: в Сахалинской области увеличилось число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний – только в I квартале – на 36 человек (4%) по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. По словам Марии Калашниковой, заместителя главного врача Сахалинской областной клинической больницы по региональному сосудистому центру, большую негативную роль играют отсутствие полноценной системы реабилитации больных после сосудистых катастроф, недостатки в работе реанимации. Поэтому необходимо уделять больше внимания развитию этих служб.

В заключение Олег Кожемяко поблагодарил медиков за обстоятельный разговор и заверил их, что все высказанные замечания и предложения будут внимательно изучены и учтены в дальнейшей работе администрации островного региона.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Перемены

«Передвижка» тормозит туберкулёз

Участники координационного совета по борьбе с туберкулёзом при Министерстве здравоохранения Республики Алтай обсудили эффективность принимаемых мер по улучшению качества диспансерного наблюдения и эффективности лечения больных. Изучив статистику, пришли к выводу: эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу остаётся в республике напряжённой, но по сравнению с первым полугодием минувшего года наметилось улучшение.

В частности, в этом году показатель местного охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами вырос на 5,6%. Обследованы уже более 37% от запланированного числа жителей региона. Об эффектив-

ности скрининга говорят следующие данные: из 7700 прошедших ФЛГ у 250 человек выявлены подозрения на патологию лёгких, все они направлены на дообследование.

В Минздраве Республики Алтай

Новости

Когда счёт идёт на минуты

По инициативе вице-президента Национальной медицинской палаты, председателя Врачебной палаты Смоленской области Натальи Аксёновой в регионе открыта первая в России горячая линия по оказанию экстренной медицинской помощи населению. Она работает круглосуточно, у телефона дежурят активисты палаты – врачи, которые хорошо знакомы и с организацией работы клиник и других ЛПУ, и с функциональными обязанностями медработников разного ранга.

– Мы занимаемся не приёмом жалоб, а оперативной помощью тем больным, кто не смог её получить из-за бюрократических проволочек в приёмном отделении или регистратуре, у кого не оказалось полиса на момент травмы, полученной в ДТП, кому, будучи гражданином другого государства, приходится рожать в Смоленске, к кому «почему-то» не едет скорая помощь и т.п., – рассказала корреспонденту «МГ» Н.Аксёнова. – На сегодня реальная помощь в кратчайшие сроки оказана более чем 50 респондентам, обратившимся к нам.

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленская область.

Урологи ищут варианты

В ходе недавнего заседания Ярославского отделения Российского общества урологов специалисты региона ознакомились с новыми взглядами на лечение эректильной дисфункции и симптомов нарушенного мочеиспускания.

Говоря о медикаментозной терапии, заведующий урологическим отделением московской городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова доктор медицинских наук Сергей Котов отметил, что многие больные с данным видом патологии сегодня не соглашаются на операцию. Они предпочитают лечиться длительно, но с помощью лекарств. Поэтому важно выбрать наиболее эффективные и безопасные средства, варианты которых он и предложил.

Собственным интересным опытом по лечению пациентов с хроническим простатитом поделился заведующий кафедрой урологии и нефрологии Астраханского государственного медицинского университета профессор Фаик Асфандияров. По его наблюдениям, немалое число мужчин после успешного излечения воспаления предстательной железы испытывают проблемы в сексуальной жизни. После курса лечения у психолога, который снимает эмоциональный дискомфорт, состояние пациентов в большинстве случаев нормализовалось. То есть болезнь на самом деле оказывается фантомом.

Также обсуждались вопросы пластических операций, в том числе с использованием внутриуретральных стентов и собственных тканей пациента.

Елена МАРЬИНА.

Ярославль.

В воздух подняли вертолёт...

Врачи города Чернушки Пермского края обратились к коллегам в Пермскую краевую клиническую больницу за консультацией: у пациента в связи с особенностями течения заболевания полностью перестали функционировать почки и он впал в кому. Мужчина, отец двоих детей, страдал хроническим заболеванием почек, наблюдался по месту жительства...

Специалисты краевой больницы приняли молниеносное решение: поднять вертолёт, чтобы перевезти пациента из Чернушек в Пермь. «Мы не могли рисковать, больной срочно нуждался в оказании специализированной медицинской помощи», – рассказывает заведующий отделением экстренной и плановой консультативной помощи Пермской краевой клинической больницы, хирург высшей категории Лариса Ворожцова.

Прямо с взлётно-посадочной полосы пермского аэропорта пациента в реанимобиле доставили в центр гемодиализа. Там врачи подключили его к аппарату «искусственная почка» и начали процедуру по выводу из комы. Сейчас мужчина проходит дальнейшее лечение. Его состояние вне опасности.

В минувшем году врачи отделения под руководством Л.Ворожцовой 2 тыс. раз выезжали к пациентам на место, в том числе в труднодоступные и отдалённые территории. Заведующая отделением за принятие оперативных и эффективных решений – сотни спасённых под её управлением жизней – признана «Врачом года» в Пермском крае.

Дмитрий ПРОТОПОПОВ.

Пермский край.

Медицинская реабилитация развивается

Отделение восстановительного лечения № 2 Находкинской городской больницы пополнилось современными тренажёрами. Последнее приобретение – комплекс для диагностики, лечения и реабилитации больных с двигательной патологией, основанный на биологической обратной связи.

Деятельность находкинских реабилитологов – яркий пример реализации в Приморском крае пилотного проекта Минздрава по развитию медицинской реабилитации (включая неврологию, травматологию и ортопедию).

По квалификации персонала и уровню оборудования это отделение – одно из сильнейших в Приморье. А приобретённые недавно тренажёры можно назвать уникальными для края.

Пациентам, перенёвшим травмы, инсульты, эндопротезирование, людям с остеохондрозами, невралгиями и другими заболеваниями вернутся к полноценной жизни помогают физиотерапевт, иглорефлексотерапевт, терапевт, нейрохирург, массажист, психолог.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

Приморский край.

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

Конференции

Как не потерять голос

К особенностям диагностики и лечения патологий гортани



Лечение расстройства голоса также требует высокого мастерства профессионалов

В Омске прошла межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием, на которую были приглашены ведущие фониатры из России, Казахстана и Германии, всего свыше 150 человек. В течение 2 дней они обсуждали актуальные вопросы и проблемы в лечении и профилактике заболеваний лор-органов, реабилитации голосовых расстройств у пациентов, а также инновационные технологии терапии.

Конференция под названием «Современные технологии в диагностике и лечении патологий гортани. Опыт и достижения в фониатрической практике» проводилась в Омском областном клиническом медико-хирургиче-

ском центре, куда структурным подразделением входит областная Фониатрическая клиника. Этим учреждением уже более 40 лет руководит его создательница – заслуженный врач РФ, фониатр-оториноларинголог высшей

категории Людмила Доронина. Проведение представительной встречи было как раз приурочено к этой знаменательной дате. Но если несколько десятилетий назад это уникальное ЛПУ – единственное, к слову, в нашей стране – было создано для оказания специализированной помощи творческим работникам региона и их коллегам, приезжающим на гастроли, то со временем его функции значительно расширились. Сейчас он входит в структуру клинического медико-хирургического цен-

тра. Здесь лечат расстройства голоса, проводят реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями гортани до и после хирургического вмешательства, оказывают консультативно-диагностическую и лечебно-профилактическую помощь, психологическую и фонопедическую коррекцию.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Профилактика

Жители Подмосковья — за некурящую Россию

В этом году мероприятия, посвящённые Всемирному дню без табака, в Московской области проходили в течение нескольких недель. Активное участие в них приняли волонтеры из молодежных общественных организаций, представители системы образования, здравоохранения, социальные работники.

Ещё несколько лет назад казалось, что с проблемой курения справиться невозможно, но сегодня мы видим, как ситуация меняется. Курение табака выхо-

дит из моды, многие курильщики отказываются от этой пагубной привычки, распространённость курения среди молодёжи снижается. Об этом свидетельствуют данные крупного анкетирования, которое в рамках Всемирного дня без табака провели подмосковные волонтеры и медики, опросив более 14 тыс. человек.

Несколько лет назад курило около 60% взрослого населения Московской области, а проведённый опрос показал, что эта цифра снизилась почти на 20% и сегодня курят 42% жителей. В этом году

впервые Всемирный день без табака сопровождался широкой кампанией в сети Интернет.

Главный акцент прошедших в Подмосковье мероприятий был сделан на формировании позитивной мотивации молодёжи на здоровый образ жизни. Всего в акциях приняло участие более 50 тыс. человек. Жители региона проголосовали за некурящую Россию.

Екатерина ИВАНОВА, главный врач
Московского областного центра
медицинской профилактики.

События

Увековечили память врача

Мемориальную доску, посвящённую Олегу Маслову – известному в Приамурье врачу и поэту – открыли на здании старого хирургического корпуса, который находится на территории Амурской областной детской клинической больницы: здесь многие годы работал Олег Константинович.

О.Маслов – основоположник анестезиолого-реанимационной службы в Амурской области, кандидат медицинских наук, доцент, член Союза писателей России, автор более 10 сборников стихов и прозы,

заслуженный работник культуры РФ, почётный гражданин Благовещенска. Инициативная группа представителей медицинского сообщества города и Амурская медицинская палата обратились с предложением во властные структуры Благовещенска об увековечивании памяти Олега Маслова. Инициатива была одобрена.

Участие в торжественной церемонии открытия мемориальной доски приняли министр здравоохранения Амурской области Николай Тезиков, коллеги, друзья и соборы по литературному творчеству.

А накануне этого мероприятия в Амурской государственной медицинской академии зажгли свечу памяти Олега Маслова. Студенты вуза, сотрудники Амурской областной научной библиотеки, члены Амурского отделения Союза писателей России вспоминали об Олеге Константиновиче, читали его стихи, говорили о нём, слушали с экрана голос этого легендарного человека.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Проекты

С учётом современных требований

Минздравом России подготовлен проект постановления Правительства РФ «О внесении изменений в перечень лекарственных средств, назначенных лечащим врачом налогоплательщику и приобретённых им за счёт собственных средств, размер стоимости которых учитывается при определении суммы социального налогового вычета».

Проект постановления направлен на модернизацию перечня социального налогового вычета с

учётом современной номенклатуры Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Актуальность проекта обусловлена тем, что перечень лекарственных препаратов для социального налогового вычета не пересматривался с 2007 г. В этой связи в данном перечне не представлены современные, востребованные практическим здравоохранением и гражданами, высокоэффективные, в том числе дорогостоящие лекарственные препараты.

Вышеуказанные изменения по унификации номенклатуры перечней обеспечат преемственность проводимой терапии на стационарном и амбулаторном этапах оказания медицинской помощи и повысят доступность лекарственных препаратов для населения в рамках единого Перечня ЖНВЛП. В настоящее время на официальном сайте размещено уведомление о подготовке проекта постановления Правительства РФ.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Сити!

Статистика

Столичный прорыв в неонатологии

Выживаемость детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, в Москве за последние 6 лет увеличилась более чем в 2 раза.

Об этом сообщила главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова, профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательско-

го медицинского университета им. Н.И.Пирогова Антонина Чубарова.

«За последние 6 лет выживаемость детей с экстремально низкой массой тела увеличилась с 30 до 64%, то есть более чем в 2 раза. В прошлом году в городе родилось 450 детей с массой тела от 500 г до 1 кг, трое деток – с массой ниже 500 г. А в I квартале 2016 г. у нас появилось на свет около 130 детей с экстремально низкой массой тела», – отметила А.Чубарова,

добавив, что весом от 1 до 1,5 кг в прошлом году родилось 766 детей – их выживаемость на сегодняшний день составляет 95%.

По словам А.Чубаровой, таких показателей удалось достичь благодаря программе модернизации медучреждений, в результате которой сегодня все родильные дома в столичном регионе на 100% обеспечены необходимым новейшим лечебным и диагностическим оборудованием.

«Уровень наших больниц поднялся до мирового», – акцентировала А.Чубарова.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Угроза

В Ставропольском крае заболеваемость за последние 10 лет возросла более чем в 10 раз. Об этом говорят цифры статистики. Так, если в 2006 г. на Ставрополье заболеваемость СПИДом составляла 2 человека на 100 тыс. населения, в 2015 г. – уже 21 человек.

Наиболее высокие темпы прироста отмечались в 2014 и 2015 гг., когда число зарегистрированных случаев увеличивалось на 100 и 80% соответственно. Так, в 2014 г. в крае было выявлено 457 случаев ВИЧ-инфекции, в 2015 г. – 742; среди них 583 местных жителя, 52 временно находившиеся в крае гражданина других субъектов РФ, 60 лиц бомж и 47 иностранных граждан.

Ситуация по ВИЧ-инфекции ухудшается

«Лидируют» в этом печальном рейтинге города Ессентуки, Георгиевск, Лермонтов, Ставрополь, Минераловодский и Предгорный районы: на этих территориях зарегистрирован самый высокий уровень заболеваемости.

В 2015 г. в крае от СПИДа умерло 86 человек, за весь период наблюдения – 511.

По данным всё той же статистики в целом по России сейчас заражено ВИЧ 0,5% населения.

– Распространение ВИЧ обуслов-

лено активизацией проникновения вируса иммунодефицита во все слои населения, в первую очередь за счёт широкого круга лиц, употребляющих психоактивные синтетические вещества инъекционным путём, проще говоря – наркоманов, – пояснил главный эпидемиолог Минздрава Ставропольского края Николай Пелих.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Санитарная зона

Клещи находятся «под присмотром»

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обращает внимание, что благоприятные климатические условия способствуют активизации насекомых, в том числе клещей.

Проводя профилактические и противозидемические мероприятия, специалисты Роспотребнадзора во всех субъектах Федерации реализуют планы по предупреждению распространения инфекционных заболеваний, передающихся с укусами насекомых, ведётся контроль и за проведением и эффективностью акарицидных обработок.

В каждом субъекте Федерации в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения и их филиалах открыты пункты по приёму и



проведению исследований клещей, в которых определяют заражённость боррелиями. Удельный вес клещей, являющихся переносчиками вируса клещевого вирусного энцефалита, составляет 0,82% (в 2010 г. – 5,5%). Удельный вес клещей, заражённых боррелиями

– 3,66% (в 2010 г. – 9%). По состоянию на 3 июня 2016 г. в лабораториях исследовано более 200 тыс. клещей.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Москва.

Конкурс

Поздравляем лауреатов!

Названы имена тех, кто своим трудом и талантом добился значимого результата в своей профессии. Подведены итоги XVI Всероссийского конкурса «Лучший врач года», который проводят Минздрав России, Профсоюз работников здравоохранения РФ и «Медицинская газета»



Победители в номинациях:

«Лучший анестезиолог-реаниматолог»

1-е место – Мальченко А.Л., врач анестезиолог-реаниматолог, ГАУЗ Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово

2-е место – Оксанова М.Ю., заведующая отделением – врач анестезиолог-реаниматолог ГУЗ «Ингушская республиканская клиническая больница», г. Манас

3-е место – Кузьменко Е.В., врач анестезиолог-реаниматолог БУЗ Орловской области «Ливенская центральная районная больница», г. Ливны

«Лучший врач

по диагностическим исследованиям»

1-е место – Короткевич А.Г., заведующий отделением – врач-эндоскопист МБЛПУ «Городская клиническая больница № 29», г. Новокузнецк, Кемеровская область

2-е место – Черемисин В.М., заведующий отделом лучевой диагностики – врач-рентгенолог Санкт-Петербургского ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург

3-е место – Полуин А.В., заведующий отделением функциональной диагностики ОБУЗ «Курская городская больница № 6», г. Курск

«Лучший врач

лабораторной диагностики»

1-е место – Юдина Т.Ю., заведующая клинико-диагностической лабораторией – врач клинической лабораторной диагностики КГБУ «Консультативно-диагностический центр» Минздрава Хабаровского края «Вивея», г. Хабаровск

2-е место – Ефимова Т.В., заведующая клинико-диагностической лабораторией – врач-бактериолог ГАУЗ Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово

3-е место – Леонтьева О.И., заведующая клинико-диагностической лабораторией – врач клинической лабораторной диагностики ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны

«Лучший невролог»

1-е место – Бессонова Л.Б., заведующая психоневрологическим отделением – врач-невролог Санкт-Петербургского ГУ «Детская городская больница Святой Ольги», г. Санкт-Петербург

2-е место – Брылёв Л.В., заведующий неврологическим отделением – врач-невролог ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М.Буянова» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва

3-е место – Мальцева Е.В., заведующая отделением реабилитации для детей с ДЦП и другими неврологическими заболеваниями – врач-невролог ГБУ «Курганская детская поликлиника», г. Курган

«Лучший неонатолог»

1-е место – Сарбева И.В., заведующая отделением новорождённых – врач-неонатолог ГБУЗ Республики Коми «Ухтинский межтерриториальный родильный дом», г. Ухта

2-е место – Данильченко И.М., заведующая отделением для новорождённых – врач-неонатолог ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

3-е место – Друженьков В.Г., врач-неонатолог Пермского краевого перинатального центра ГБУЗ Пермского края «Орденa «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница», г. Пермь

«Лучший оториноларинголог»

1-е место – Батуев Э.Г., заведующий отделением – врач-оториноларинголог ГБУЗ «Городская больница № 5», г. Улан-Удэ, Республика Бурятия

2-е место – Шпотин В.П., заведующий отделением – врач-оториноларинголог ГБУЗ Астраханской области «Александрo-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

3-е место – Игошина В.С., врач-оториноларинголог ГАУЗ Московской области «Дубненская городская больница», г. Дубна

«Лучший педиатр»

1-е место – Жилочкина А.М., врач-педиатр ГКУЗ «Рязанский дом ребёнка», г. Рязань

2-е место – Максимова Н.И., заведующая детским отделением – врач-педиатр МБУЗ «Крапивинская центральная районная больница», пгт Зеленогорский, Кемеровская область

3-е место – Игнатьева Г.Е., врач-педиатр ОГБУЗ «Монастырщинская центральная районная больница», пгт Монастырщина, Смоленская область

(Окончание на стр. 5.)

Министром здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики заслуженный врач КЧР К.Шаманов назначен недавно, в сентябре 2015 г. Пресловутые 100 дней прошли, и не один раз, так что поговорить есть о чём. Тем более что по многим вопросам Казим Азреталиевич имеет свою точку зрения, которая не во всём совпадает с официальной (к слову сказать, как раз это и подкупает). Ещё один штрих к портрету этого, на мой взгляд, очень интересного человека: во время срочной службы в армии он был в числе ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, за что впоследствии был награждён орденом Мужества. Правда, вдаваться в подробности событий тех лет Казим Шаманов не любит, что характеризует его ещё и как скромного человека.

Для начала возьмём некоторые демографические показатели за январь – апрель 2016 г., наиболее точно характеризующие состояние здравоохранения республики. Эти цифры – своего рода «лакомусовая бумажка», которая помогает чётко отследить, какой из сфер отрасли уделяется повышенное внимание, и где удалось добиться впечатляющих результатов. К примеру, смертность от туберкулёза, которая в целом по России «набирает обороты». При цифре 5,2 (в пересчёте на 100 тыс. населения) в 2015 г., за 2016 г. в республике – 0,6 (!), по Северо-Кавказскому федеральному округу – 8,4, в целом по России – 8,3. Такой более чем положительной динамики удалось достичь во многом благодаря открытию современного Республиканского противотуберкулёзного диспансера в 2014 г. («Медицинская газета» на протяжении последних лет уделяла много внимания теме борьбы с туберкулёзом в Карачаево-Черкесии, и, по всей видимости, руководство республики «прислушалось» к голосу общественного мнения).

Ещё один прорыв достигнут в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые не только в России, но и во всём мире занимают верхние строчки печального рейтинга. Так, если смертность от болезней системы кровообращения по 2015 г. (в пересчёте всё на те же 100 тыс. населения) составила 602,3, то по текущему году – 467,3 (по СКФО – 435,4, по России – 643,4).

– **Казим Азреталиевич, по некоторым позициям цифры прямо-таки впечатляют. «По секрету всему свету» расскажите подробнее.**

– Например, в этом году исполнилось 5 лет работы нашего республиканского сосудистого центра, который из года в год совершенствуется. Руководит центром Марат Темрезов, доктор медицинских наук, он сумел собрать молодую креативную команду. И результаты просто блестящие. Очень много операций по высокотехнологичной медицинской



очень важно учитывать именно его мнение.

– Самое интересное в том, что если человек доволен лечением, то обратной связи как бы и нет: у него всё хорошо, ни к кому он дальше не обращается. А вообще, примеров обратной связи у нас много. Во-первых, это круглосуточный телефон горячей линии, есть сайт Минздрава, где можно задать вопрос специалистам по лекарственному обеспечению, лечению и т.д. Каждую пятницу я веду приём граждан по личным вопросам, также люди обращают-

гие льготы и т.д. Хотя, конечно, по этой федеральной программе, утверждённой федеральным законом о медстраховании, на работу в сельскую местность после обучения в ординатуре пришло много достойных молодых специалистов.

Тем более сейчас программа доработана и возрастной ценз увеличен. И теперь мы стараемся брать не временщиков, а людей, которые основательно стоят на этой земле, у которых здесь корни. Когда ты знаешь, что за твоей работой внимательно следят твои родственники, соседи, друзья, и завтра они скажут твоим родителям добрые слова или наоборот... Это же совсем другая ответствен-

Итоги и прогнозы

Преображение — знак нашего времени

В этом уверен министр здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики Казим Шаманов

помощи, вплоть до операций на открытом сердце, делаем у нас в республике. Большой прорыв и в сфере лечения онкозаболеваний, там тоже подобралась молодая команда. По решению главы республики у нас строится и уже находится на стадии завершения новый онкоцентр. Кроме того, на 2017 г. планируем сдачу детской республиканской больницы. Я родился в Карачаево-Черкесии, живу здесь уже более 40 лет, и такого масштабного строительства объектов здравоохранения, такого внимания к здоровью людей просто не помню. Меняется и взгляд самих людей на здравоохранение: они стали требовательнее. Если раньше человека положили в больницу и вырезали аппендицит, он уже и не знал, как благодарить врача... Сегодня делаем высокотехнологичные операции, отправляем людей в федеральные центры, где они требуют к себе большего внимания, комфорта. Сейчас пациент, идя в больницу, знает не только свои права и обязанности, но и врача. Вся информация доступна в открытом виде, и граждане знают, что по каждой жалобе будет тщательное разбирательство.

– **Вы коснулись очень важной темы – обратной связи. По сути, вся сфера здравоохранения – больницы, поликлиники, да и сам Минздрав, созданы во имя человека, пациента, и**

ся напрямую к главе республики, в органы Роспотребнадзора и т.д.

– **Ещё один вопрос, который мы никак не можем обойти, – кадровый. При том что существуют различные федеральные и региональные программы, проблема пока не решается в полном объёме.**

– Есть очень хорошая русская поговорка: «Где родился, там и пригодился». Но молодые люди, которые учатся в медвузах крупных городов – Москвы, Санкт-Петербурга, Краснодар и т.д., не всегда хотят возвращаться в родные места: ритм больших городов захватывает, да и возможностей там больше. Поэтому и были разработаны различные программы, например «Земский доктор». У нас в этой программе приняли участие почти 240 человек, но, на мой взгляд, должного эффекта не наступило. И не факт, что все эти люди в дальнейшем, после окончания этой программы, останутся работать на прежнем месте. Молодые специалисты – в большинстве своём девушки – это время «прождали» в декретных отпусках... Изначально программа была ориентирована на молодых специалистов, а они не всегда ещё могут работать самостоятельно. Возникает проблема – рядом трудится человек, который отдал делу 30 лет и более, и приходит молодой специалист, получает миллион рублей поддержки, дру-

ность и очень дисциплинирует. На Кавказе испокон веков прислушивались к мнению старших, старейшин, и этот менталитет обязательно надо учитывать. Вот таким молодым людям, которые работают на своей родной земле, как раз и хочется помогать в первую очередь.

– **Подытоживая интервью, можно ли надеяться, что столь масштабные перемены в здравоохранении республики будут продолжаться?**

– Несомненно! И я очень этому радуюсь. Похоже, явные перемены к лучшему в нашем здравоохранении – знак нашего времени. Но мы не стремимся к тому, чтобы перед кем-то выглядеть лучше, чем мы есть на самом деле, не замалчиваем свои неудачи и ошибки, а стараемся исправлять их, чтобы реальная картина жизни становилась всё благоприятнее для граждан. В последнее время у нас в республике часто бывают какие-нибудь «десанты» из Москвы и Санкт-Петербурга: наши врачи не стесняются учиться у своих именитых коллег, в итоге от такого содружества выигрывает качество оказания медицинской помощи, улучшается качество жизни. А значит, мы на правильном пути.

Рубен КАЗАРЯН,
суб. корр. «МГ».

Карачаево-Черкесская
Республика.

Инициатива

Новая награда для столичных докторов

К Дню медицинского работника в столичном регионе была учреждена новая награда за добросовестный труд на профессиональном поприще – «Почётный медицинский работник города Москвы», а также почётный знак «Заслуженный врач города Москвы».

В ходе торжественной церемонии в честь профессионального праздника 12 лауреатов наградили заместитель мэра по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ Леонид Печатников, а также руководитель Департамента здравоохранения Москвы профессор Алексей Хрипун.

Как пояснили в ведомстве, звание «Почётный медицинский работник города Москвы» будет даваться врачам, а также среднему и младшему персоналу московских медучреждений, причём независимо от ведомственной подчинённости.

«Оценивается труд медицинских работников по результатам высоких профессиональных достижений в оказании первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и паллиативной помощи, – пояснили в высшем отраслевом ведомстве столицы. – Получают признание заслуги в освоении и внедрении новых, в том числе инновационных, методов диагностики и лечения больных. Имеет огромное значение личный вклад медицинского работника в развитие столичного здравоохранения».

Что касается почётного знака «Заслуженный врач города Москвы», то это будет высшая форма поощрения в области столичного здравоохранения. Награду получают только высокопрофессиональные практикующие врачи, которые проработали не менее 15 лет в столичном сегменте отрасли. При этом, что характерно, они должны трудиться в городских государственных поликлиниках или больницах.

В Департаменте здравоохранения также подчеркнули, что к награде представляют врачей, которые обладают профессиональным мастерством, имеют высокий рейтинг среди пациентов и коллег. Также важны организаторские способности, активное участие в общественной жизни столичного здравоохранения и научной медицинской деятельности. Помимо почётного знака, заслуженные врачи получают премию в размере 125 тыс. руб.

До сих пор в столичной медицинской системе была только одна награда – звание «Почётный работник здравоохранения города Москвы». Оно присваивалось работникам любой специальности.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Профилактика

Тестировать на ВИЧ в ходе диспансеризации

Поможет ли это снизить прирост инфицированных?

В Государственную стратегию противодействия ВИЧ-инфекции может быть включено тестирование россиян на эту инфекцию в рамках диспансеризации. С таким предложением выступил Комитет Совета Федерации по социальной политике.

«Есть ряд обследований в этом списке диспансеризации, кото-

рые, может быть, не так важны. И я говорю не о том, чтобы их заменить. Но я буду поддерживать эту идею и считаю это очень важным сегодня – включение в диспансеризацию теста на ВИЧ», – заявила первый заместитель председателя комитета Людмила Косткина.

«Это пока ещё предложение в будущую стратегию. В ближайшее

время программа будет ещё раз согласовываться, обсуждаться и приниматься», – пояснила сенатор. По её словам, стратегию планируется принять в ноябре 2016 г., однако это может произойти и раньше.

Л.Косткина считает, что в программу диспансеризации следует включить не только тестирование на ВИЧ-инфекцию, но и анализы на гепатиты В и С.

С предложением о тестировании тех, кто проходит диспансеризацию, на ВИЧ, ранее выступал Совет при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека.

По данным Роспотребнадзора, с 1987 г. в России зарегистрировано более 1 млн пациентов с ВИЧ-инфекцией, за 29 лет от неё скончались 215 тыс. человек.

При этом, по словам председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева, ежегодный прирост ВИЧ-инфицированных в России составляет 10%, в группе риска при этом – молодёжь и граждане активного возраста от 20 до 50 лет.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!



Конкурс

Поздравляем лауреатов!

(Окончание. Начало на стр. 3.)

«Лучший психиатр»

1-е место – Тулбаева Н.Р., заместитель главного врача, врач-психиатр ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1», г. Уфа, Республика Башкортостан

2-е место – Абсусин И.Я., заведующий отделением – врач-психиатр ГКУЗ «Сахалинская областная психиатрическая больница», г. Южно-Сахалинск

3-е место – Резаков А.А., заведующий психоневрологическим дневным реабилитационным стационаром Санкт-Петербургского ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина», г. Санкт-Петербург

«Лучший терапевт»

1-е место – Лузин В.Ю., заведующий терапевтическим отделением № 2 – врач-терапевт клиники ГБОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

2-е место – Прокопенко Е.В., врач-терапевт поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Псковской области», г. Псков

3-е место – Глonti М.С., начальник терапевтического отделения филиала № 3 (32 ЦВМКГ) ФКГУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России, г. Москва

«Лучший участковый педиатр»

1-е место – Бычкова Е.Н., врач-педиатр участковый МБУЗ «Детская городская больница», г. Прокопьевск, Кемеровская область

2-е место – Шилкова В.А., врач-педиатр участковый педиатрического отделения № 1 ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 3», г. Старый Оскол, Белгородская область

3-е место – Антропова Е.Б., врач-педиатр участковый Тамбовского областного ГБУ «Городская детская поликлиника им. Валерия Ковалев», г. Тамбов

«Лучший участковый терапевт»

1-е место – Болтунова Л.И., врач-терапевт участковый ГОБУЗ «Валдайская центральная районная больница», г. Валдай, Новгородская область

2-е место – Короткая О.А., врач-терапевт участковый ОГБУЗ «Поликлиника № 6», г. Смоленск

3-е место – Казимиров В.А., врач-терапевт участковый МБУЗ Лабинского района «Центральная районная больница», г. Лабинск, Краснодарский край

«Лучший эндокринолог»

1-е место – Самойлова Ю.М., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии ГБОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск

2-е место – Капцова Л.А., врач-эндокринолог ГБУ «Краевая клиническая больница № 2», г. Краснодар

3-е место – Балкова С.Ф., врач-эндокринолог ГБУЗ Пермского края «Городская клиническая поликлиника № 5», г. Пермь

«Лучший акушер-гинеколог»

1-е место – Зарубина Е.Н., заведующая центром – врач акушер-гинеколог ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, г. Москва

2-е место – Бычков В.И., заместитель главного врача по акушерству и гинекологии БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 10», г. Воронеж

3-е место – Яковлева Н.В., заведующая отделением гинекологии – врач акушер-гинеколог ГАУЗ Кемеровской области «Областной клинический центр охраны здоровья шахтёров», г. Ленинск-Кузнецкий

«Лучший военный врач»

1-е место – Ханin М.Ю., главный медицинский специалист травматолог Военно-медицинского управления ФСБ России, г. Москва

2-е место – Брижань Л.К., начальник центра травматологии и ортопедии – главный травматолог ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России, г. Москва

3-е место – Сушицкий В.Н., начальник терапевтического отделения Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД России, г. Москва

«Лучший врач медицинской реабилитации»

1-е место – Белезняк Е.Л., врач-физиотерапевт КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск

2-е место – Жук Е.Ю., врач-физиотерапевт ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», г. Самара

3-е место – Рябко Е.В., заведующая отделением физических методов лечения – врач-физиотерапевт ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и

охраны здоровья рабочих промпредприятий» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Екатеринбург

«Лучший врач общей практики (семейный врач)»

1-е место – Пашилова А.В., врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ Архангельской области «Плесецкая центральная районная больница» Обозерский филиал № 2, г. Плесецк

2-е место – Копачева Л.С., врач общей практики (семейный врач) Яблоничкой амбулатории ГБУЗ Ленинградской области «Волосовская межрайонная больница», п. Курск

3-е место – Турсунова Р.Ю., врач общей практики (семейный врач) Девицкой амбулатории БУЗ Воронежской области «Семилукская районная больница им. А.В.Гончарова», с. Девица

«Лучший инфекционист»

1-е место – Фазылова Н.Г., заведующая взрослым диагностическим отделением – врач-инфекционист МБУЗ «Городская инфекционная больница», г. Прокопьевск, Кемеровская область

2-е место – Хозяинова С.П., заведующая кожно-венерологическим диспансерным отделением – врач-дерматовенеролог ГБУЗ Республики Коми «Ухтинская городская поликлиника», г. Ухта

3-е место – Софронова Н.Н., врач-инфекционист ГКУЗ «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», г. Пермь

«Лучший кардиолог»

1-е место – Шилок Ю.В., заведующая отделением неотложной кардиологии – врач-кардиолог ГБУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург

2-е место – Губаева А.М., заведующая кардиологическим отделением № 2 – врач-кардиолог ГБУЗ Республики Башкортостан «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа

3-е место – Рабинович Р.М., заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии – врач-кардиолог ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», г. Тверь

«Лучший онколог»

1-е место – Самойленко В.М., главный медицинский специалист онколог Военно-медицинского управления ФСБ России, г. Москва

2-е место – Вицын А.Е., заведующий онкологическим отделением № 5 – врач-онколог ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск

3-е место – Мурашко Р.А., заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», г. Краснодар

«Лучший офтальмолог»

1-е место – Гончаренко Н.И., врач-офтальмолог ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского», г. Краснодар

2-е место – Порицкий Ю.В., ассистент кафедры офтальмологии ФГКБОУВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

3-е место – Дроздик Т.К., заведующая офтальмологическим отделением дневного пребывания № 3 – врач-офтальмолог КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница им. П.Г.Макарова», г. Красноярск

«Лучший руководитель медицинской организации»

1-е место – Офлиди К.А., главный врач ОГБУЗ «Краевая больница № 4» Минздрава Краснодарского края, г. Сочи

2-е место – Генералова М.М., заведующая консультативной поликлиникой ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», г. Самара

3-е место – Ракицкий Г.Ф., главный врач БУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница», г. Хабаровск

«Лучший санитарный врач»

1-е место – Кузмичёв М.К., заведующий радиологической лабораторией – врач по общей гигиене ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области», г. Воронеж

2-е место – Глебова Л.А., заведующая отделением социально-гигиенического мониторинга – врач-эпидемиолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области», г. Кемерово

3-е место – Сафина Р.Ф., врач-эпидемиолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан», г. Казань

«Лучший сельский врач»

1-е место – Триканова И.Б., врач-педиатр участковый ГБУЗ Рязанской области «Касимовская центральная районная больница», рп Гусь-Железный, Рязанская область

2-е место – Рабжинов В.С., заведующий хирургическим отделением – врач-хирург ГУЗ «Дульдургинская центральная районная больница», с. Дульдурга, Забайкальский край

3-е место – Ключкова И.Н., врач общей практики (семейный врач) БУ «Нижнесортимская участковая больница», п. Нижнесортимский, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра

«Лучший травматолог-ортопед»

1-е место – Солод Э.И., врач травматолог-ортопед ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова» Минздрава России, г. Москва

2-е место – Басанкин И.В., заведующий нейрохирургическим отделением № 3 – врач травматолог-ортопед ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского», г. Краснодар

3-е место – Михайлов С.В., старший преподаватель кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

«Лучший фтизиатр»

1-е место – Охтяркина В.В., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберкулёзный диспансер», г. Челябинск

2-е место – Горло С.В., заведующая туберкулёзным лёгочно-терапевтическим отделением № 4 – врач-фтизиатр КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулёзный диспансер № 1», г. Красноярск

3-е место – Стасько Е.Ю., врач-фтизиатр ГБУЗ «Областной противотуберкулёзный диспансер», г. Пенза

«Лучший хирург»

1-е место – Кривошеков В.Д., заведующий нейрохирургическим отделением стационара – врач-нейрохирург ГБУЗ Пермского края «Ордена «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница», г. Пермь

2-е место – Аменицкий С.В., врач-уролог ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград

3-е место – Пиминова Т.А., врач-хирург ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово

«Лучший эксперт»

1-е место – Брескун М.В., врач-судебно-медицинский эксперт ГБУЗ Кемеровской области особого типа «Кемеровское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Кемерово

2-е место – Пастернак А.Е., заведующий патологоанатомическим отделением (детской патологии) – врач-патологоанатом ГБУЗ «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», г. Челябинск

3-е место – Москвичёв Е.В., заведующий патологоанатомическим отделением – врач-патологоанатом БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Чебоксары

«Лучший стоматолог»

1-е место – Гуляшук И.Н., врач стоматолог-терапевт стоматологической клиники КГБОУДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

2-е место – Якушева Т.Т., врач-стоматолог детский КГБУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1», г. Красноярск

3-е место – Гонца О.К., врач стоматолог-терапевт ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», г. Белгород

«Лучший врач скорой медицинской помощи»

1-е место – Ким М.А., врач скорой медицинской помощи ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Белгород

2-е место – Давыдова М.Н., врач скорой медицинской помощи БУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи», г. Чебоксары

3-е место – Гнедаш А.А., врач скорой медицинской помощи КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи», г. Красноярск

«Специальная номинация»

1-е место – Абдулжалилов М.К., заведующий хирургическим отделением – врач-хирург «Республиканской больницы № 2 – ЦСЭМП», г. Махачкала, Республика Дагестан

2-е место – Давлетшин Н.А., заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии – врач челюстно-лицевой хирург ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа, Республика Башкортостан

3-е место – Заривчацкий М.Ф., заведующий кафедрой факультетской хирургии № 2 с курсом гематологии и трансфузиологии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУВПО «Пермский государственный медицинский университет им. Е.А.Вагнера», г. Пермь

Пожалуй, нет в нашей стране более известной врачебной семьи, чем Вишневские. Кажется, что любовь и талант к занятиям хирургией передаётся там на генетическом уровне, и уже сам данный феномен заслуживает изучения.

110-летний юбилей одного из членов этой уникальной фамилии – академика АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, главного хирурга Советской армии, генерал-полковника медицинской службы Александра Александровича Вишневского – торжественно отметили в Москве. Организатором актового дня выступил Институт хирургии им. Александра Васильевича Вишневского, главы знаменитой династии. Из воспоминаний учеников, коллег и родных Александра второго, кадров кинохроники и отрывков его книг был восстановлен портрет этого удивительного, неординарного, поистине выдающегося человека, врача и учёного.

Ему удавалось всё

Прежде всего, бросается в глаза разносторонность научных интересов Александра Александровича. В 1933-1935 гг. он изучает механизм действия новокаиновой блокады на течение трофических язв и контрактур у больных проказой и через год защищает докторскую диссертацию по теме «Проказа. Клинический опыт изучения её патогенеза».

В это время он уже работает в хирургической клинике Всесоюзного института экспериментальной медицины и публикует ряд научных статей, среди которых «Гастроэктомию при раке кардии», «Восстановление уретры после её травматического повреждения», «Наблюдения над реактивными свойствами нервного волокна». Молодого врача интересуют многие области медицины, но постепенно он сосредотачивается на военно-полевой и кардиохирургии.

Говоря о заслугах Мастера, директор Института хирургии им. А.В.Вишневского академик РАН Амиран Равишвили особенно подчеркнул его вклад в развитие сердечно-сосудистой хирургии. Первая в мире операция митральной комиссуротомии под местной анестезией в середине 50-х годов выполнена Александром Александровичем Вишневским, за что тот был удостоен медали имени Рене Лереша, самой высокой награды Европейского общества кардио-торакальных хирургов. А в 1957 г. он же впервые в СССР провёл успешную операцию на открытом сердце с помощью отечественного аппарата искусственного кровообращения. Опыт первой выполненной в стране операции на дуге аорты также принадлежит этому человеку.

В 1968 г. А.А.Вишневский с коллегами предприняли первые попытки трансплантации сердца. При активном участии академика Вишневского в возглавляемом им институте проводилась апробация первого советского наружного дефибриллятора, что стало прорывом в лечении аритмий.

Ну и, конечно же, нельзя не сказать о роли А.А.Вишневского в развитии хирургического лечения детей с врождёнными пороками сердца. Вместе с другим выдающимся кардиохирургом – Владимиром Ивановичем Бураковским – они занимались внедрением технологии искусственного кровообращения и метода гипотермической защиты организма во время операции. Примечательно, что среди собравшихся в зале по случаю юбилея Александра Александровича была пациентка, которой он в 1958 г. выполнил операцию

подтвердил большую значимость вагосимпатической и футлярной новокаиновых блокад как эффективных средств борьбы с шоком, а также целесообразность проведения первичной хирургической обработки ран под местной анестезией по методу своего отца – А.В.Вишневского. Его работы «К учению о травматическом шоке» и «Принципы организации хирургической помощи во фронтовой операции» не утратили значения и сегодня.

Он оставил после себя много фундаментальных работ по военно-полевой хирургии, кото-

учёного А.В.Вишневского, Александр Александрович в 1948 г. возглавил Институт хирургии, получивший имя его отца.

– Хирургия тех лет была незабываема с точки зрения технологий, но она являлась полем для мужества. Анатомия, патофизиология и эксперимент – на этих трёх китах стоял при Александре Александровиче Вишневском институт. Именно те 27 лет, которые пришлось на годы его руководства Институтом хирургии им. А.В.Вишневского, стали временем новой зари советской хирургии, потому что учрежде-

в 50-60-е годы, самим идти на эти начинания?!»

Во время юбилейного торжества были приведены данные одного из зарубежных журналов, посвящённых военной медицине: по итогам XX века советский хирург Александр Александрович Вишневский занимает второе место в мире по числу спасённых жизней и совокупности выполненных операций, их десятки тысяч. Первое место – у первооткрывателя пенициллина, лауреата Нобелевской премии Александра Флеминга.

– Он искренне верил в то, что

Имена и судьбы

Александр второй из династии Вишневских

Он считал, что хорошему хирургу, как пианисту, нужно не только мастерство, но и вдохновение



Во время юбилейного торжества

коррекции боталлова протока под гипотермией. Тот факт, что через 58 лет после операции Людмила Б. здорова и прекрасно выглядит, служит лучшим доказательством таланта хирурга.

Ни слова вымысла

Вспоминая Учителя, говорили и о вкладе А.А.Вишневского в военно-полевую хирургию. Он был самым что ни на есть настоящим главным военным хирургом страны: в качестве военврача прошёл три войны (принимал участие в боевых действиях в районе реки Халхин-Гол, в советско-финской войне 1939-1940 гг., с первых дней Великой Отечественной находился в действующей армии), во фронтовых госпиталях лично прооперировал не одну тысячу раненых.

В условиях боевой обстановки впервые в практике военно-полевой хирургии А.А.Вишневский

рые актуальны до настоящего времени. Но, пожалуй, наиболее весомым его вкладом в развитие данной области медицины стал «Дневник хирурга». Это не художественное произведение и даже не мемуары, сочинённые на досуге, а подлинные дневниковые записи, которые Александр Александрович ежедневно вёл на протяжении всей Великой Отечественной войны. Поражает, как после 12-15 часов работы в госпитале он находил силы, чтобы записать хронику прошедшего дня, рассказать о каждой из выполненных за сутки операций, о ежедневных потерях и победах военных врачей. Это ли не мужество?

И мастерство, и вдохновенье

Сын, ученик и последователь знаменитого русского врача и

ние тогда было локомотивом новых идей и технологий, – считает главный хирург Минздрава России академик РАН Валерий Кубышкин.

Эту же мысль высказал и заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян: «Для последующих поколений огромным примером может служить опыт Александра Александровича Вишневского как автора многих впервые проведённых операций. Мы сейчас гордимся тем, что внедряем закреплённые законодательно методы клинической апробации, создаём инновационные технологии, которые потом внедряются в практическое здравоохранение. И этим занимаются специально созданные федеральные центры. Какой же надо было обладать научной смелостью, основанной на глубочайшем профессионализме и ответственности, чтобы тогда,

талант даётся свыше. От Бога. И что хорошему хирургу, как пианисту, нужно не только мастерство, но и вдохновение, – вспоминает супруга А.А.Вишневского Нина Андреевна.

Как личность он был разнообразен: любил живопись, литературу, охоту. И своеобразен: в рабочем кабинете этого мужественного человека стояли клетки с канарейками, их щебетание помогало хирургу расслабиться после многочасовых операций. Коллеги и родные подчёркивают, что, несмотря на все свои многочисленные регалии, Александр Александрович был добрым, весёлым и дружелюбным человеком. Во время визитов зарубежных хирургов академик Вишневский неизменно становился душой компании и с каждым из гостей говорил на его языке: с немцами – на немецком, с французами – на французском, с американцами – на английском.

По словам жены, Александр Александрович очень горевал, когда почувствовал, что из-за болезни больше не может стоять у операционного стола. Он перестал оперировать и вскоре перестал жить. Как будто утратил смысл жизни.

* * *

Актовый день, посвящённый 110-летию юбилею А.А.Вишневского, завершился присуждением звания «Почётный профессор Института хирургии им. А.В.Вишневского». Ими стали замечательные российские врачи – заведующий кафедрой хирургических болезней Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Игорь Затевахин и директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии профессор Леонид Рошаль.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Одиннадцатая образовательная сессия для врачей первичного звена «Амбулаторный приём» состоялась в Москве. На этот раз традиционное мероприятие носило название «Очевидное-невероятное: разговор о врачебном мышлении и о «трудных» диагнозах». По традиции, вёл мероприятие директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЁРТКИН, выбравший лейтмотивом встречи фразу крупного отечественного интерниста академика Евгения Тареева: «Всякое непоказанное лекарство – есть противопоказанное».

Национальная катастрофа

Профессор Вёрткин начал сессию с рассказа об алкогольно-ассоциированных состояниях. По его словам, россияне потребляют в год 15 л спирта на человека – цифра катастрофическая.

– Русский человек никогда не остановится на бокале вина или стопке коньяка. Хотя даже если и ограничиться, казалось бы, столь небольшими дозами алкоголя, всё равно неизбежны интоксикация организма и пагубное влияние на все внутренние органы.

– Не существует безопасных доз алкоголя, – подчеркнул А.Вёрткин. – Поэтому каждому разумному человеку необходимо забыть о приёме спиртного как психоактивного вещества на всю оставшуюся жизнь.

Обращаясь к присутствующим врачам, он отметил, что «употребляющий», к сожалению, почти все наши больные, а сигареты – их единственная закуска. Как следствие – рост заболеваемости ХОБЛ.

А.Вёрткин попытался набросать портрет пьющего больного:

– Обратите внимание в первую очередь на внешний вид – это запустивший себя, неухоженный человек, как правило, небритый, с одутловатым лицом, значительным дефицитом массы тела, вегетативным синдромом и нарушениями сознания.

Как известно, алкоголики – это зачастую «сосудистые» больные, иногда оправдывающие своё поведение тем, что приёмом спиртного они якобы снижают себе артериальное давление. В действительности же алкоголь

Проблемы и решения

Инсульт: его можно и нужно предупредить

Если чётко следовать несложным правилам



Выступает профессор Вёрткин

может и резко поднять его показатели.

– Алкоголизм – болезнь коморбидная, с повреждением всех без исключения внутренних органов, – акцентировал внимание многочисленной аудитории А.Вёрткин. – Усугубляет ситуацию и то, что если раньше в основном пили портвейн, то сейчас большей частью употребляют напитки, связанные с суррогатом, что вызывает энцефалопатию. Злоупотребление алкоголем составляет 14% всех причин смертности. Кроме того, большинство женщин 40-60 лет так или иначе погибают вследствие злоупотребления алкоголем. Тем не менее алкогольное опьянение никогда не может быть врачебным диагнозом, даже если врач уловил сильный запах спиртного, исходящий от пациента.

Некстати помолодевший

Ставший традиционным на таких встречах врачей разговор о сердечно-сосудистых катастрофах, в частности инсультах и последующей реабилитации, начала главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсульта НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта Российского национального исследовательского медицинского

университета им. Н.И.Пирогова, профессор кафедры реабилитации и спортивной медицины Галина Иванова:

– Начну с того, что наш мозг рассчитан на 200 лет активной работы, а заложенная при рождении продолжительность жизни равна 150 годам, – сказала она. – Продолжительность жизни – это в первую очередь наше с вами желание жить. В действительности наше пребывание на этой планете не столь продолжительно вследствие того, во что мы свою жизнь впоследствии сами превращаем, в том числе и из-за пагубных привычек. Наша страна занимает первое место в мире по количеству инсультов, обогнав даже африканские страны. Рост числа инсультов, происходящих в молодом и даже детском возрасте, – одна из наиболее актуальных отраслевых проблем на сегодняшний день.

По словам Г.Ивановой, пациенты, приходя в сознание после инсульта, полностью осознают, в каком они состоянии и что произошло. Отсюда отчасти и большое количество суицидов после перенесённого мозгового кровоизлияния, особенно среди молодёжи. Иногда постинсультные депрессии и суицидальные мысли возникают вследствие неудовлетворённости оказываемой медицинской помощью.

Реабилитационные мероприятия в этой связи должны начинаться

через 12-48 часов после развития инсульта. Если реабилитация вовремя не начата, это трактуется как нанесение вреда здоровью пациента, которое в ряде экономически развитых стран наказывается по закону.

– При восстановлении пациентов нужно дифференцировать потоки больных в зависимости от утраченных функций. Важно изменить качество жизни с помощью реабилитации, – подчеркнула Г.Иванова.

Как правило, в реабилитационный стационар направляются пациенты, себя не обслуживающие. Примечательно, что 15% больных после инсульта вообще пишут отказ от реабилитации.

– Москвичи предпочитают реабилитироваться за рубежом, на худой конец, в частных столичных клиниках, – заметила Г.Иванова.

– При восстановлении после инсульта прежде всего важна мотивация к выздоровлению – любимый человек рядом.

Её величество – коморбидность

– Главное – в процессе профилактики инсульта не умереть от инфаркта миокарда, – продолжил тему А.Вёрткин. – В головном мозгу человека насчитывается 100 млрд нейронов. Этот орган устроен сложнее, нежели Вселенная. При инсульте происходит некроз клеток нервной ткани. Как правило, человеческий мозг способен перенести за жизнь не более трёх инсультов, хотя в теории может и больше.

Наряду с этим эксперт заявил, что при нарастании хронической ишемии мозга «отключаются» лобные доли этого органа, а снижение метаболической активности в головном мозгу ведёт к энцефалопатии. Сосудистый риск для развития инсультов и инфарктов составляют гипертония, атеросклероз, ожирение, а также курение.

– Наши пациенты курят исключительно от безделья и праздности, – поделился своим мнением А.Вёрткин. – 20% больных не контролируют и цифры своего артериального давления, а также не принимают никакой терапии в этой связи. Многие гипертоники

не имеют даже тонометра или вообще не умеют им пользоваться. Пренебрегают такими элементарными правилами, как, например, 5-минутный отдых перед измерением давления. В итоге мы не можем узнать точного количества больных гипертонией, а ведь любое, даже незначительное повышение давления влечёт за собой морфологические изменения в головном мозгу, – резюмировал А.Вёрткин.

По сложившейся традиции А.Вёрткин коснулся и темы фибрилляции предсердий (ФП) как частой причины инсультов:

– ФП ассоциируется с пятикратным увеличением риска ишемического инсульта и других системных эмболий, причём этот риск не зависит от формы аритмии. Кардиоэмболический инсульт у пациентов с ФП характеризуется более тяжёлым течением и выраженной инвалидизацией, чаще рецидивирует и приводит к смерти. По этой причине, согласно международным и российским рекомендациям, большинство больных с ФП нуждаются в неопределённо долгой антикоагулянтной терапии, – заметил Аркадий Львович. – Большинство пациентов с ФП – коморбидные и имеют высокий риск как тромботических, так и геморрагических осложнений. Среди частых жалоб пациентов – перебои в работе сердца, ощущение замирания, переверота сердца, одышка в покое и при физической нагрузке, боль в грудной клетке, утомляемость, головокружение. Смертность при ФП удваивается, независимо от других известных предикторов смертности. ФП встречается у 0,5% больных в возрасте до 40 лет, у 25% – от 40 до 70 лет и у 50% – старше 70 лет, – заключил А.Вёрткин.

В завершение «Амбулаторного приёма» состоялся разыгранный перед врачами спектакль-ремейк по рассказам А.Чехова с представлением сердечно-сосудистого, кардиоренального и гепатоцеллюлярного континуума. Действо, как обычно, было разыграно профессиональными актёрами.

Иван МАГЕР, корр. «МГ».

Статистика

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) опросил россиян, чтобы узнать, сколько жителей страны сегодня курят, как изменился уровень потребления сигарет за последний год, и соблюдают ли курильщики запрет на курение в общественных местах.

Опрос, в котором приняли участие 1600 россиян, показал, что доля курящих снижается – с 34% в 2015 г. до 31% в 2016 г. (в 2013 г. был 41%). Из них в настоящее время пачку и более в день выкуривают 17% (в 2015 г. – 22%). Мужчины (45%) и молодёжь (30% среди 18-24-летних) традиционно потребляют табачную

Сколько россиян курят?

Чтобы расстаться с этой вредной привычкой, поможет горячая линия Минздрава России

продукцию активнее, чем женщины (17%) и пожилые люди (15% среди 60-летних и старше). Также в этом году 12% респондентов сообщили о том, что бросили курить (в 2015 г. таких было 11%).

По словам более четверти курильщиков (28%), за последний год они снизили объёмы потребления сигарет, и прежде всего это люди пенсионного возраста

(41%). В прошлом году доля снизивших потребление никотина составляла 29%. 16% опрошенных курильщиков, так же как и в прошлом году, рассказали о том, что стали дымить больше. При этом отличились жители Москвы и Санкт-Петербурга – среди них доля таких курильщиков выше (21%). Более половины (54%) курящих респондентов не изменили

своих привычек – они курят, как и раньше.

Социологи выяснили, что курят только в разрешённых законом местах 55% курильщиков – по сравнению с прошлым годом эта цифра уменьшилась на 1%. Нарушителей «анти табачного закона» стало за год тоже меньше – с 35% в 2015 г. до 33% в 2016-м (в 2014 г. таких было 42%).

Не курят сегодня 69% россиян, в том числе 57% сообщают, что никогда не были подвержены этой вредной привычке.

Чтобы узнать, как эффективно и наиболее комфортно бросить курить, россияне из всех регионов страны могут бесплатно позвонить на всероссийскую горячую линию Минздрава. Телефон 8-800-200-0-200 (добавочный 1 или дождаться, когда операторы горячей линии «Здоровая Россия» переключат обратившихся на Консультативный центр в Санкт-Петербурге (работает с 9:00 до 21:00 по будням, в субботу до 18:00).

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 43 (1982)

Женщина 37 лет госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с развившимся у неё психозом.

Больная была здорова, работала над докторской диссертацией, когда у неё появились симптомы психотического состояния. Первым признаком болезни была её уверенность в том, что «люди говорят о ней» как о части широкого заговора, в который вовлечены её семья, друзья и некоторые люди, затеявшие игру с ней. Больная перенесла стресс, связанный с её научной работой и изменением темы исследования. Однако у неё не было других симптомов, таких как тревожность или депрессия, невроvegetативных, а также слуховых или визуальных галлюцинаций.

Несколько месяцев спустя жильё больной было ограблено. Её родители были единственными, кто имел ключи, и она была уверена, что это сделали именно они. Из-за угроз в адрес своей семьи она была направлена в психиатрическое учреждение. Вследствие клинической картины предполагался диагноз психотического нарушения, возможно, параноидальная шизофрения.

При исследовании причин нарушения была выявлена железодефицитная анемия: уровень сывороточного железа 8 мг/дл (3 ммоль/л) при норме 45-182 мг/дл (8-33 ммоль/л), уровень ферритина 6 нг/мл (норма 11-306) и насыщение трансферрином 3,7% (норма 11-50). Было также выявлен дефицит витаминов: В₁₂ – 167 пг/мл (норма 182-803), D₂ – 10 пг/мл (норма > 32).

До настоящего заболевания психической патологии у больной в анамнезе не было. В далёком прошлом у неё был перелом левой ступни и в 17 лет выполнена операция оофорэктомии по поводу перекрута яичника. Мать называла её перфекционисткой, особенно в подростковом возрасте.

Больная сообщила о непреднамеренном похудении на 9 кг, несмотря на то, что в это время испытывала полифагию, и что у неё произошло некоторое «истончение волос».

Травмы головы, приступы судорог, диарея отрицались. Менопаузальных симптомов после оофорэктомии также не было. Ощущение социального отчуждения не испытывала.

У матери больной была системная красная волчанка, у сестры – гипотиреоз и гиперпаратиреоз; бабушка по матери страдала сахарным диабетом, а у тёти был рак молочной железы. Среди родственников психически больных не было.

В прошлом больная работала в области изучения человеческих ресурсов. Жила отдельно. Путешествовала по югу США, побережью штата Массачусетс, посещала Нью-Йорк, за границу не ездила.

Придерживалась молочной диеты, включающей также куриные яйца ежедневно, а на ланч – салат. Алкогольные напитки – раз в месяц, не курила, но употребляла марихуану, кофе – дважды в день.

Спустя месяц пребывания в психиатрическом отделении больная была выписана. Продолжалось лечение рисперидоном, серталином. Были назначены также сульфат железа, кальций, витамины D, C и мультивитамины. Через 6 месяцев в катмнезе больная обратилась к врачу общей практики, который отметил, что она значительно похудела.

При обследовании были выявлены узлы в щитовидной железе, по поводу которых больная была направлена к эндокринологу. Проведена биопсия. В биоптате щитовидной железы выявлены признаки тиреоидита Хашимото и папиллярная карцинома щитовидной железы. Больной предлагалось выполнение радиоактивной абляции йодом, но она выбрала тотальную тиреоидэктомию. После операции, несмотря на назначение повышающей дозы левотироксина per os, у больной уровень тиреотропного гормона оставался повышенным (точные цифры неизвестны) и уровень свободного тироксина составлял 0,73 нг/дл, или 9 пмоль/л (норма 0,80-1,80 нг/дл, или 10-23 пмоль/л). Несколько недель спустя после дальнейшего повышения дозы левотироксина уровень свободного тироксина у больной был 0,80 нг/дл, или 10 пмоль/л.

Из-за ограниченных возможностей обследования в условиях катмнеза эндокринолог провёл антропометрическое обследование, которое показало, что спустя 6 месяцев от первой госпитализации масса тела больной составляла 45 кг, рост 167,6 см, ИМТ 16,1.

Температура не повышалась, пульс регулярный 75/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Рубец после тиреоидэктомии имел нормальный вид, проведённые исследования отклонений не выявили. Однако психиатрические симптомы у больной, как оказалось, плохо поддаются контролю антипсихотическими средствами, и было не ясно, связано ли с психозом состояние тиреоидной функции.

Диагностические тесты были выполнены, и больная была госпитализирована для дальнейшего обследования.

Поэтому, считают авторы статьи в New England Journal of Medicine (2016) Helen K. Delichatsios, Maureen M. Leonard, Alessio Fasano и Vania Nosé, следует прежде всего решить, является ли психоз у больной первичным психиатрическим заболеванием или имеет какую-либо другую медицинскую основу. В семейном анамнезе нет указаний на психиатрических больных, которые бы свидетельствовали против диагноза первичного психиатрического заболевания. У неё было также много других нарушений – железо-дефицитная анемия, дефицит витаминов В₁₂ и D, папиллярная карцинома щитовидной железы и значительная потеря массы тела, что и должно быть положено в основу дифференциального диагноза.

Дефицит железа, витаминов

Помогает ли наличие у больной дефицита железа и витаминов объяснить наличие у неё психоза? Она придерживалась молочной диеты, а также употребляла куриные

яйца, рыбу и нечасто алкоголь. Неизвестно, употребляла ли она достаточно регулярно фрукты и овощи, так что не всё известно о её питании. У больной была заметная железодефицитная анемия, которая не типична для менструирующей женщины. Отсутствует информация относительно того, были ли у неё большие потери крови при менструации. Употребление в пищу рыбы

не способствует достаточному поступлению с пищей железа. Однако следует признать, что дефицит железа не мог быть причиной психоза. Дефицит витамина В₁₂ может наблюдаться у вегетарианцев или лиц, которые не имеют в рационе регулярного источника этого витамина. Несмотря на молодой возраст пациентки, можно предполагать у неё диагноз пернициозной анемии и поэтому провести определение уровня внутреннего фактора. Хотя дефицит витамина В₁₂ может вызвать неврологические симптомы, такие как парестезии, нарушение равновесия и сознания, как правило, он не вызывает психоза. Уровень в крови 25-гидроксивитамина D свидетельствует о дефиците этого витамина, хотя низкий его уровень не типичен для северо-востока США, особенно в зимнее время. Дефицит витамина D ассоциируется с психозом, но может быть связан и со многими другими заболеваниями.

Случай психоза у молодой женщины

Клинический разбор

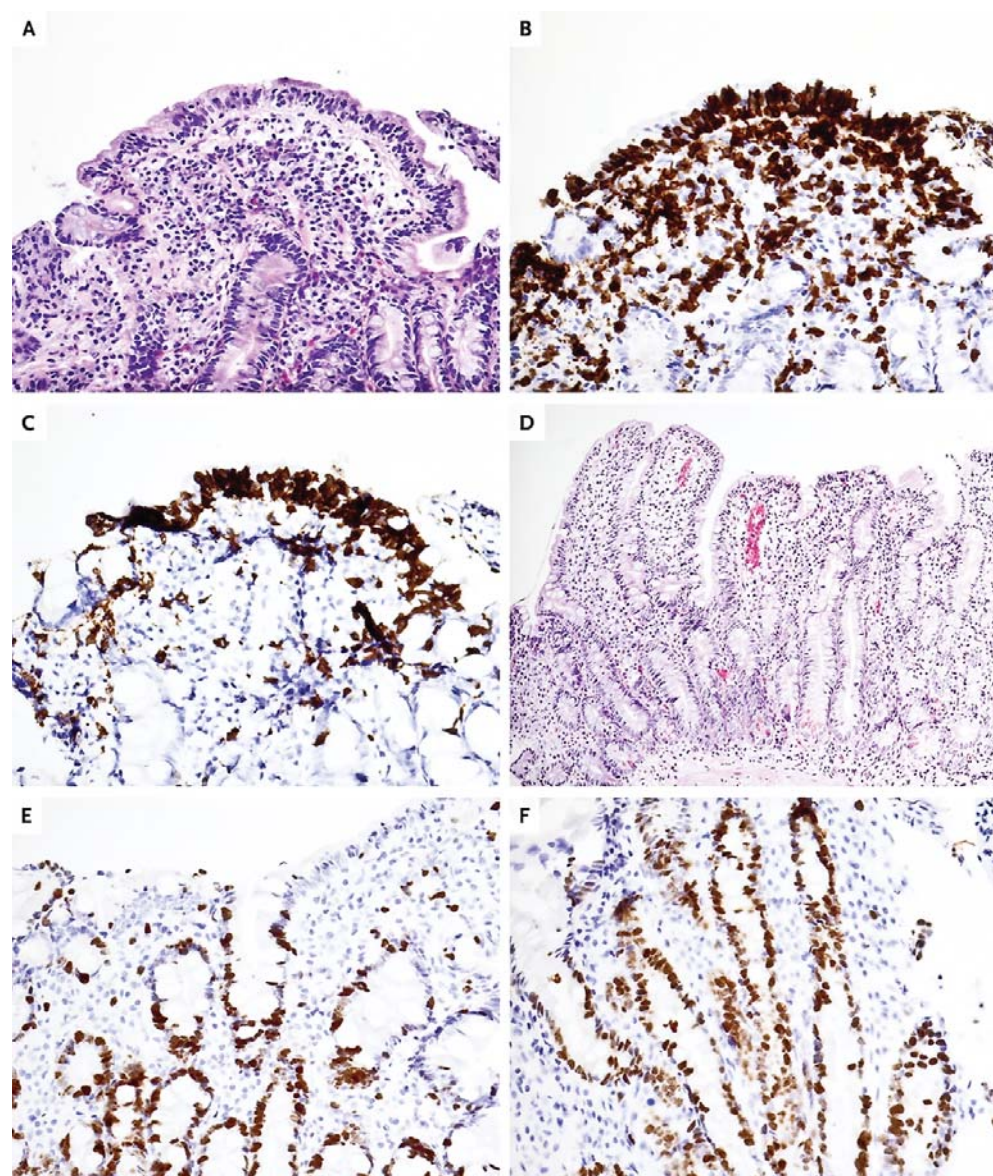


Рис. 1. Первая биопсия двенадцатиперстной кишки. Окраска hematoxylin и eosin биоптата двенадцатиперстной кишки показала повреждение поверхностного эпителия, многочисленные межэпителиальные лимфоциты, увеличение числа лимфоцитов lamina propria и плазматических клеток (А). Иммунная окраска того же участка на CD3 показала увеличение числа межэпителиальных и lamina propria лимфоцитов (В). Такая же картина при иммунной окраске на CD8 показала увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов (С). Кроме того, окраска hematoxylin и eosin показала затупление ворсинок от среднего до выраженного, гиперплазию крипт и расширение пролиферативной зоны крипт (D). Иммуноокраска на Ki-67 показала заметную пролиферацию эпителиальных клеток в криптах, которая распространяется на поверхностные эпителиальные клетки, выявляя распространение зон пролиферации крипт и гиперпластических крипт (Е и F). Эти данные соответствуют диагнозу целиакии (модифицированная 3b-классификация Marsh)

Дифференциальный диагноз

У прежде здоровой 37-летней женщины психотические симптомы появились и продолжались в течение нескольких месяцев. Психиатрические болезни часто развиваются у лиц среднего возраста, и у обсуждаемой больной психотические симптомы появились относительно позд-

но. И в данном случае есть сомнения, что дефицит витамина D является единственной причиной психоза у обсуждаемой больной. Могут быть и другие причинные факторы, которые следует рассмотреть. Возможно, низкие уровни всех трёх микронутриентов – железа, витаминов В₁₂ и D возникли после бариатрической процедуры, так как для этой процедуры они неприемлемы, требуют продолжительного мониторинга и назначения их с заместительной целью. Наличие множественной недостаточности витаминов и минералов побуждает думать о нарушении абсорбции, которое может привести к недостаточности других нутриентов. Кроме того, дефицит витаминов, ассоциированный с психиатрической и неврологической симптоматикой, включая дефицит витамина В₁ (тиамина), может вызвать энцефалопатию Верника, В₃ – пеллагру, В₆ – слабость и нарушение походки. Хотя уровни в крови названных витаминов у обсуждаемой больной неизвестны, маловероятно, что дефицит любого из них может адекватно объяснить психические симптомы.

Потеря массы тела
Кроме наличия дефицита нутриентов у этой больной имела место потеря массы тела. Как описывает больную её мать, она была перфекционисткой, и эта особенность ассоциируется с диагнозом нервной анорексии. Непреднамеренное похудение на 9 кг за неуказанный период времени внушает беспокойство и заставляет включить в дифференциальный диагноз рак. Однако в этом случае оказались недоступными визуальные методы исследования, МРТ головы могло бы исключить первичную опухоль головного мозга или метастатическую опухоль. Больная описывает себя как страдающую полифагией, что делает диагноз нервной анорексии маловероятным, но даёт основание предполагать булимию.

Болезнь щитовидной железы
Больная неоднократно отмечала, что у неё истончаются волосы. Потеря массы тела, полифагия и истончение волос дают основание думать об эндокринной патологии, например гипотиреозе, который может быть причиной психоза. Тяжёлые случаи этой эндокринной патологии могут быть причиной психоза, но потеря массы тела и полифагия говорят против этой патологии. Проницательный врач-интернист нашёл у обсуждаемой больной, значительно похудевшей, пальпируемую щитовидную железу. Последующее исследование биоптата железы обнаружило признаки тиреоидита Хашимото (аутоиммунный тиреоидит) и папиллярный рак щитовидной железы. Эти находки были, скорее, случайными и не могли быть причиной психоза. Тиреоидные узлы не редкость и часто при пальпации определяются у похудевших лиц. Папиллярный рак щитовидной железы встречается нечасто, и им также нельзя объяснить психоз и потерю массы тела. Сочетанный диагноз аутоиммунного тиреоидита не следует рассматривать как нечто необычное в данном случае, считают авторы, поскольку

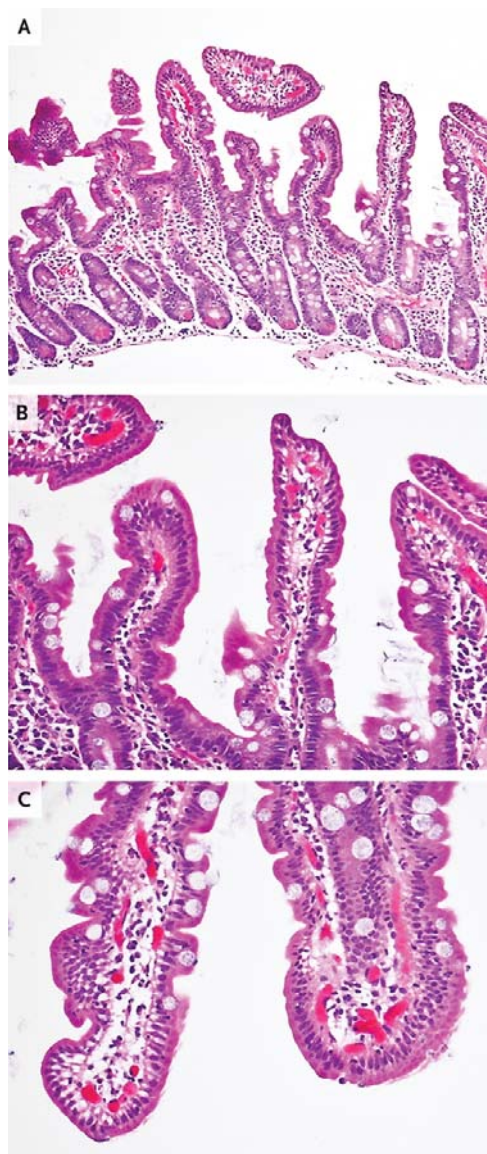


Рис. 2. Повторная биопсия двенадцатиперстной кишки (Hematoxylin и Eosin). Слизистая 12-перстной кишки с нормальными ворсинками – без затушения или атрофии. Число межэпителиальных лимфоцитов, бокаловидных клеток сохранное, как и полярные ядрышки. Регрессия отклонений от нормы с нормализацией ворсинок (0 по классификации Marsh), что означает гистологическую ремиссию

в семейном анамнезе больной такие случаи были отмечены. Однако аутоиммунное заболевание могло сыграть заметную роль в сужении списка дифференциального диагноза в обсуждаемом наблюдении.

После тиреоэктомии и вопреки назначенной всё возрастающей дозы левотироксина уровень тиротропина оставался высоким. Абсорбция левотироксина в норме составляет почти 100%, так что отсутствие эффекта позволяют предполагать нарушение у больной абсорбции. Причиной чему могли послужить препараты железа, кальций и сертралин, которые пациентка принимала в качестве заместительной терапии. Однако возрастающие дозы левотироксина были призваны преодолеть данный эффект.

Психотические симптомы у обсуждаемой больной плохо контролировались антипсихотическими препаратами. В этом нет ничего удивительного, так как её психотическое состояние, наиболее вероятно, было вторичным по отношению к какому-то базовому состоянию. Как и левотироксин, психиатрические препараты тоже могли не всасываться. Все эти вместе взятые факты указывают на наличие у больной синдрома мальабсорбции.

Патология щитовидной железы, аутоиммунное состояние и синдром мальабсорбции

Хотя у больной не наблюдалось гастроинтестинальных симптомов, имелось достаточно доказательств того, что у нее была нарушена абсорбция микронутриентов и некоторых медикаментов. Наличие рака щитовидной железы, скорее всего, не было связано с её психотическим состоянием. Однако тиреоидит Хашимото и нарушение абсорбции левотироксина после тиреоидэктомии являлись решающими признаками возможной причины психоза. Аутоиммунная патология в семейном анамнезе и аутоиммунный тиреоидит указывали на наличие у больной аутоиммунного нарушения. Комбинация мальабсорбции и аутоиммунной патологии с большой долей вероятности позволяла полагать, что у больной имеет место целиакия, которая не всегда ассоциируется с гастроинтестинальными симптомами. Мальабсорбция, обусловленная целиакией, объясняет если не все, то ключевые симптомы у обсуждаемой больной, такие как

витаминовая недостаточность, слабый ответ на левотироксин, аутоиммунный тиреоидит и потеря массы тела. Наконец, хотя неврологические и психиатрические симптомы не часто связывают с целиакией, в литературе имеется ряд сообщений и объяснений, что начало психоза у людей зрелого возраста может быть сопряжено с ней.

Для подтверждения диагноза целиакии был выполнен анализ крови на IgA-антитела к трансглутаминазе и панель специфических тестов на целиакию, а также гастро-доденоскопия и биопсия.

Первоначально у больной не исключали вероятность аффективного нарушения, синдрома депрессии и биполярного расстройства с психозом. Симптомов нарушения настроения у неё не было, поэтому связь первичного заболевания с этой причиной была исключена. Рассматривался диагноз шизофрении, но начало этой болезни в типичных случаях приходится на более молодой возраст, чем у обсуждаемой больной. Второй пик заболеваемости шизофренией приходится на начало менопаузы, чего также у больной ещё не было. Она была в возрасте, на который приходится пик бредовых нарушений, которые являются первичной психиатрической патологией. Многие больные с бредовыми нарушениями не обращаются за медицинской помощью, а если обращаются, то часто слабо реагируют на антипсихотические препараты. Бредовые нарушения характеризуются ложными фиксированными заблуждениями и ассоциированы с некоторыми когнитивными проблемами и нарушениями исполнительных функций, которые наблюдаются у больных и с другими психиатрическими отклонениями, такими как шизофрения и биполярные нарушения. Диагноз бредового нарушения хорошо подходит к клинической картине, наблюдаемой у данной больной. Некоторые из её бредовых идей подвигли её к эксцессам голодания, предпринимаемых для того, чтобы остановить заговор против неё. Что привело к быстрой потере массы тела и, возможно, к долговременному нутритивному дефициту. Однако бредовое нарушение есть диагноз исключения, поэтому базовые клинические причины следовало продолжать искать.

Клинический диагноз – целиакия, ослоненная психозом.

Возможный диагноз – бредовое нарушение.

Обсуждение ведения больной

На основании обследования больной эндокринологом целиакия рассматривалась как причина синдрома мальабсорбции; это обстоятельство объясняет наличие у неё анемии, потери массы тела, витаминную недостаточность и слабый ответ на лечение левотироксином.

Стандартом диагностики целиакии является биопсия тонкой кишки. Серологические тесты, такие как тесты на антитела IgA к тканевой трансглутаминазе, эндомизиальные антитела и антитела к диамидированному пептиду глиадина, помогают проверить положительный результат биопсии. Авторы пришли к консенсусу относительно этих тестов, в частности, что тест на IgA – антитела к тканевой трансглутаминазе является наиболее надёжным. Тест был выполнен и оказался высоко положительным: 179 U/мл (норма < 20).

Затем больная была проконсультирована гастроэнтерологом для дальнейшего её обследования по поводу целиакии. Гастроэнтеролог выполнил ЭГДС-биопсию тонкой кишки. Патологоанатомическое исследование биоптата подтвердило диагноз целиакии.

После постановки диагноза целиакии больная, не доверяя своему врачу общей практики, отказалась соблюдать аглутеновую диету. Психиатрические симптомы и паранойя не оставляли её, и она продолжала искать «ключи заговора против неё». Она потеряла работу, стала бездомной и пыталась покончить с собой. Её семья взяла ордер на её задержание. В конечном счёте она была повторно госпитализирована в психиатрическую лечебницу, где ей была назначена аглутеновая диета.

Спустя 3 месяца пребывания в психиатрической лечебнице бредовые идеи у больной ослабли. Она была выписана при условии строгого соблюдения аглутеновой диеты и ежедневного приёма респиридона. В это время она была занята поиском центра целиакии, чтобы определить, являются ли её психиатрические симптомы связанными с ней.

Когда больная находилась ещё в больнице, целью врачей было определить, есть ли у неё целиакия, и если есть, определить, связаны ли её психиатрические симптомы с этой болезнью. О целиакии следует думать у больных с гастроинтестинальными и экс-

траинтестинальными симптомами, такими как железодефицитная анемия, трудно поддающаяся лечению, артрит или повышенный уровень печёночных ферментов. А также у больных высокого риска, например, при наличии в семейном анамнезе больных целиакией, сахарным диабетом 1-го типа, аутоиммунным заболеванием щитовидной железы. У обсуждаемой больной, подчёркивают авторы, были гастроинтестинальные симптомы, которые проявлялись потерей массы тела, а также признаки синдрома мальабсорбции (дефицит витаминов D и B₁₂). У неё также была железодефицитная анемия, трудно поддающаяся лечению, – одно из наиболее частых экстраинтестинальных проявлений, наблюдающихся у взрослых больных при целиакии.

Более того, недавно выявленный у неё тиреоидит Хашимото ставил её в группу риска по целиакии. Первый шаг в её обследовании, когда больная поступила в больницу, – биопсия тонкой кишки.

Результаты представлены на рис. 1 (A, B, C, D, E и F).

Катамнез

По данным клинической картины болезни, положительным результатом серологических тестов и биопсии слизистой двенадцатиперстной кишки был подтверждён диагноз целиакии.

Во время визита в центр целиакии больная придерживалась аглутеновой диеты. Она сама и её лечащий психиатр подтвердили, что бредовые нарушения не отмечались. Поэтому, если симптомы нарушения фактически были связаны с целиакией, значит, наблюдалась ремиссия болезни. Чтобы подтвердить это, были повторены серологические тесты на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе, результат которых был отрицательным. Кроме того, проведена повторная биопсия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, которая показала нормализацию структуры ворсинок: не было их затушения и атрофии, гиперплазии крипт или увеличения числа межэпителиальных лимфоцитов

нарушениями, такими как повышенная чувствительность к глютену без целиакии, потому что оба эти состояния могут иметь внекишечные симптомы. Подтверждение диагноза целиакии необходимо, так как это изменит предстоящую терапию.

Может ли психоз быть достаточным для диагностики целиакии, задают вопрос авторы статьи. И отвечают: при этой болезни поражение нервной системы и психиатрические симптомы довольно необычны.

Классическое описание целиакии как гастроэнтерологической болезни характерно исключительно для белых детей. В настоящее время болезнь описывается как аутоиммунное заболевание, которое может поражать лиц любого возраста или расы и может вовлекать в патологический процесс различные органы (см. табл. 1). Типичные гастроэнтерологические симптомы (понос, вздутие живота, задержка развития и потеря массы тела) могут быть легко объяснены характером поражения тонкой кишки, вызванного аутоиммунной атакой, развивающейся после потребления пищи с содержанием глютена. Но объяснить многие внекишечные симптомы, которые имеют место при целиакии, часто довольно трудно.

Новый взгляд на патогенез целиакии предполагает, что болезнь является системным поражением, которое может распространяться за пределы гастроинтестинального тракта на любой орган или ткань организма. Одним из наиболее интригующих клинических проявлений болезни является поражение нервной системы как предпочтительной цели. У больных часто отмечаются головная боль, потеря короткой памяти, раздражительность, беспокойство, депрессия и в более редких случаях – судороги, атаксия, аутизм, дефицит внимания и психоз (см. табл. 2). Хотя пока недостаточно понятно, каким образом при воспалительном процессе в кишечнике поражается головной мозг, всё больше появляется доказательств тесного функционального и органического взаимодействия между двумя этими системами, которое описы-

Таблица 1

Экстраинтестинальные проявления целиакии	
Неврологические	нейропатия периферических нервов
Стоматологические	кариес, атрофические язвы, дефекты зубной эмали
Дерматологические	герпетиформный дерматит, экзема, псориаз, ломкость ногтей, истончение волос
Кардиоваскулярные	миокардит, нарушение кровообращения, фибрилляция предсердий
Пульмонологические	синдром Lane – Hamilton
Панкреатические	острый панкреатит
Нефрологические	повышенный риск гломерулонефрита и поздняя стадия почечной недостаточности
Репродуктивные	инфертильность, недонашивание и поздний пубертат
Гематологические	анемия
Гепатологические	гепатит
Скелетно-мышечные	боль в суставах, остеопения, остеопороз

Таблица 2

Нейропсихиатрические симптомы, ассоциированные с целиакией	
Установленные	потеря короткой памяти, тревожность и депрессия, психоз, атаксия, припадки, раздражительность, хронические головные боли
Возможные	аутизм, синдром гиперактивности и дефицита внимания, шизофрения

(рис. 2). Регрессия нарушений структуры слизистой оболочки с нормализацией ворсинок до 0 по классификации Marsh свидетельствовала о гистологической ремиссии болезни.

Дополнительные обсуждения

Внекишечные проявления целиакии могут иметь место намного чаще, чем гастроинтестинальные симптомы, и врачам следует позинить пороговые значения тестов на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе для подтверждения диагноза целиакии. В обсуждаемом наблюдении проницаемый эндокринолог увязал симптомы мальабсорбции, тиреоидит Хашимото и слабый ответ на лечение левотироксином, что высказал мнение о диагнозе целиакии.

Больные с отклонениями в результатах теста на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе или с подозрением на целиакию по результатам консультации у гастроэнтеролога для подтверждения диагноза должны быть подвергнуты эндоскопии и биопсии слизистой двенадцатиперстной кишки. При этом им необходима аглутеновая диета, чтобы тестирование дало точный результат. Аглутеновая диета не оправдана до тех пор, пока диагноз целиакии не будет исключён. Если больной находится на аглутеновой диете, невозможно провести различие между целиакией и другими глютенобусловленными

ваются как ось кишечника – головной мозг. Необходима строгая аглутеновая диета для того, чтобы контролировать симптомы болезни. Однако у больных с психозом или нейровоспалительными нарушениями соблюдение аглутеновой диеты может быть затруднительным. Больные целиакией должны наблюдаться гастроэнтерологом и диетологом для контроля болезни и соблюдения аглутеновой диеты.

Дополнительный катамнез

Обсуждаемая больная должна быть осведомлена о том, что её бредовые нарушения связаны с целиакией. Под наблюдением психиатра больная должна отказываться даже от постепенно снижаемых малых доз психотропных препаратов и соблюдать аглутеновую диету в течение нескольких месяцев.

К сожалению, в течение этого времени больная неизбежно нарушала предписанную диету, так как полагала, что диагноз целиакии у неё неправильный. У неё вновь появлялись бредовые нарушения, и она была вновь госпитализирована. При проведении теста на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе уровень их оказывался повышенным.

Окончательный диагноз – целиакия, гистологическая ремиссия.

Рудольф АРТАМОНОВ, профессор.

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

– Сергей Анатольевич, многие подчас сетуют, дескать, Руси свойственна нескончаемая страсть к реформированию, которое затрагивает и науку. Будучи в своё время членом Совета по науке и образованию при Президенте РФ, а сегодня – членом Совета по науке при Министерстве образования и науки, отметьте издержки очередных реформ. Какой видится вам оптимальная модель развития науки, в частности медицины, биологии, физиологии?

– Реформы в основном касаются Российской академии наук и Федерального агентства научных организаций. Это большой вопрос, и он выходит за рамки темы нашего вуза, действующего в системе Минздрава. Оптимальная модель – сочетание поисковых исследований с высокой самостоятельностью исследовательских групп на основе грантового финансирования с последующим выведением наиболее интересных проектов в плоскость внедрения с созданием при университете малых инвестиционных предприятий и активным продвижением разработок на отечественном и международном рынке.

– Каким образом к научным изысканиям привлекать молодых пытливых ребят, потенциал которых скорее требуют на Западе?

– Прежде всего, в вузе должна быть современная высокотехнологичная наука! Тогда ребята на старших курсах и в период обучения в аспирантуре будут вовлекаться в исследовательские проекты в ходе выполнения дипломных работ и подготовки кандидатских диссертаций. При наличии современного оборудования и адекватного финансирования далеко не все предпочтут уехать на Запад. Сегодня финансирование в науке определяется активностью заведующих лабораториями по привлечению денег из фондов, таких как Российский фонд фундаментальных исследований и Российский научный фонд, участием в федеральных целевых программах и другими источниками. Сегодня у нас есть все возможности для проведения такой организационной работы.

– Мощный прорыв в области медицины, геномной инженерии, биотехнологий, произошедший в последние годы, – это, по-вашему, благо для человечества или сокрытое до времени зло?

– Благо! Мы научились оказывать помощь людям в ситуациях, в которых ещё 20 лет назад ничего не могли поделать. Это касается многих областей – от лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний до помощи при аутоиммунных нарушениях. Мы спасли жизни многим тысячам и даже миллионам человек. Уверен, что мы только начали этот путь и нас ещё ждут серьёзные прорывы в области клеточных и геномно-инженерных технологий. Что касается возможной опасности подобных технологий, то она, безусловно, есть. Задача всего общества – не позволить отдельным аморальным людям применять их во зло. В нашей стране, где сильны традиции и духовные ценности, на наш взгляд, опасность использования таких технологий во вред минимальна.

– Как вы оцениваете уровень компетенций и квалификации российских врачей? Конкуренстоспособны ли сегодня наши специалисты на мировом уровне?

– У нас много хороших специалистов, работающих на мировом уровне. Это касается как науки, так и медицины. Более того, многие из тех, кто вынужден был уехать работать за границу, сейчас с радостью возвращаются обратно. Они понимают, что таких возможностей и свободы научной деятельности, как у нас, большинство учёных не может получить ни в одной другой стране.

– Известно, что в настоящее время в вашем медвузе, одном из наиболее авторитетных в стране, ведутся мощные ремонтные работы в Центральной научно-исследовательской лаборатории, приобретается суперсовременное оборудование и т.д. Какие меры намечены по развитию инфраструктуры, повышению уровня комфорта для студентов и преподавателей, обеспечению им достойных условий для осуществления научной и медицинской деятельности, оказанию современных медуслуг?

– Повышение комфорта работы преподавателей и студентов – это одна из наиболее приоритетных



Знакомство с симуляционным центром университета

Признание

Достигая вершины, почувствовать высоту...

СПРАВКА «МГ»

Сергей Лукьянов родился 13 сентября 1963 г. в Москве. Российский биохимик, академик РАН. Окончил кафедру эмбриологии биологического факультета Московского государственного университета в 1985 г. и поступил на работу в Институт биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова РАН, в котором является руководителем научно-производственного подразделения «Технопарк ИБХ». Доктор биологических наук (1999, защита в форме научного доклада по теме «Селективная супрессия полимеразной цепной реакции – новый подход к анализу структуры и экспрессии сложных геномов»). Лауреат премии РАН им. Ю.А.Овчинникова (за работу «Флуоресцентные белки: поиск, исследование и применение в биотехнологии», 2006). Исполняющий обязанности ректора РНИМУ им. Н.И.Пирогова с 2015 г., ректор РНИМУ с 2016 г.

Научные интересы – молекулярная биология и геномная инженерия, главным образом анализ структуры и функции геномов эукариот. Открыл эффект селективной супрессии полимеразной цепной реакции, разработал молекулярно-генетические методы для выявления неизвестных генетических последовательностей. Во главе коллектива открыл новые флуоресцентные и окрашенные белки коралловых полипов, а также получил мутанты флуоресцентных белков.

задач для нас. Фактически мы должны одновременно развивать и специализированную, и бытовую инфраструктуру. В рамках этого мы проводим ремонт учебных помещений и общежитий, закупаем научное оборудование и реактивы, активно сотрудничаем с московскими и федеральными клиниками. Отдельный немаловажный вопрос – это заработная плата сотрудников. Мы уверены, что для того, чтобы врачи, учёные и преподаватели могли заниматься своей профессиональной деятельностью комфортно, они должны быть максимально обеспечены материально. Сейчас мы вышли на уровень постоянного развития, который позволяет повышать денежную компенсацию, выплачиваемую преподавательскому и научному коллективу. Повышения носят регулярный характер и будут продолжаться, пока мы не достигнем необходимых показателей.

– Предусматриваете для будущей доступности современных медицинских методов и технологий расширять количество клинических баз, открывать университетские клиники?

– Полноценное медицинское образование можно дать только на основе обучения в реально работающих клиниках. Поэтому, безусловно, этому направлению мы уделяли и уделяем особое внимание. Сейчас у университета имеются 2 собственные обширные клиники, а также более 150 клинических баз на территории городских больниц. Благодаря совместной работе с правительством Москвы только за прошлый год мы открыли несколько новых баз, а также 38 университетских клиник, построенных по принципиально

– Известно, что в течение пары последних лет вуз проводит обучение по программе двойного диплома. Последуют ли дополнительные шаги по интеграции в международный образовательный процесс?

– Международное сотрудничество в рамках образовательной деятельности очень важно для нас. Однако мы далеки от того, чтобы слепо следовать западному опыту. В их образовании очень много проблем, и когда мы начали разбираться, оказалось, что и уровень подготовки их студентов вовсе не лучше, чем наш. Более того, в некоторых областях мы даём студентам существенно больше знаний и опыта в сравнительно сжатые сроки. Поэтому, безусловно, мы планируем вовлекать новых партнёров из стран Европы и увеличивать количество специальностей при подготовке по программам двойного диплома на международном факультете, но только частично перенимая методологический опыт наших партнёров, при этом жёстко оберегая наши собственные сильные стороны, наши наработки и традиции.

– Ваше понимание «дистанционности» при подготовке будущего врача и переподготовке специалистов на последипломном этапе, которая наступает

ведущих специалистов отрасли с минимальным отрывом от работы. При этом современные системы дистанционного обучения позволяют контролировать деятельность всех участников образовательного процесса, объективизировать результаты обучения и оценивать качество предоставляемых электронных материалов.

Однако полностью дистанционного обучения в медицине быть не может. Его доля при повышении квалификации и переподготовке специалистов должна определяться содержанием программы и уровнем подготовки специалистов. В нашем вузе мы активно внедряем дистанционные образовательные технологии через собственную автоматизированную систему, совмещающую их с интенсивной практической подготовкой на клинических базах кафедр и в симуляционных центрах университета.

– На Западе эффективно действует система непрерывного профессионального развития. Назрела ли необходимость внедрять подобный проект по повышению профессионального уровня врачей на последипломном этапе в нашей стране?

– О системе непрерывного образования в медицине говорится уже несколько лет, хотя его концепция до сих пор не утверждена. Тем не



Процесс обучения продолжается в операционной

менее врачи, прошедшие «последнюю» сертификацию после 1 января 2016 г., уже в этом году начнут обучаться в рамках новой модели повышения квалификации. Такая система позволит им непрерывно совершенствовать свои знания и навыки путём ежегодного обучения по коротким дополнительным профессиональным программам, а также освоения различных образовательных мероприятий. Реализация как программ, так и мероприятий может осуществляться с применением дистанционных технологий, что позволит частично совмещать обучение с работой. При этом специалисты получают возможность самостоятельно выбирать компоненты обучения через портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Наш университет в этом году начал осуществлять информационную и методическую поддержку этого портала в рамках государственного задания.

— Мы находимся на старте профессиональной аккредитации специалистов. Вот-вот и ваш вуз приступит к первичной аккредитации. Не беспокоит вас, что оценочный инструмент может оказаться недостаточно объективным и обоснованным, ведь в чём-то он аналогичен скомпрометировавшему себя ЕГЭ?

— Аккредитация не заменяет обычные формы аттестации, а дополняет их, делая процесс допуска к врачебной деятельности более прозрачным, стандартизованным и объективным. В перспективе эта форма позволит осуществлять регулярную (раз в 5 лет) проверку квалификации и уже действующих медработников. Более того, система аккредитации, предложенная сейчас, сильно отличается от ЕГЭ, потому что включает проверку не только знаний, но и практических умений и навыков. При этом при повторной аккредитации будет учитываться и вся деятельность врача в течение предыдущих 5 лет. Поэтому мы приветствуем и поддерживаем это начинание и даже более того — именно на базе РНИМУ создаётся региональный аккредитационный центр.

— В лихие 90-е многие преподаватели, особенно молодые, полагали, что главная их цель — дать студентам некую сумму знаний. Насколько важна, по-вашему, такая составляющая процесса формирования будущего врача, как воспитание?

— Безусловно, профессия врача — это не только определённая сумма знаний. Гуманизм, любовь к людям и родине, порядочность и стойкость — это не менее, а, может быть, и более важные черты медика. Поэтому мы уделяем особое внимание воспитательной работе. Сейчас в университете активно функционируют наша волонтерская организация, множество спортивных и творческих кружков, в том числе скрипичный ансамбль и театральная студия, где с выпускниками работают профессиональные преподаватели. Помимо этого администрация проводит специальные мероприятия воспитательного характера, встречи с героями России, литературные и патристические вечера. Мы хотим, чтобы наши выпускники были не просто специалистами, обладающими определёнными знаниями и умениями, но и людьми, подготовленными духовно и морально к врачебной деятельности.

— Свыше четверти века при РНИМУ проводится довузовская подготовка. Эффективна ли она сегодня?

— Довузовская подготовка — это полноправный этап в подготовке врача-специалиста. Она не менее важна, чем курсы высшего и последипломного образования, которые также преподают в РНИМУ. В нашем университете это понимают давно, поэтому и система довузовской подготовки у нас не только уже выстроена в сложную многомерную систему взаимодействия с абитуриентами, но и активно развивается

сейчас. Мы давно сотрудничаем со многими школами и лучшими медицинскими лицеями Москвы, а также преподаём собственные курсы химии, биологии, русского языка и физики. Кроме того, мы проводим очень популярные среди школьников университетские субботы, которые посвящены ознакомлению потенциальных абитуриентов не только с фактической составляющей медицинской профессии, но и с её духом. Именно поэтому за последние годы качество и мотивация абитуриентов, поступающих к нам, неуклонно растёт. Это отмечают не только сами преподаватели, но и врачи, с которыми работают выпускники университета.

— Вас отличает равнодушие не только ко всему, что касается непосредственно вуза, но, например, и отстаивание традиционных духовных и семейных ценностей, богатой отечественной культуры. Насколько это важно сегодня?

— Безусловно, профессия врача подразумевает любовь и уважение к учителям, родителям, родине. Поэтому мы считаем, что все люди, а врачи обычно быстрее других, приходят к пониманию важности семьи, корней для человека. Для каждого этот путь индивидуален, и мы понимаем, что молодые люди, по сути вчерашние дети, с которыми и для которых мы работаем, имеют право на собственный поиск. Наша задача — уберечь их от критических ошибок и, по мере возможности, направить по лучшему пути к собственному пониманию важности традиций, родины и семьи.

— Каким видите будущее возглавляемого вами вуза в ближайшей, а может, и отдалённой перспективе?

— За нашу 110-летнюю историю мы создали и накопили огромный объём традиций, уникальных разработок и школ. Университет всегда совмещал в себе уважение и бережное отношение к своей истории и учителям с динамичным и инновационным развитием. В Советском Союзе университет являлся абсолютным лидером в практическом и фундаментальном медицинском образовании. Со сменой времён пришлось меняться, адаптироваться и нам. Этот процесс занял много времени, но сейчас он закончен. Поэтому мы используем весь наш научный и образовательный потенциал не только для повышения качества образования в наших стенах, но и для развития образования и науки во всей нашей стране. Более того, уверен, что наших ресурсов вполне достаточно, чтобы стать одним из ведущих медицинских университетов мира!

— В заключение вернёмся, думаю, к знаменательнейшему событию в вашей жизни, когда 12 июня Президент страны вручил вам Государственную премию Российской Федерации за 2015 г. в области науки и технологий за разработку и внедрение комплекса технологий анализа структуры и функций сложных геномов. Какую роль, по-вашему, сыграют эти разработки в области биомедицины для развития мировой науки?

— Исследования последних десятилетий в области молекулярной генетики и клеточной биологии привели нас на такой уровень понимания механизмов, управляющих живыми системами, что впервые в истории человечества мы сейчас ведём разработку и внедрение новых лекарственных препаратов, медицинских и реабилитационных технологий не путём подбора, проб и ошибок, но на основе системных знаний, полученных фундаментальной наукой. Поэтому я убеждён, что Россия должна стать одним из лидеров, определяющих облик биомедицины будущего.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Пресс-конференция

Сахарный диабет: рисков станет меньше

Есть обнадеживающие результаты научного поиска



Контроль за артериальным давлением — важный фактор лечения

Эндокринологический научный центр Минздрава России — ведущий в России и странах СНГ лечебно-диагностический, научно-исследовательский и педагогический комплекс эндокринологического профиля. Аккумулируя достижения отечественных и зарубежных специалистов в области фундаментальной и клинической эндокринологии, он проводит их экспертный анализ, координирует работу региональных профильных центров.

На базе уникального лечебного учреждения состоялась пресс-конференция ведущих российских и зарубежных экспертов в области эндокринологии, которые рассказали об инновационных технологиях в уменьшении рисков сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом.

Иван Дедов — директор Эндокринологического научного центра, президент Российской ассоциации эндокринологов, главный эндокринолог Минздрава России, вице-президент РАН напомнил: 70% россиян умирают от неинфекционных заболеваний, среди которых сахарный диабет играет ключевую роль. Снижение смертности здесь выступает приоритетной задачей на государственном уровне. К 2025 г. планируется её сократить на 25%. Комплексная профилактика сердечно-сосудистых осложнений диабета — это не только бережённость жизни и здоровье населения, но и снижение значительных потерь национального дохода: болезни сердца, инсульт и диабет являются значительным бременем для бюджета.

Уже сегодня можно говорить об успехах в достижении этой цели. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2015 г. Россия вошла в число 10 стран мира с максимально эффективной работой по борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом. Дальнейшее успешное продвижение в этом направлении

предполагает комплексный подход в противостоянии с тяжёлым недугом, а также применение инновационных решений.

Марина Шестакова — заместитель директора центра по научной работе, директор НИИ диабета, член-корреспондент РАН рассказала о большой работе, которую проводят российские эндокринологи, о трудностях и обнадеживающих результатах на этом пути, сотрудничестве с одной из лидирующих мировых фармацевтических компаний — «Берингер Ингельхайм» (Германия).

Не так давно в терапии диабета произошёл прорыв. Результаты исследования EMPA-REG OUTCOME®, в котором приняли участие более 7 тыс. пациентов из 42 стран с сахарным диабетом 2-го типа и высоким риском сердечно-сосудистых событий, впервые доказывают: риск смертности от сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом 2-го типа может быть значительно снижен.



Регулярные занятия на спортивных тренажёрах снижают риск осложнений у больных сахарным диабетом

Об обнадеживающих результатах научного поиска поведал участникам пресс-конференции Бернард Цинман — профессор медицины Университета Торонто, руководитель центра по лечению диабета больницы Маунт-Синай, возглавляющий научный комитет Международной диабетической федерации. Его выступление дополнил Гунтрам Шернтанер —

профессор, заведующий кафедрой терапии Венского университета, заведующий отделением внутренней медицины госпиталя Rudolfstiftung в Вене, член Европейской исследовательской группы GUIDE, член Австрийской диабетической ассоциации.

Новые данные исследования демонстрируют: инновационные методы борьбы с осложнениями при добавлении к стандартной терапии при высоком риске сердечно-сосудистых событий на 39% снижают частоту госпитализаций по причине сердечной недостаточности или смерти от сердечной

недостаточности. Риск сердечно-сосудистой смерти удалось снизить на 38%, на 32% снижен риск смертности от всех причин и на 35% — риск госпитализации в связи с сердечной недостаточностью. Результаты сопоставимы во всех проанализированных подгруппах, в том числе у пациентов с уже диагностированной сердечной недостаточностью до участия в исследовании и без этого диагноза. Кроме того, результаты исследования доказали нефропротективное влияние современной терапии, способное предупредить прогрессирование хронической болезни почек при сахарном диабете 2-го типа.

...У людей с диабетом в 2-3 раза чаще развивается сердечная недостаточность, чем у тех, кто не страдает этим заболеванием, поэтому минимизация сердечно-сосудистых рисков — основная цель в терапии заболевания. По мнению зарубежных гостей, результаты EMPA-REG OUTCOME® показывают важность продол-

жения исследований. Они могут нам понять, как следует управлять риском сердечно-сосудистых заболеваний, добиться снижения его у больных с сахарным диабетом 2-го типа.

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Многим из нас ещё памятен сюжет из выпуска теленовостей, когда белгородский врач подрался с пациентом. Наше медицинское руководство посчитало, что пресекать подобное безобразие надо, устанавливая в медучреждениях больше видеокамер. Но иную точку зрения в «МГ» в статье «Больше видеокамер в больницы?» (см. № 7 от 03.02.2016) высказала заведующая кафедрой биомедицинской этики Российского национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова, член Этического комитета Минздрава России, член Церковно-общественного совета по биомедицинской этике при Московской патриархии, доктор философии, профессор Ирина СИЛУЯНОВА. Она считает, что упреждению таких фактов будет способствовать, прежде всего, нравственно-этическое воспитание врача. Но что более подробно хотела сказать Ирина Васильевна?

– По образованию вы философ. Для женщины это явление не частое и нерядовое, мне кажется даже исключительное. Как влияет ваше образование на нынешний круг ваших занятий?

– Ответ на этот вопрос я даю в совсем недавно вышедшей моей книге «Биомедицинская этика». Это учебник и практикум одновременно. Чем она полезна? Судите сами. В ней для студентов рассматриваются традиционные и очень современные правовые и этические проблемы медицинской практики – репродуктивных технологий, аборт, искусственного оплодотворения, суррогатного материнства, трансплантологии, испытаний лекарственных препаратов. Эти проблемы – стержни рабочих программ, по которым учатся наши студенты. Но есть у учебника особенность, которой я очень дорожу: это раскрытие фундаментального решения новых проблем медицины – система традиционных этических знаний, свод моральных правил всех человеческих цивилизаций. Ведь врачебная этика – одна из древнейших форм знания. Ещё Гиппократ в V веке до н.э. написал Клятву врача, где изложил принципы системы отношений врач – пациент. Они до сих пор остаются в центре внимания медиков всего мира. В отдельной главе учебника рассматривается вклад российских врачей в развитие профессиональной этики. Это такие выдающиеся доктора, как М.Мудров, Ф.Гааз, Н.Пирогов, В.Вересаев, В.Войно-Ясенецкий – святой Лука, Е.Боткин, причисленный недавно к лику святых. Первым переводчиком Клятвы врача Гиппократа с греческого на русский язык был М.Мудров, Ф.Гааз лечил пациентов в тюрьмах и его опыт работы с «трудными» пациентами сегодня особенно интересен и важен. Мы живем в эпоху мировоззренческого плюрализма, и обнаружилось, что проблемы, связанные с поведением врачей, их отношением к окружающим, очень разным людям, в диапазоне от истово верующих до циников и личностей аморальных, сегодня важны.

Бомж – тоже человек

– Вы хотите сказать, что сегодня есть немало докторов, которые меняют своё отношение к пациенту в связи с его социальным статусом?

– Мировоззренческая свобода, переход на рыночные отношения породили немало трудностей. Мы провели со студентами семинар на тему «Ваш пациент – бомж». При обсуждении вопроса об особенностях отношения врача больницы, где в одной палате лежат обычные пациенты и

что их профессия исходит из уважения к человеку, который обратился за помощью.

– Как происходил ваш выбор профессии?

– После окончания школы я поступила в Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова на философский факультет, окончила его с отличием. Выбрала для себя специальность «история зарубежной философии». Тематика моих работ, курсовых, дипломной, кандидатской диссертации,

В.Ярыгин. Это профессионалы с глубоким философским складом ума. Они понимали, что необходимо врачу, и сначала организовался отдельный курс биоэтики, начали проводиться конференции, семинары, в которых я принимала участие. Тема моей докторской диссертации «Философско-методологический анализ актуальных проблем биоэтики». И вот в знаменательном для меня 2000 г., когда началась мировоззренческая переориентация

насколько всё же студенты считают ваш предмет важным, необходимым?

– Так вопрос мы не ставим, а регулярно проводим опрос о ценностях, которые важны в профессии. Ведь сегодня многие исповедуют прагматизм и считают, что правильно только то, что приводит к конкретному результату, и вовсе не важно, какими средствами это достигается. Но всё же приоритет традиционных ценностей признают до 70% будущих

Авторитетное мнение

Этика — визитная карточка врача

Так полагает доктор и философ Ирина Силуянова



была философия Ницше. Ницше помогает мне и сейчас в работе над проблемами медицинской этики. Он создал учение о нигилизме, выстроил систему аморализма. Его учение сильно с точки зрения логики и эстетики, а ценности – «сверхчеловек», «белокурой бестия», «воля к власти», «звероподобность человека» и т.д. – противоположны христианским ценностям – любви, милосердию, состраданию к ближнему.

Но он не только философ, а и поэт, обладающий уникальными художественными способностями. Не случайно в советское время он был запрещён и мы – студенты философского факультета, могли получить его труды только по особому разрешению. Нередко мои сокурсники, увлекшись им, бросали учёбу, уходили в горы, чтобы жить по его принципам. В конце жизни он сошёл с ума, то есть как бы доказал, что его система миропонимания оказалась несовместимой с жизнью...

– А как вы оказались в медицинском университете?

– Прошла в Пироговку по курсу на кафедру философии. Мне важно было, чтобы этика вошла в сферу профессиональных знаний врача, в этом видела свою задачу. Хотелось достичь сочетания этики, морали и профессиональной врачебной деятельности. Такой областью междисциплинарного знания и является биомедицинская этика. К сожалению, значение этой дисциплины для медицинской практики понимали раньше немногие. Но, к моему счастью, тогда в нашем медицинском университете работали такие корифеи, как академики Ю.Лопухин, В. Таболин,

в стране, образовалась ниша в гуманитарном образовании и вместо кафедры научного коммунизма создали нашу кафедру. В то время она состояла из 5 человек, но у всех было много энтузиазма. Сегодня мы разрослись, на кафедре работает уже 10 специалистов.

– Что вас сегодня как медика и философа особенно волнует?

– Мы преподаем нашу дисциплину на 1-2-х курсах. Это как бы введение в профессию, ответ на вопрос: каким должен быть врач, чтобы стать врачом? Но этого недостаточно, 1-2-й курс – это рано для того, чтобы студенты поняли значение биомедицинской этики для профессии. Её надо изучать на последних курсах, когда уже вскоре они войдут в палату к больному, начнут заниматься реальной практикой, когда им понадобится знать, как работать с больными людьми. Система отношений врач – пациент – сложная, многоаспектная. Каждый человек – носитель определенной культуры, и этого нельзя не учитывать в общении с ним. Часто возникают финансовые проблемы, например, что считать подарком, а что подкупом. Трудно выдержать на высоте планку моральности отношений. Надо уметь предусмотреть возникновение юридических конфликтов. От того, как врач будет решать этот комплекс вопросов, зависит доверие пациента к врачу, без которого невозможно эффективное лечение. Но как говорить, дорого яйцо ко Христу дню. Надо подготовить студентов, сконцентрировать необходимую информацию для успешного начала работы, для ответственного отношения к своей профессии, своим задачам, самому больному.

Мне бы хотелось, чтобы преподавание биомедицинской этики было непрерывным в наших медицинских вузах, чтобы вопросы биомедицинской этики обсуждались врачами и на курсах повышения квалификации.

– Вы посвятили свою жизнь воспитанию будущего врача. Сегодня вы можете сказать,

врачей. То есть они принимают за основу милосердие, сострадание, заботу, помощь, не приемлют эвтаназию, признают необходимость уважать человеческую жизнь с момента ее возникновения.

Вообще, в последнее время, у молодежи появился интерес к хорошему, лучшему, справедливому. Всё больше молодых понимают, что путь врача – это служение, стараясь соответствовать моральным ценностям. Значит наш труд и труд моих коллег не бесполезен. Конечно, есть те, у кого иные точки зрения, многие, например, сомневаются в правомерности критического отношения к искусственному оплодотворению.

– Но разве это плохо, у людей появляется семья, надежды, связанные с рождением ребёнка.

– Я работаю в Церковно-общественном совете при Московской патриархии и знаю, почему искусственное оплодотворение оценивается как «контрпродуктивное» явление. Дело в том, что для рождения одного ребёнка уничтожаются несколько «лишних» эмбрионов. Нередко дети рождаются больными. Технологии искусственного оплодотворения способствуют разрушению традиционной семьи, ведут к умножению неполных, гомосексуальных семей. Дети лишаются прав иметь отца или мать. И это всё морально-этические аспекты проблемы, которые в полной мере должны учитываться нашим законодательством. А ему следует выстраиваться на основе моральных законов, выработанных цивилизацией, в том числе и русской цивилизацией. История нашей страны богата моральным опытом, традициями, духовными ценностями, выверенными человеческими судьбами. Есть традиции, которые незыблемы. К таким я отношу и моральные традиции нашего отечественного врачевания, и нашу биомедицинскую этику.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Новые подходы

Протеин
морфогенеза

При разрастании железистой ткани говорят об аденоме гипофиза, приводящей к гиперпитуитаризму, проявляющемуся возрастанием самых разных гормонов – роста, молокоотделения, обмена веществ, стимуляции половых желез и реакции на стрессы. Последняя связана с синтезом стрессового кортизола, синтезируемого, как следует из его названия, клетками коры надпочечников. Однако надпочечники действуют не автономно, а под строгим контролем из «центра», каковым является гипофиз, управляю-

щий реакцией на стрессы с помощью АКТГ, или адренокортикотропного гормона, включающего соответствующие гены-мишени в коре железы, прилегающей к почкам. Одной из причин стресса являются испуг и страх, у которого «глаза велики». Импульсы от сетчатки на своём пути к зрительной коре проходят таламус, в котором есть собственная нейросеть процессинга зрительной информации. А от таламуса вниз уходят сигналы в гипофиз и далее от него к надпочечникам с их кортизолом и адреналином.

С возрастом все процессы угасают, но помимо этого есть и врождённое отсутствие гипофиза, или гипопитуитаризм, в результате которого девушки обращаются к эндокринологам с жалобами на отсутствие менструаций. А откуда же им взяться, если в крови нет фолликулостимулирующего гормона, без которого невозможно созревание фолликулов в яичнике и выброс яйцеклеток. Врачи назначают пациенткам курс гормонов, но сегодня это уже не решение проблемы. Дело в том, что гипофизарный гормон роста стимулирует не только надпочечники и половые железы, но и ген BMP, протеин которого необходим для костеобразования (Bone Morphogenic Protein), принимающий также участие в формировании других органов и тканей. В мозгу он участвует в образовании синапсов – точек межнейрональной связи, – нарушение которого приводит к умственной отсталости. Он необходим и для включения гена, кодирующего белок остеокальцин, который «накачивает» растущие кости кальцием, но также необходим и для роста мышечной массы.

В Колумбийском университете Нью-Йорка с помощью стволовых клеток удалось вырастить «новую» кость, с помощью которой восстановили целостность верхней челюсти свиньи. А в Раковом центре этого города удалось наладить «производство» клеток гипофиза, светящихся своим «мемом» в виде красного АКТГ. То, что выращиванием гипофиза занялись специалисты по раку, не должно удивлять. Дело в том, что у молекулярных онкологов больше ресурсов. К тому же новые клетки станут не только обнадёживающей терапией, но и хорошей моделью развития «представителей» разных тканей, например мышечной.

Возрастная дистрофия мышц представляет собой существен-

ную проблему на фоне всё увеличивающейся продолжительности жизни. Мышца состоит из волокон, или миофибрилл, образуемых путём слияния тысяч клеток и имеющих довольно сложное строение. До настоящего времени единственным способом борьбы с возрастной миодистрофией были рекомендуемые врачами упражнения, которые не всегда оказываются эффективными. Молодые люди используют для бодибилдинга протеиновые смеси, а Шварценеггер – яичный коктейль, в результате чего был вынужден пойти на операцию шунтирования.

Журнал «Клеточный метаболизм» опубликовал статью, полученную из того же Колумбийского университета, с описанием действия остеокальцина на рост миофибрилл у 15-месячных мышшей, для которых это весьма «продвинутый» возраст. Попавший в мышцы костный «гормон» стимулирует синтез... иммунного интерлейкина, открытого в своё время в качестве белка сетевой коммуникации лейкоцитов, откуда его название, и других иммунных клеток. Интерлейкин подстёгивает выброс глюкозы печенью и стимулирует мышечные стволовые клетки, в результате чего пожилые мыши обретают способность к мышечным нагрузкам как у 3-месячных. К тому же данное исследование поможет бороться с судорогами, для снятия которых применяют миорелаксанты, и аномальной фибрилляцией, для чего сегодня используют дефибрилляторы.

Авторы считают, что им удалось открыть костно-мышечную гормональную «ось» наподобие той, что давно уже открыта между мозгом и половыми железами. Их критик, однако, указывает на то, что остеокальцин может и не работать у человека, а если и будет, то станет ещё одним допингом в спорте.

Аристотель – ученик «плоского» Платона, – считал того другом, но и боролся за истину. Это привело к расколу перипатетиков, часть которых «Лучший» увёл из сада Академа к подножию «Волчьей» горы Ликабетос, где и основал свой ликей-лицей чуть ли не в храме Аполлона Волченого. Надо сказать, что оба любомудра полагались на свою органолептику, то есть восприятие мира с помощью органов чувств, из чего делали заключения, продержавшиеся 25 веков: Платон полагал, что видим мы благодаря свету, исходящему из глаз, а Аристотель – что сильный запах может убить. Тем не менее переводчики донесли до нас мысль ученика, согласно которой поэзия и философия серьёзнее истории, явно намекая на сказки своего предшественника Геродота. Вряд ли что-то подобное Аристотель мог бы сказать об истории науки... А она гласит, что инструментальное познание сложных процессов, протекающих в организме, чуть ли не с самого своего начала хорошо документировано. Недаром наука многое дала самой истории, снабдив её методами датировки, сделавшей наследие греческого знатока более приемлемым. Так вот история медицины и анатомии гласит, что небольшую (с горошинку) желёзку, «растущую под» зрительным бугром таламусом и нижележащим гипоталамусом, в XVIII веке называли «хархотной», поскольку полагали, что именно в ней образуются выделения из носа. Мы взяли затем греческое название гипофиз (над ним соответственно эпифиз), а англичане так и оставили pituita, в котором корень сродни spit.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist,
Stem Cell Reports.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| ✓ уролог | ✓ инфекционист |
| ✓ оториноларинголог | ✓ эндокринолог детский |
| ✓ эндокринолог | ✓ терапевт участковый |
| ✓ кардиолог | ✓ психиатр-нарколог детский |
| ✓ педиатр участковый. | |

Предоставляется служебное жильё.

Официальный сайт: sovboldnica.ru

Контактные телефоны: 8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом;

8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе;

8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.

Адрес: ул. Гагарина, 62а, Советский, ХМАО-Югра 628240 (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovboldnica.ru

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте sovhospital@sovboldnica.ru

Взгляд

Главное –
знать меру

Принято считать, что социальные сети – зло. Чрезмерная приверженность к Instagram, Twitter и другим сетям создаёт зависимость, а множество выкладываемых селфи ассоциируется с недостаточной поддержкой в кругу семьи. Подростки, часто общающиеся в соцсетях, склонны к пищевым расстройствам и депрессии. Однако новые исследования показывают, что социальные сети могут приносить, в том числе, и пользу, помогая людям получать от жизни больше удовольствия.

Группа учёных из Университета Южной Калифорнии (США) во главе с доцентом Кристин Дил опубликовала в журнале Journal of Personality and Social Psychology результаты научной работы, в рамках которой выясняла, какое влияние социальные сети оказывают на пользователей.

Исследователи неоднократно сталкивались с жалобами на то, что смартфон создаёт барьер между человеком и реальным миром. Целью научной группы было выявить, так ли это на самом деле, и понять, становится ли человек от использования соцсетей несчастнее или счастливее.

Проведя 9 экспериментов, учёные обнаружили, что процесс съёмки и размещения получившихся фотографий, например в Instagram, приносит людям дополнительное наслаждение от того, что их окружало. Вкратце – если девушка, сидящая рядом с вами в кафе, раздражает вас

тем, что постоянно фотографирует свою еду, то, может быть, она получает от трапезы удовольствия больше, чем вы. К.Дил пояснила, что люди, которые делают снимки, смотря на мир немного иначе, фокусируясь на вещах, которые им особенно хотелось бы запомнить, и эти вещи их радуют больше.

В одном из экспериментов участвовали 200 человек, которые отправились в автобусный тур по Филадельфии. Одной группе было запрещено что-либо фотографировать или снимать видеоролики, а второй разрешили пользоваться камерами. Как выяснилось постфактум, людям, у которых остались кадры из поездки, это путешествие понравилось намного больше. Ещё один эксперимент был проведён в музее с использованием очков, записывающих движения глаз.

Посетители, имевшие возможность фотографировать экспонаты, рассматривали их дольше, чем те, у кого не было камер. После выставки все, кто на ней был, делились впечатлениями, и фотографии отзывались о музее лучше, чем те, кто не сделал ни одного снимка.

Исследователи заключили, что утверждение о том, что социальные сети однозначно вредны, неверно. Фотографирование, отправка удачных кадров в Интернет, а позже – просмотр старых фотографий благотворно влияют на психологическое состояние человека.

Ян РИЦКИЙ.

По информации medicdaily.com

Исследования

Ультразвук в помощь онкологам

Учёные из Франции разрабатывали инновационное устройство, которое может совершить прорыв в лечении рака головного мозга. Основная проблема при этом заболевании – устойчивость к терапии, так как гемато-энцефалический барьер, который обычно защищает мозг от токсинов в крови, не пропускает также и молекулы действующего химиотерапевтического вещества.

Имплантируемое изделие излучает ультразвуковые волны, которые делают этот барьер

тоньше, соответственно молекулам проще становится через него проходить – это может помочь при лечении не только рака, но и других болезней, например болезни Альцгеймера.

Исследователи уже неоднократно проводили изыскания по поводу взаимодействия ультразвука и химиотерапии при онкологических заболеваниях мозга, однако результаты тестирования аппарата на людях не были известны.

Принцип действия устройства таков: в череп рядом с опухолью вживляется мини-излучатель, который заставляет вводимые

при терапии микропузырьки вибрировать – и их движение разрушает связи между клетками гемато-энцефалического барьера, помогая лекарству преодолевать это препятствие. Двух минут низкочастотного воздействия ультразвуком хватает, чтобы «приоткрыть» барьер на 6 часов, в течение которых пациент может получать более эффективную терапию. Концентрация действующего вещества, поступающего в мозг, при воздействии ультразвуком повышается в 5-7 раз. Устройство необходимо включать перед каждым сеансом.

Ранее оно было проверено только на 4 людях с глиобластомой, самым опасным видом рака мозга. Конкретных результатов опубликовано не было. Сейчас производители сообщают о том, что имплантат вживили сразу 15 пациентам, у которых перед этим был диагностирован рецидив глиобластомы. Через полгода, в которые больные ежемесячно проходили курс химиотерапии карбоплатином, рост опухолей остановился у 9 пациентов.

Несмотря на то, что результаты испытаний обнадёживают, производители и врачи говорят, что

необходимы дальнейшие исследования, в частности, необходимо исключить возможность проникновения через ослабленный барьер инфекций и токсинов, от которых он призван защищать ткани мозга. Необходимо также установить, не усиливает ли воздействие побочные эффекты химиотерапии.

Следующие клинические испытания руководитель планирует провести уже в будущем году.

Марк ВИНТЕР.

По информации webmd.com

Если израильский врач проработал в стране более 30 лет (идеально – 35), то накопительная часть его пенсии составляет приличную сумму. Если же учесть, что на Земле обетованной любая пенсия включает также «пособие по старости», то такому доктору, ушедшему на заслуженный отдых, ежемесячно на банковский счёт будет приходить примерно 8 тыс. шекелей (более 2 тыс. долл.). Но если стаж работы в еврейском государстве недостаточный (минимальный для женщин 5 лет, а для мужчин – 10), то здешнему пенсионеру любой специальности следует рассчитывать только на «пособие по старости», которое редко бывает более 2800 шекелей.

Сегодня для израильских мужчин возраст выхода на пенсию – 67 лет, для женщин – 62 года. Досрочно (обычно в 55 лет) на пенсию уходят граждане некоторых профессий, связанных со службой в армии, полиции, пожарных командах и приравненных к ним. Разумеется, военные и полицейские врачи имеют право уходить на пенсию в 55 лет.

Продолжительность жизни в Израиле – одна из самых высоких в мире. Сегодня она равна 81,9 года. Важно также отметить, что разница в продолжительности жизни между полами на Святой земле невелика. Для мужчин она составляет 80,2 года, для женщин – 83,7. Причём израильтяне год от года живут всё дольше. Но проблема заключается в том, что размер сбережений, на которые людям придётся прожить свои пенсионные лета, увеличивается незначительно.

Если век назад средняя продолжительность человеческой жизни составляла 40 лет, то сейчас в цивилизованных странах она превышает 80, а следующее поколение вполне может достигнуть возраста 100 и более лет. И при этом, если в условиях демографического старения пенсионный возраст не повышать, экономическая безопасность государства окажется под серьёзной угрозой. Простой расчёт выдаёт результат, согласно которому количество лет, определяющих стаж работника, вскоре сравняется с годами, проживаемыми на пенсию. По мнению специалистов по социальной геронтологии, никакая экономика подобной нагрузки не выдержит.

Как считает профессор Исраэль Дорон, заведующий кафедрой финансовой геронтологии Хайфского университета, большинство израильтян всё ещё уверены, что, «когда настанет срок, можно будет выйти на пенсию и потом долго жить, имея неплохой доход». Бывший министр Израиля по делам пенсионеров Ури Орбах (1960-2015) незадолго до своей безвременной кончины связывал проблему повышения пенсионного возраста с необходимостью законодательного трудоустройства пожилых работников. Ведь, с одной стороны, человек, достигший пенсионного возраста, если его здоровье в относительном порядке, ощущает себя в сере-

дине жизни. Он готов продолжать трудиться. Но, с другой стороны, в сфере трудоустройства существует почти открытая дискриминация по возрасту. В Израиле трудно устроиться после 50 лет на предприятия, работа на которых требует курсовой переподготовки. Таким, далеко ещё не старым людям чаще всего остаются только рабочие места в качестве уборщиков и охранников в магазинах.

В мире используются разные модели определения пенсионного возраста. Во многих странах, в том числе и в сегодняшнем Израиле, существует возрастной порог выхода на пенсию граждан страны.

Однако на Святой земле попыткам уравнивать возраст выхода на пенсию мужчин и женщин противится мощное феминистское лобби. Представительницы слабого пола в кнессете считают, что на рынке труда женщины находятся в невыгодном положении. Так, по данным той же Шели Ехимович, 20% женщин увольняют с работы в возрасте до 60 лет и не принимают на другую.

Амир Леви пообещал парламентариям не повышать в порядке администрирования возраст выхода женщин на пенсию до 64 лет. Причём СК намерена обсудить возраст выхода на пенсию как женщин, так

возраста для женщин сэкономит государству миллиарды шекелей. С этой точкой зрения согласился ИНС, заявивший, что без ожидаемых «женских» пенсионных денег будет неизбежен гигантский бюджетный дефицит национального страхования. И действительно, в 2014 г. бюджетный дефицит ВСС достиг 4,3 млрд шекелей, и его руководство заявило, что в течение длительного времени не сумеет выплачивать пенсии.

Что касается мужчин, то вряд ли можно сомневаться, что в ближайшие 2 года и для них пенсионный возраст не повысится до 69 лет. Таким образом, возрастные

каж которого государство откроет сберегательные счета на детей до 18 лет. Председатель парламентской финансовой комиссии Моше Гафни просил Минфин позволить родителям вкладывать ежемесячно на счета своих детей до 140 шекелей (около 36 долл.). Но министр финансов Моше Кахлон, чтобы не дискриминировать бедные семьи, ограничил родительскую «добавку» только 50 шекелями. С учётом того, что государство также вносит на детские сберегательные счета 50 шекелей, в целом «детские» счета будут пополняться на 100 шекелей в месяц.

По достижении 18 лет молодой

А как у них?

Копить на пенсию смолоду

Когда достаток в старости – продление молодости

В ряде других государств начинают использовать иную модель, которая привязывает пенсионный возраст к средней продолжительности жизни в стране. На сегодняшний день такая модель применяется в Дании, Швеции, Греции и Чехии, а также в какой-то степени в Италии и Франции. Например, в Дании формальный возраст выхода на пенсию в декабре 2011 г. был поднят с 67 лет до 69. И по закону он будет продолжать постепенно расти. Раз в 5 лет узаконены проверки соответствия увеличения продолжительности жизни и повышения возраста выхода на пенсию. В Италии подобные проверки осуществляются раз в 3 года. В Чехии законом закреплён следующий расчёт: повышение продолжительности жизни на год увеличивает возраст выхода на пенсию на 2 месяца.

За последнее 5-летие во многих странах мира пенсионный возраст был не только поднят (иногда значительно), но и уравнилен для обоих полов. Так, в Японии с 2013 г. и мужчинам и женщинам пенсии выплачиваются с 70 лет. У норвежских мужчин и женщин с 2011 г. пенсионный возраст начинается с 67 лет, а у американских граждан обоих полов с 2012 г. – с 65 лет.

В Израиле специальная комиссия (СК) кнессета (парламент), в которую вошли ответственный за зарплаты в Министерстве финансов Амир Леви, депутаты Захава Гальон, Шели Ехимович и Орли Леви-Абуксис предлагают привязать изменения пенсионного возраста к средней продолжительности жизни таким образом, чтобы он повышал-

ся автоматически. Однако на Святой земле попыткам уравнивать возраст выхода на пенсию мужчин и женщин противится мощное феминистское лобби. Представительницы слабого пола в кнессете считают, что на рынке труда женщины находятся в невыгодном положении. Так, по данным той же Шели Ехимович, 20% женщин увольняют с работы в возрасте до 60 лет и не принимают на другую.

Генеральный директор Института национального страхования (ИНС) профессор Шломо Мор-Йосеф заявил, что к 2048 г. государство Израиль не сможет гарантировать выплату пособий по старости. Заявление было сделано на первом съезде по экономике пожилого возраста, организованном кафедрой геронтологии и изучения проблем пожилого возраста Хайфского университета.

В качестве одного из способов решения проблемы Мор-Йосеф называет повышение пенсионного возраста. При этом он выступил против уравнивания пенсионного возраста мужчин и женщин, пока не будет достигнуто равноправие полов в других экономических аспектах.

Кроме того, гендиректор ИНС назвал страховые выплаты, взимаемые в Израиле, низкими, и отметил, что повышение выплат на 0,4% даст государству ещё 15 лет отсрочки.

Израильский Минфин выступил с утверждением, что вводимая практика повышения пенсионного

«ножницы» достижения пенсионного возраста для израильтян и израильтянок останутся прежними – 5 лет. Затем практически неизбежна «унификация», когда возраст выхода на пенсию для израильских мужчин и женщин поднимется до 70 лет.

Председатель Центробанка Израиля Карнит Флуг, уроженка Польши, которой самой недавно исполнилось 61 год, в одном из интервью не согласилась с теми, кто воспринимает повышение пенсионного возраста как удар по работающим, и особенно женщинам. Она обратила внимание на исследования израильских экономистов и геронтологов, которые однозначно показывают, что «после повышения пенсионного возраста женщины продолжают работать, растут и занятость населения в целом».

К данным, приводимым Флуг, экономистом мирового уровня, следует относиться с доверием, ибо в течение многих лет она возглавляла исследовательский отдел местного Центробанка. По расчётам Флуг, повышение пенсионного возраста женщин до 64 лет увеличит размер их пенсии на 8-10%, а при дальнейшем повышении до 67 лет – на 21-28%. Интересен и прогноз Карнит Флуг относительно статистической продолжительности жизни израильских пенсионеров. Она считает, что израильтянин, ушедший на пенсию в 67 лет, проживёт в среднем ещё 16 лет, а израильтянка, ставшая пенсионеркой в 64 года, – примерно 22 года.

Тем временем в кнессете разрабатывается новый закон, в рам-

человек, на имя которого открывается счёт, сможет снять накопившуюся сумму без каких-либо условий, но с подписью родителей. Когда же ему исполнится 21 год, подписи родителей уже не потребуются. В течение этих 3 лет на накопившуюся сумму тоже будут начисляться проценты. Более того, если владелец счёта снимает деньги в 18 лет, то к сумме изымаемого вклада добавляется 500 шекелей в том случае, если документально, по письму врача-специалиста, вклад предполагается расходовать на лечение. В 21 год молодой израильтянин или израильтянка могут снять всю сумму и расходовать её по своему усмотрению. При таком варианте к «детскому» вкладу, превратившемуся в «юношеский», добавятся ещё 500 шекелей.

Нет никаких запретов или примечаний в законе о «детских» вкладах, требующих обязательного их изымания в 21 год. Эти деньги вполне могут «полежать» в банке, поднабрать процентов и дожидаться пенсионного возраста своего владельца. Тогда новоявленный пенсионер к своей «взрослой» (если не сказать «стариковской») пенсии вполне сможет добавить и «детско-юношескую», вспомнив при этом своих дальновидных родителей, которых к тому времени может уже и не быть рядом. Как верно заметил мудрец, «достаток в старости – продление молодости».

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Хайфа.

Однако

Мозг – король организма

Исследовательской группе из Университета МакГилла (Канада) под руководством Майи Кокоевой удалось обнаружить клетки головного мозга, которые контролируют аппетит и набор веса.

Ранее было показано, что аппетит находится под контролем лептина – синтезируемого жировыми клетками гормона. Головной мозг способен обнаруживать присутствие лептина, получая таким образом сигнал о насыщении.

Несмотря на то, что рецепторы лептина были обнаружены в гипоталамусе, который участвует в регуляции количества съедаемого,

учёные не до конца понимали, как именно мозг распознаёт присутствие лептина. Исследователи показали, что ключевую роль в процессе распознавания рецепторами лептина сигнала о насыщении играют NG-2-глиальные клетки, расположенные на медиальном возвышении в основании гипоталамуса.

В отличие от большинства нервных клеток, NG-2-глиальные клетки продолжают делиться в течение всей жизни. Они были обнаружены около 10 лет назад, однако их точная функция оставалась неизвестной. В экспериментах на лабораторных мышах авторы инактивировали эти клетки, это

привело к тому, что мыши начали есть гораздо больше, чем грызуны из контрольной группы. Через 30 дней «экспериментальные» мыши удвоили свой вес.

Авторы объясняют, что, скорее всего, им удалось обнаружить причину набора веса пациентами с опухолями головного мозга, которые проходят курс лучевой терапии. Они предполагают, что под действием радиации NG-2-глиальные клетки разрушаются, что и ведёт к тому, что пациенты начинают хуже контролировать свой аппетит и начинают есть больше.

Борис БЕРКУТ.

По информации techtimes.com



Наши люди за рубежом

Уникальный «сеятель» здоровья

Благодаря ему украинские учёные стали известны в Америке и во всём мире

Речь — о достойнейшем муже медицинской науки Константи́не Рудяке, энциклопедические знания которого прибавили здоровья многим людям. Ему вот-вот стукнет 90, и в канун этой почтенной даты Чикагская ассоциация русскоязычных граждан «Земляки» обласкала его, жителя Чикаго, ещё одним из многих заслуженных званий и титулов: он провозглашён «Человеком года — 2015».

Два слова об учредителе. «Земляки» — это не какая-то кучка закадычных дружков, а внушительное по численности культурное содружество. Замечу, что в штате Иллинойс, куда относится и Чикаго, говорят, пишут, думают и понимают по-русски более 200 тыс. американцев европейского происхождения. Они читают больше 10 газет и журналов, слушают несколько радиостанций, имеют свой драмтеатр, клубы, объединения по интересам, самодеятельность, так что никому не притесняемая русская речь чувствует себя здесь в своей тарелке.

А кто же такой новоиспечённый «Человек года»?

Живи мы, люди XXI века, предположим, в петровскую эпоху, Константин Эзрович был бы великим человеком. Он не только прорубил окно в Европу, но и широко распахнул ставни всего научного мира. И в первую очередь — американского.

Это сегодня нет ничего проще, нажав кнопку Интернета, досконально узнать о любом незасекреченном (проскальзывают и секреты) достижении учёных



Первая полоса чикагской газеты «Земляки» с портретом заслуженного работника здравоохранения Украины К.Рудяка

в любой точке земного шара. А в 1955 г., когда молодой выпускник впервые переступил порог Киевского НИИ нейрохирургии, железный занавес скрытности и недоверия, в том числе и между корифеями науки двух миров, казался вечным и нездыблемым.

Пойти на риск — приоткрыть его с обеих сторон — сулило смелчаку большие неприятности. Возглавив отдел научно-технической информации гордости Академии медицинских наук республики — НИИ нейрохирургии, новый шеф

— энергичный и «подкованный» на обе ноги солидными дипломами, пошёл другим путём и, поддержанный светилми украинской науки, осуществил революционный прорыв в стене неосведомлённости. На радость и с взаимовыгодной пользой для межконтинентальной связи учёных.

Хорошо зная большинство европейских языков (к ним он пристрастился в ранней юности, хлебнув полную чашу горя в фашистском гетто), учёный, сопровождая различные делегации медиков, синхронно переводил их общение на крупных международных форумах нейрохирургов, комментировал ход сложнейших операций, активнейшим

образом личным участием нёс здоровье в массы.

Кстати, о гетто. В самом начале Великой Отечественной отрок Костя совершил настоящий подвиг. Он добровольно заместил собой арестованного больного отца, а потом совершил дерзкий побег из неволи. Об этом тоже вспоминали земляки на праздновании Дня Победы в Чикаго, пожелав «Человеку года» К.Рудяку здоровья и боевитости на много лет вперёд.

Из охапки приветствий и по-

здравлений, полученных им из России, Украины и США, приведу два. Первое — от президента Ассоциации нейрохирургов России академика РАН А.Н.Коновалова:

«Искренне рад поздравить Вас, замечательного представителя славной династии Рудяков, с весомым юбилеем! Всегда восхищался Вашими лучшими качествами — человека доброго, искреннего, с открытым сердцем, преданного друзьям и в первую очередь — делу, которому так долго и честно служили. К моему поздравлению от души присоединяются многие и многие российские нейрохирурги, которые почитают Вас за то, что Вы сделали для популяризации советской нейрохирургии и укрепления международных связей».

Второе — от профессора радиологии Гарвардского университета Мелвина Е.Клоуза:

«Благодаря Вам, дорогой Константин, Украинский институт нейрохирургии и его учёные стали известны в Америке и во всём мире. С большим удовольствием, интересом и радостью мы встречаем их в наших научных центрах, а они нас — в Киеве и Москве. И теперь никто и ничто не сможет помешать нашему сотрудничеству».

Этими душевными словами гениев медицины я и завершу краткое повествование о необычном земляке.

Станислав БРАТУХИН,
член Международной ассоциации
блокадников.

Чикаго.

Юбилей

Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении министерства Ирина Купеева вместе с группой специалистов побывали в медицинских учреждениях Республики Саха (Якутия). Во время этой поездки они посетили Якутский медицинский колледж.

Якутскому медицинскому колледжу — 110 лет

В музее колледжа в книге посещений И.Купеева оставила такой отзыв: «Восхищена всем увиденным! Колледж достойно поддерживает и развивает лучшие традиции российского среднего медицинского образования. Слова отдельной благодарности руководству республики за поддержку начинаний коллектива колледжа!»

Якутский медицинский колледж — старейшее образовательное учреждение медицинского профиля в регионе Восточной Сибири и Дальнего Востока, в сентябре 2016 г. исполняется 110 лет со дня его основания.

В настоящее время в ЯМК обучаются более 1200 студентов, подготовка специалистов ведётся по 6 образовательным программам среднего профессионального образования медицинского и фармацевтического профиля. Учебно-воспитательный процесс обеспечивают 85 преподавателей с высшим профессиональным образованием, из них 6 — кандидаты медицинских и педагогических наук.

В 2015 г. за высокие достижения педагогического и студенческого коллективов материал о деятельности колледжа внесён во всероссийскую энциклопедию «Золотой фонд кадров Родины». В 2016 г. ЯМК стал лауреатом всероссийского конкурса «100 лучших предприятий и организаций России».

Иван ЕГОРОВ,
профессор.

Якутск.

Медицина и религия

Женщины, которые раз в неделю посещали церковные службы, будь то католические мессы, службы в православных церквях и протестантских храмах, в среднем умирали на 30% реже, чем сверстницы, никогда их не посещавшие. К такому выводу пришли учёные Гарвардского университета (США).

Согласно исследованиям психологов, посещение церковных служб не только понижает вероятность преждевременной смерти, но и продлевает жизнь женщинам на 5 месяцев, пишет журнал JAMA Internal Medicine.

«Полученные нами результаты говорят о том, что посещение служб даёт людям нечто большее, чем индивидуальную духовность. Их позитивное влияние, по всей видимости, включает увеличенную поддержку со стороны окружающих, снижение в уровне курения и депрессии, а также более оптимистичный взгляд на жизнь», — считает Тайлер Вандеруили из Гарвардского университета. Вместе с коллегами он пришёл к такому громкому и потенциально противоречивому выводу, наблюдая за физическим и психическим здоровьем свыше 70 тыс. женщин, участвовавших в проекте по мониторингу здоровья среди медсестёр, который проводился с 1992 по 2012 г.

В рамках этого опроса, как сообщали учёные, женщины рассказывали не только о своей диете,

образе жизни и вредных привычках, но и о том, верили ли они в Бога и посещали ли они церковные службы. Изучая судьбы медсестёр, исследователи отбирали среди них только относительно здоровых женщин и учитывали все факторы, способные повлиять на результаты анализа — их экономическое положение, образование, происхождение и ряд других социально-экономических условий.

Как рассказывает Вандеруили, в последние два десятилетия было опубликовано несколько громких исследований, авторы которых постулировали, что вера в Бога помогала людям легче переносить операции или преодолевать какие-то другие проблемы со здоровьем. Подобные исследования обычно встречались шквалом критики, указывавшей на малые размеры выборки, перестановку выводов и предположение местами, и заявлениями о том, что церкви посещают заведомо здоровые люди.

Авторы статьи решили воспользоваться собранными данными для проверки того, были ли верны выводы предыдущих исследований на эту тему, или же для под-



Сёстры милосердия после церковной службы

тверждения слов критиков. Выяснилось, например, что женщины, которые раз в неделю посещали церковные службы, примерно на 27% реже умирали от болезней сердца и на 21% — от рака.

Как признают учёные, данные выводы могут быть не применимы

для жительниц всей планеты в целом — участницы исследования в подавляющем большинстве были белокожими христианками и принадлежали к той категории населения, которая лучше всего осведомлена о состоянии своего здоровья. В любом случае, дан-

ные выводы будут, скорее всего, встречены научным сообществом довольно скептически.

Примером этого стала статья-комментарий, выпущенная JAMA одновременно с публикацией Вандеруили и его коллег. Её автор, Дэн Блейзер из Университета Дьюка в Дареме (США) не видит никакой медицинской ценности в публикации таких исследований в профессиональных журналах и полагает, что подобное «открытие» не должно заставлять врачей рекомендовать своим пациентам посещать церковные службы для prolongации жизни.

Кроме того, Блейзер отмечает, что средний возраст участниц этого исследования составляет 60 лет, что могло сказаться на его выводах и на том, как много медсестёр этого поколения было верующими, а кто никогда не посещал церковь. В целом, по его мнению, к выводам подобных исследований следует подходить с большой осторожностью, учитывая ограниченную применимость их результатов.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Сито!

Церковные службы и долголетие

Посещение храмов укрепляет наш организм

– Вы даже не представляете, как много сейчас о себе рассказали, – глядя на исписанный мною лист, первым начал беседу молодой, но уже достаточно известный психолог и специалист-графолог Иван Чигряй из Санкт-Петербурга.

– Иван Степанович, где вас научили такой весьма необычной науке – графологии?

– Вообще, графологией я заинтересовался давно. Для того чтобы сделать свои знания более глубокими и целно понять человеческую личность окончил психологический факультет Санкт-Петербургского государственного университета. Стажировался в Бохумском университете в Германии.

– Недавно прошедшая в Москве арт-терапевтическая конференция, где вы провели мастер-классы по графологии, очередной раз продемонстрировала, что это направление очень востребовано в психодиагностике. С чем в первую очередь связана популярность графологии?

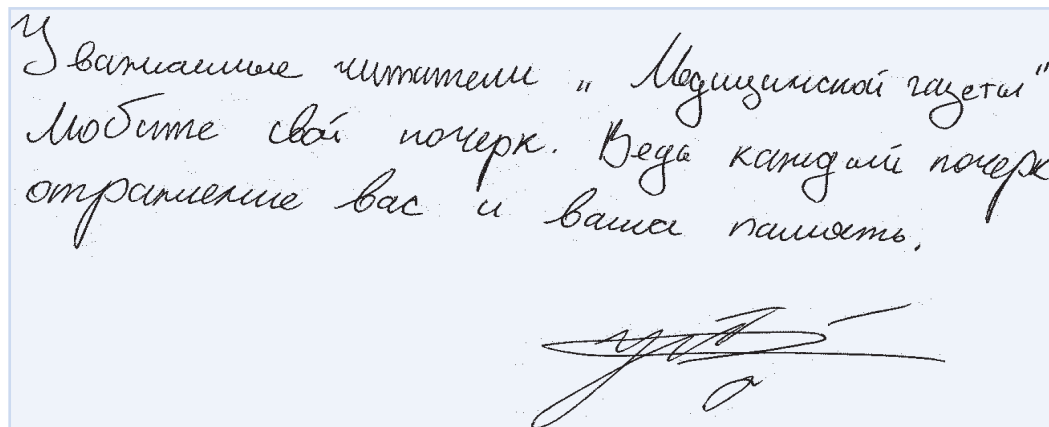
– Это один из немногих психологических методов, который позволяет изучить человека без непосредственного контакта с ним. Каждое запечатлённое на бумаге движение рассказывает о характере своего создателя. Анализируя почерк и используя проективные методики, я открываю информацию о самых разных сторонах человеческой психики. Кому как не вам, журналистам, известно, что именно через письмо и творчество раскрываются настоящие черты личности.

– Знаю, что вы вполне точно можете рассказать про создателя того или иного почерка...

– Кстати, не только почерка, но и рисунка. Для меня изучение личности с помощью тестов и рисуночных методов – самая интересная вещь в жизни. Хотя есть достаточно психологов, да и других специалистов, которые считают графологию несерьёзным инструментом психологической диагностики, ставя её наравне с астрологией и хиромантией. Но опять же надо различать примитивную графологию и научную. В примитивной каждая интерпретация может сводиться к однозначному взаимосоопоставлению признака почерка и черт характера. Как, например, мелкий почерк связывают со скрытностью, а неразборчивый – с эгоцентризмом и глупостью. Такая однобокая трактовка очень упрощена, так как каждой черте характера соответствует целый комплекс признаков.

– А какие признаки отвечают, например, за рационализм?

– Это – средняя скорость почерка, «вертикальный» почерк, отсутствие сильного размаха, связность букв, а также многое другое. Стоит также учитывать, что у человека может быть рациональное отношение лишь к определенной сфере жизни или же рационализм является следствием пережитой травмы, и таким образом человек старается вытеснить эмоции. Всё это видно по письму. Я изучил более тысячи



Графолог Иван ЧИГРЯЙ:

Каждое запечатлённое на бумаге движение рассказывает о характере своего создателя

почерков, и многие проявления черт характера чувствую интуитивно. Без графологического опыта чистого результата добиться практически невозможно. На данный момент, исходя из сотен отзывов на мою работу, процент верного описания колеблется от 85 до 100%. Конечно, это лишь субъективная величина, которую определяет сам тестируемый. Я был на многих психологических конференциях, и каждый раз мне удавалось привести серьезные свидетельства того, что графология имеет хорошую научную основу. Даже очень опытные психотерапевты и психиатры соглашались с тем, что в почерке четко виден характер человека.

– Но в чём же научные основы графологии?

– Настоящая графология базируется на принципах криминалистической экспертизы почерка и физиологических особенностях динамики движений в разных эмоциональных состояниях. Кроме того, научная база графологического метода включает в себя психосоматику, и в данном случае я использую сведения из телесно-ориентированного подхода В.Райха и, конечно, классическую характерологию. А вообще, графология успешно сочетается и с психоанализом, и с психологией.

Как показали наблюдения над очень большим клиническим материалом пациентов с объёмными процессами, кровоизлияниями, ранениями головного мозга, поражениями коры левого полушария, захватывающими височную, затылочную, нижнетеменную и нижнелобную области, нарушение процессов письма выражено более чем часто. Соответственно, дисфункция определённых зон коры головного мозга практически всегда будет определённым образом влиять на почерк.

– Быстрота и точность письма школьника связана с общей его успеваемостью?

– У слабоуспевающих письмо в три раза чаще имеет в почерке дрожание и неуверенные черты, причём это никак не связано с неврологической симптоматикой. Интеллектуально одарённые дети имеют высокую координированность, выдержанность графических элементов в почерке. Письмо у них более легкое, связанное и цельное. Пропуск же некоторых букв в словах может говорить о нарушениях работы мозга в определенных зонах. Появившееся дрожание может быть признаком волнения, отравления, гипоксии, поражения ЦНС и многих других дисфункций. Всё это можно определить по типу дрожания письма. «Нервные» штрихи, как, например, очень резкие, выбивающиеся петли и линии, могут быть признаками предрасположенности к эпилепсии или мышечному зажиму. «Блёклый» почерк говорит об астении, почерк с чрезмерно сильным нажимом – о неврозе, чрезмерной сдержанности, застенчивости. Таких примеров множество. Разумеется, в случае обнаружения определённых особенностей письма графолог будет рекомендовать посетить соответствующего врача.

Вообще же, скорость почерка – это психофизиологическая характеристика, которая отражает общую активность организма. У людей с высокой скоростью письма сильная мотивация достижения целей, они не обращают внимания на неудачи. Пишущие в высоком темпе предпочитают действовать, не думая долго. Они мыслят широко, стремительны и активны. Люди с быстрым почерком зачастую являются максималистами, часто упускают из вида важные детали. Им сложно заниматься однообразной деятельностью и

работой, которая им не интересна. Быстрый почерк характерен для увлечённых учёных, общественных деятелей и руководителей. Людей с низкой скоростью отличают медлительность, задумчивость, плановость и аккуратность. Они терпеливы, умеют ждать и адаптироваться к новым изменениям. Они чаще более наблюдательны и внимательны к мелочам. Кроме того, обладатели замедленного почерка более тактичны, чем те, чей почерк отличается быстротой и стремительностью. Медленный и красивый почерк имеют люди с художественной и эстетической направленностью.

– С какой целью в основном обращаются люди, запрашивая графологическую экспертизу?

– Спектр применения графологии очень широк, но лично я чаще всего сталкиваюсь с запросами людей, которые хотят разобраться в себе, понять, куда двигаться дальше. Поскольку графологический анализ очень серьёзно и детально рассматривает разные аспекты личности, то профессиональный взгляд со стороны в отношении почерка может дать много полезной информации его владельцу. Графологическая экспертиза помогает понять причины депрессивного состояния, подсказывает, как справиться с ситуацией. Ко всему прочему есть ещё и мой обычный интерес.

Всего в почерке более 250 признаков. Общее описание личности может занимать от 5 страниц и включать в себя анализ характера, профессиональной сферы и личной жизни. После разбора почерка даются рекомендации по многим сферам.

– Общепризнанно, что у врачей очень неразборчивый почерк...

– Зная вашу читательскую аудиторию, не побоюсь сказать,

что разборчивость почерка и вежливость – своего рода синонимы. Разборчивость почерка говорит о том, насколько легко понять этого человека окружающим. Разборчивое письмо указывает на склонность к простоте, понятному изложению своих мыслей и способности к концентрации. Кроме того, разборчивый почерк говорит о трудолюбии, пунктуальности, стабильном эмоциональном фоне и логическом мышлении. А статичный, напряжённый и однообразный – о посредственности. Самый разборчивый и медленный почерк встречается у полуграмотных. Крайне важным показателем является способность самому разбирать свой почерк. Если человек не может прочитать то, что он написал, то это является тревожным свидетельством неразрешённых внутренних конфликтов, поспешности, надменности и либо недостатка воли, либо переизбытка энергии. Энергия в этом случае не имеет чёткой направленности. Такие люди склонны расплываться по мелочам.

– Так какие же основные черты личности видны при беглом взгляде на письмо?

– Крупный почерк часто имеют общестественные деятели, средний – реалисты, мелкий – скептики и критики. Крупный почерк – признак откровенности, любознательности и прямолинейности натуры. Мелкие буквы обычно говорят о подозрительности, замкнутости, впечатлительности, оторванности от реальности, мечтательности и нераскрытом потенциале личности...

– А мне в завершение нашей встречи не терпится посмотреть на ваш автограф для «МГ». Благодарю...

Беседу вела Наиля САФИНА, спец. корр. «МГ».

Санкт-Петербург – Москва.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-05-00302 Тираж 28 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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