

Профилактика

Улыбнись жизни!

В Республиканском стоматологическом центре Кабардино-Балкарии отметили День здоровья полости рта



Эту акцию, День здоровья полости рта, ежегодно проводит Стоматологическая ассоциация России. В нынешнем году она прошла под лозунгом «Улыбнись жизни».

В Республиканском стоматологическом центре в этот день детей встречали детские врачи-стоматологи, одетые в праздничные платья и костюмы любимых детьми сказочных персонажей, и дарили подарки: зубную пасту и щётки. Дети с удовольствием фотографировались на память и уже смело шли в кресла к стоматологам. Праздник для маленьких пациентов устроили заведующая детским стоматологическим отделением центра Жанна Ульбашева, заведующая по школьным стоматологическим подразделениям Эвелина Анзорова, детские

Стоматологи Республиканского стоматологического центра напоминают, что здоровые зубы – это тоже радость в жизни

врачи-стоматологи Жанна Кауфова, Диана Губашиева.

Как отметил глава Стоматологической ассоциации Кабардино-Балкарской Республики, руководитель центра Аслан Махотлов, аналогичные акции прошли в 22 школах Нальчика, где были отремонтированы и возобновили работу стоматологические кабинеты, которые были оснащены новыми стерилизаторами для обработки инструментов. Профилактическими осмотрами с сентября прошлого года было охвачено 55 тыс. школьников и дошкольников. Кроме того, в младших классах стоматологи стали проводить уроки здоровья, на которых детей учат правильно ухаживать за полостью рта. Профилактические беседы со-

трудники республиканской стоматологии проводят и со взрослыми пациентами, раздают памятки о негативном воздействии курения на зубы и дёсны, предлагают почтить разъяснительные материалы на информационных стендах. Специалисты отмечают, что профилактика полости рта для жителей региона, где содержание фтора в почве и воде понижено, особенно актуальна. Если с детства приучить ребёнка посещать стоматолога и правильно следить за полостью рта, проблем со здоровьем в старшем возрасте будет куда меньше.

Лилия ШОМАХОВА,
внешт. корр. «МГ».

Нальчик.

Антон ГЕТТА,
руководитель проекта Общероссийского народного фронта «За честные закупки»:

Можно сказать, что Центр крови купил трактор и теперь пытается сделать из него гоночный болид.

Стр. 4



Туре СЁРЛИ,
заведующий кафедрой психиатрии Арктического университета Норвегии, профессор:

Российские врачи, которым не оплачивается участие в проекте, с удовольствием в нём работают, так как ощущают своё профессиональное развитие.

Стр. 7



Тарас ДУДКО,
руководитель отдела реабилитации Национального научного центра наркологии Минздрава России, доктор медицинских наук:

Количество наркологических диспансеров сокращается подобно шагреновой коже. Давно ли их было более 200, ныне насчитывается около 90.

Стр. 10



События

Где прорывные технологии лечения гипертонии?

В Кемерово прошёл XI Всероссийский конгресс кардиологов по теме «Артериальная гипертония: от теории к практике».

заболеваний, нужно более активно использовать эти знания на практике, внедрять инновационные и прорывные технологии.

Этот форум стал первым пунктом из обширного перечня мероприятий, запланированных на 2015 г., который объявлен в России Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В его работе приняли участие более тысячи делегатов.

Открывая конгресс, главный кардиолог Минздрава России, президент Российского медицинского общества по артериальной гипертонии, член-корреспондент РАН Ирина Чазова отметила, что в плане теории российские специалисты подкованы достаточно хорошо. Но чтобы значительно уменьшить смертность россиян от сердечно-сосудистых

Программа конгресса включала проведение научно-практических симпозиумов, пленарных и секционных заседаний, лекции, презентации и совещания, а также выставку фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования. Круг обсуждаемых тем был обширен, представлял интерес для врачей разного профиля. В числе докладчиков выступали не только российские кардиологи, неврологи, эндокринологи, гинекологи, урологи и терапевты, но также известные зарубежные специалисты.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Из первых уст

Столичный дисбаланс

По словам заместителя столичного мэра по социальным вопросам Леонида Печатникова, в столичном сегменте отрасли на сегодняшний день отмечается дефицит конкретных специалистов.

«В Москве сложилась диспропорция. У нас избыток урологов, гинекологов, дерматовенерологов и стоматологов. Но при этом сложился дефицит некоторых врачебных специальностей:

не хватает рентгенологов, врачей ультразвуковой диагностики, анестезиологов-реаниматологов», - отметил чиновник.

Как известно, столичными властями предлагается бесплатная переподготовка по дефицитным специальностям, которая была организована в ходе реформы столичного здравоохранения. «Несколько тысяч человек получают специальность врача общей практики, кроме того,

идёт обучение неврологов и педиатров», - подчеркнул Л.Печатников.

Наряду с этим накануне стало известно, что с 1 сентября вступают в силу образовательные сертификаты, которые дадут врачам возможность бесплатной переподготовки и повышения квалификации с целью более успешного трудоустройства. Примечательно, что врачи сами будут выбирать образовательные организации и формы обучения.

Марк ВИНТЕР.
МИА Cito!

Москва.

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

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

Новости

Государство поддержит санатории

Заместитель министра здравоохранения России Татьяна Яковлева выступила на открытии I Международного конгресса «Санаторно-курортное лечение». Она отметила, что государство, согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и плановый период 2016-2017 гг., впервые берёт на себя обязанность финансирования полной медицинской реабилитации пациента, включая реабилитацию в условиях санаторно-курортной организации.

С 2015 г. в санаторно-курортных организациях услуги по медицинской реабилитации в соответствии с территориальными программами госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи будут финансироваться за счёт обязательного медицинского страхования.

– Необходимо повышение информированности медицинского персонала по имеющимся возможностям санаторно-курортного лечения, что потребует не только расширения программы подготовки медицинских кадров по вопросам санаторно-курортного лечения, в том числе и Крыма, но и проведение образовательных мероприятий для медицинских работников санаторно-курортных организаций в рамках непрерывного медицинского образования, – отметила Т.Яковлева.

В настоящее время финансирование санаторно-курортного комплекса страны осуществляется при помощи средств федерального бюджета, ОМС (в части медицинской реабилитации), региональных бюджетов. Реализация задач по развитию направления потребует новых подходов в области финансирования и повышения эффективности деятельности санаторно-курортных организаций.

Олег ТРОФИМЕНКО.

Москва.

В чьих руках здоровье

На V Всероссийском конкурсе региональных средств массовой информации «Панацея» отдел по связям с общественностью Центра медицинской профилактики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры занял 1-е место в номинации «Здоровье в твоих руках».

В этом году на конкурс поступило более 2,5 тыс. работ из 69 регионов России.

Награждение победителей состоится в мае в Москве. Впервые в качестве награды лауреаты смогут посетить трёхдневный образовательный семинар на базе факультета журналистики Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова.

Это не первая награда представителей югорской медицины в данном конкурсе. В 2014 г. пресс-секретарь Сургутской клинической травматологической больницы Ирина Цхададзе получила диплом победителя за позиционирование деятельности медицинского учреждения в региональных СМИ. Заведующая филиалом Центра медицинской профилактики в Нефтеюганске Татьяна Бородина была признана одной из лучших за просветительскую деятельность по пропаганде здорового образа жизни.

Елена ЛЬВОВА.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Посёлок останется с больницей

Больница в посёлке Борок Ярославской области закрыта не будет, заверило региональное отделение Общероссийского народного фронта (ОНФ) Федеральное агентство научных организаций (ФАНО).

О том, что существование этого лечебного учреждения в административном центре Веретейского сельского поселения, научном центре Российской академии наук, оказалось под угрозой, в ОНФ обеспокоились в августе прошлого года. Проблема заключалась в том, что из-за поэтапного перехода на одноканальное финансирование ФАНО сначала планировало сократить бюджет больницы, а затем полностью срезало финансирование. Фактически это означало закрытие больницы – единственной в радиусе 30 км от посёлка. После организованной ярославским региональным отделением ОНФ встречи в Борке медиков, региональной власти и представителей ФАНО ситуация изменилась.

Руководителям ФАНО было поручено подготовить проект плана мероприятий по реорганизации больницы в Борке путём присоединения к Центральной клинической больнице РАН.

«Представители ЦКБ РАН на месте ознакомились с объектами больницы, их возможностями, чтобы впоследствии подготовить конкретные практические предложения», – сказала сопредседатель регионального штаба ОНФ в Ярославской области Вера Дурандина. Она отметила, что это «большой шаг вперёд в комплексном решении проблем». При этом В.Дурандина подчеркнула, что ситуация не снимается с контроля.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Ярославль.

Очень важная памятка

В Департаменте здравоохранения Москвы подготовили информационные листки, рассказывающие пациентам с онкологическими заболеваниями, а также их родным и близким, куда следует обратиться за бесплатной медицинской и психологической помощью. Такие памятки можно будет найти во всех поликлиниках Москвы.

Из них онкобольные узнают, что даже в терминальной стадии болезни они имеют право на бесплатную квалифицированную медицинскую, психологическую, социальную и юридическую помощь.

В памятке можно прочитать, что такое хоспис, кто может туда обратиться, какие документы необходимы для постановки на учёт. Кроме того, здесь указаны телефоны Департамента здравоохранения и контакты всех 8 столичных хосписов. Сообщается, что в ближайшее время эти памятки появятся во всех поликлиниках и онкологических диспансерах Москвы, у онкологов и терапевтов.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Работают мастера

У хирургов
выходных не бывает

Об этом ещё раз напомнили операции в Екатеринбурге

Операции, которые приходится делать в экстренном порядке, да ещё и в праздничные или выходные дни, запоминаются медикам надолго. Особенно – сложные. Особенно – когда пациентами являются младенцы первых месяцев жизни.

помощи – оказания экстренной оперативной помощи самым маленьким пациентам, – с гордостью говорит главный врач ОДКБ



Алексей Сухарев



Андрей Осинцев

Ярким примером могут служить нейрохирургические вмешательства, проведённые специалистами Свердловской областной детской клинической больницы № 1 в недавние выходные дни.

Именно тогда в лечебное учреждение из Сухого Лога, Нижнего Тагила и Екатеринбурга было доставлено трое детей в возрасте от 1,5 до 3 месяцев с редкими клиническими случаями. Двум маленьким пациентам потребовались экстренные операции на головном мозге. Они были выполнены заведующим хирургическим отделением (ранний возраст) Алексеем Сухаревым и детским

хирургом Андреем Осинцевым и прошли успешно.

– У одного ребёнка была обширная внутримозговая гематома левой гемисферы, – рассказывает Алексей Сухарев. – У второго – субдуральная обширная гематома левой гемисферы. У обоих наблюдались дислокационный синдром, отёк вещества головного мозга и витамин-К-зависимая коагулопатия.

Сейчас маленькие пациенты уже переведены в отделение, чувствуют себя удовлетворительно и идут на поправку.

– Нейрохирургия у нас выходит на новый уровень высокотехнологичной медицинской

№1 Сергей Беломестнов. – Кроме того, это один из примеров обеспечения доступности высокотехнологичной медицинской помощи в рамках реализации губернаторской программы «Здоровье уральцев».

А главное – оперативная деятельность в больнице не зависит от времени суток и дней недели. И настоящим праздником, по словам хирургов, становится не дата в календаре, а возможность спасти ребёнка.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Решения

Лекарства — на контроле
Нарушения будут устраняться оперативно и активно

Ситуация с лекарствами контролируется в стране в еженедельном режиме как по аптечной, так и по госпитальной сети, в случае необходимости правительство готово оперативно дофинансировать все льготы по лекарственному обеспечению. Об этом заявила журналистам вице-премьер РФ Ольга Голодец.

«На сегодняшний день мы абсолютно готовы вовремя включить и дофинансировать все льготы по лекарственному обеспечению. Мы можем заверить всех потребителей, что лекарствами все будут обеспечиваться в том же объёме, в котором это было заложено», – сказала заместитель

главы Правительства РФ. Она напомнила, что в специальном антикризисном фонде на эти цели заложено 16 млрд руб.

Ранее, на заседании коллегии Генпрокуратуры РФ, Президент России потребовал от правоохранительных органов активнее устранять нарушения в области лекарственного обеспечения, в том числе касающиеся завышения цен на препараты.

Ссылаясь на экспертные оценки, премьер-министр РФ Дмитрий Медведев заявил, что цены на лекарства вырастут у нас в этом году на 20%. Сейчас в стране только треть препаратов – отечественного производства. Согласно указу Президента РФ, к 2018 г. власти должны сократить

долю импорта до 10%. Инвестиции из федерального бюджета на реализацию Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» составят в этом году 13 млрд руб.

Уже в апреле Минздрав России, как сообщила журналистам его глава Вероника Скворцова, открывает информационные сайты и круглосуточные горячие линии, которые позволят 24 часа в сутки сообщать о сбоях с лекарственным обеспечением и возникновении потребности в лекарственном препарате.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Официально

Отвечая на новые вызовы времени

«У нас сегодня новый вызов, вызов международный. И ведомство не просто включилось в работу по профилактике вируса Эбола, но и показывает очень хороший результат, который отмечен на международном уровне», – заявила на заседании расширенной коллегии Роспотребнадзора вице-премьер РФ Ольга Голодец.

Заместитель Председателя Правительства России вручила правительственные награды сотрудникам учреждений ведомства за большой вклад в оказание гуманитарной помощи по организации комплекса противоэпидемических мероприятий и диагностики лихорадки Эбола на территории Гвинейской Республики.

В ходе заседания расширенной коллегии Федеральной службы по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей были подведены основные итоги работы ведомства за

2014 г. и обозначены задачи на 2015 г.

«Роспотребнадзор – это сегодня одна из главных ключевых служб в Российской Федерации, – подчеркнула О.Голодец. – Вы обеспечиваете санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и защиту прав потребителей. Нет уголка в России, где не присутствует наша служба».

В первую очередь вице-премьер поблагодарила ведомство за успешное проведение Олимпиады в Сочи. «Мы знаем, каких усилий, затрат, какой концентрации наших профессиональных ресурсов это стоило. Но Олимпиада прошла без нареканий, и это огромная заслуга службы», – сказала она.

Кроме этого О.Голодец отметила работу ведомства во время курортного сезона в Крыму. «Вы должны были включиться в работу на полную мощность вместе со всем вашим потенциалом. Мне хочется поблагодарить всю службу за то, что у нас было сохранено санитарно-эпидемиологическое благополучие в невероятных

условиях, и сезон был обеспечен», – отметила вице-премьер.

Серьёзных результатов удалось достичь также по эпидемиологическому благополучию в зимний период. По словам О.Голодец, в этом году против гриппа было привакцинировано более 32% населения страны, что позволило избежать вспышек эпидемии во всех регионах. Она призвала поддерживать и сохранить «тот позитивный темп, который мы набрали».

С докладом «Об итогах деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2014 г. и задачах на 2015 г.» выступила руководитель Роспотребнадзора Анна Попова. По её словам, в 2014 г. деятельность ведомства осуществлялась в соответствии с основными направлениями и планами службы, предусматривала реализацию указов Президента России от 7 мая 2012 г., основополагающих документов главы государства и Правительства РФ.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Дословно

ВМП не уменьшится

– Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи развивается только в сторону увеличения, – заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова во время рабочей поездки в Пермь.

«Подушевой финансовый норматив программы вырос на 10% в этом году по сравнению с предыдущим, – пояснила министр. – Сейчас пересматривается количество методов лечения, которые входят в программу госгарантий. Мы расширили объёмы высокотехнологичной помощи на 40% за 2014 г. – с 505 тыс. пациентов до 705 тыс.»

«Вместе с тем, – отметила глава отрасли, – законом не запрещена платная помощь, никто не иницирует оказание платной медицинской помощи и не направляет искусственно пациентов на получение платных медицинских услуг, но и нет оснований это запрещать. Наша задача – чтобы любой гражданин РФ мог бесплатно получить весь объём медицинской помощи: диагностической, лечебной, реабилитационной и профилактической».

В.Скворцова рассказала, что в нынешнем году будет подписан ряд трёхсторонних соглашений между Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом ОМС и субъектами РФ

о реализации территориальных программ государственных гарантий. «Это очень важное нововведение, которое позволит нам вместе проводить анализ тарифной политики в регионах, всех нормативов по объёмам медицинской помощи, способов оплаты и т.д. Это те центральные позиции, которые определяют достаточность финансового обеспечения и целевого направления финансовых потоков на конкретные виды медицинской помощи в конкретных условиях», – отметила министр.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Итоги и прогнозы

Естественный прирост населения Астраханской области в 2014 г. составил 2334 человека. Об этом было заявлено на очередном заседании регионального правительства министром здравоохранения Астраханской области Павлом Джувалыковым. Он представил информацию «О ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Астраханской области в 2014 г.»

Нацпроект «Здоровье» стартовал в России в 2006 г., и его реализация продолжается. Среди основных направлений проекта – развитие первичной медико-санитарной помощи, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, развитие новых медицин-

Главные показатели астраханской медицины

ских технологий, формирование у россиян навыков здорового образа жизни.

В Астраханской области за эти годы сделано немало. Создана служба медицинской профилактики, которая объединяет центр медицинской профилактики, центры здоровья, кабинеты помощи по отказу от курения и медико-социально-психологической помощи.

В 2014 г. в центры здоровья обратилось более 35 тыс. астраханцев, в том числе более 14 тыс. детей. Практически здоровыми признаны лишь 37%, а у 63% обследованных выявлены факторы риска развития заболеваний. Среди них преобладают влияющие на развитие болезни системы кровообращения и эндокринной патологии (ожирение, гиподинамия, повышенное питание). Эти пациенты направлены

на дополнительное обследование. Всем обратившимся в центры здоровья назначены индивидуальные планы по ведению здорового образа жизни.

В специализированных сосудистых центрах в 2014 г. пролечено около 7 тыс. пациентов с острым инфарктом миокарда и инсультом, проведено 1152 коронарографии, 36 церебральных ангиографий. Такая система во взаимодействии со службой скорой помощи позволяет своевременно и качественно оказывать необходимую помощь больным в пределах «терапевтического» окна, а это в разы снижает риск возникновения серьёзных осложнений.

Для выявления онкопатологии в регионе эффективно работают 19 маммографических аппаратов (43 тыс. исследований за 2014 г.)

и передвижной маммографический комплекс (842 исследования), 30 флюорографических кабинетов (495,5 тыс. исследований) и 8 передвижных флюорографических установок (36,5 тыс. исследований), 6 компьютерных томографов (37 тыс. исследований), исследования на онкомаркеры проводят 12 лабораторий.

С 2014 г. в поликлинике онкодиспансера работает кабинет противоболевой терапии, в котором проводятся консультации больных и их родственников по вопросам противоболевой терапии, подбираются индивидуальные схемы обезболивания. В этом кабинете за год получили помощь 164 человека.

В Астраханской области продолжает проводиться неонатальный и аудиологический скрининг новорождённых. Это позволило

своевременно выявить по 3 случая врождённого гипотиреоза и муковисцидоза, по 1 случаю галактоземии и адреногенитального синдрома. Аудиологический скрининг позволил обеспечить раннее выявление нарушения слуха у 580 детей, начать своевременное лечение и предотвратить инвалидизацию.

Оценивая показатели эффективности реализации Национального проекта «Здоровье», министр отметил, что, по оперативным данным, за 2014 г. показатель рождаемости повысился на 1,4% по сравнению с 2013 г., число родившихся составило 15 216 детей, что на 174 ребёнка больше, чем в 2013 г.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Астрахань.

Криминал

Свыше 145 кг наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ, изъятых во время спецопераций у наркоторговцев, уничтожили – сожгли сотрудники Управления ФСКН России по Омской области.

Наркотикам гореть в огне!



Это стало возможным после того, как приговоры судов в отношении преступников, вина которых подтверждалась этими «вещдоками», вступили в силу.

50 кг из этого количества принадлежали троим участникам преступной группы, развернувшим подпольный бизнес на территории Прииртышья. За свою противозаконную деятельность они получили в общей сложности почти 30 лет заключения.

За 7 кг синтетических наркотиков, которые они пытались сбыть оптом, 22-летний и 24-летний уроженцы Башкортостана были приговорены к 6 годам лишения свободы в исправительной колонии строгого режима.

Остальное смертельное зелье было изъято ранее в других более мелких эпизодах и просто ждало своего часа, когда его присоединят к более крупной партии для уничтожения.

Как рассказали в Управлении ФСКН России по Омской области, сейчас «в ходу» в основном наркотики растительного происхождения, поэтому в уничтоженной партии к синтетическим относились только 12 кг. Остальное – марихуана, гашишное масло,

психотропные и сильнодействующие вещества. Из всего этого объёма можно было приготовить более 340 тыс. смертоносных разовых доз.

Помимо самих наркотиков в огне сгорели различные предметы, изъятые у преступников, сопутствующие процессу изготовления, хранения и потребления сбываемого ими зелья.

Сжигание наркотиков, как и положено, проводилось под наблюдением членов межведомственной комиссии, в которую обязательно входят представители Министерства здравоохранения Омской области, наркологи специализированных лечебно-профилактических учреждений. Без их подписи акты об уничтожении каждого вида наркотиков недействительны. И, надо думать, эти подписи медики ставят с особым удовольствием, ведь чем больше наркотического яда уничтожено, тем меньше пострадает здоровье людей, особенно в молодёжной среде, так привлекающей для наркоторговцев.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Активисты проекта Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За честные закупки» проанализировали 4 тендера, проведённых Центром крови Федерального медико-биологического агентства с 2011 по 2014 г., на оказание услуг по техническому сопровождению единой информационной базы данных службы крови России на общую сумму 1,6 млрд руб.

Куда ушли деньги

Выяснилось, что эти средства ушли на доработку устаревшей системы. Тогда как эксперты уверены, что за меньшие деньги можно было разработать и внедрить новый программный продукт, отвечающий всем современным требованиям безопасности, хранения и обработки данных.

В общей сложности, по оценкам активистов ОНФ, на интеграцию и техническую поддержку Автоматизированной информационной системы трансфузиологии (АИСТ) с момента приобретения в 2008 г. ушло около 4 млрд руб. В том числе это 1,6 млрд, потраченные за последние 4 года на поддержку системы учёта доноров.

Первый тендер, разыгранный в 2011 г., обошёлся государству в 77 млн руб. при начальной максимальной цене 150 млн. Падение стоимости услуг в 2 раза объясняется тем, что это была единственная закупка на техподдержку, проведённая в форме аукциона. Победителем тендера стало ЗАО «Армада Софт». Затем проводились лишь конкурсы, где низкая цена главным критерием при объявлении победителя не является. В результате техническая поддержка существенно подорожала. В 2012 г. цена контракта оказалась почти в 3 раза выше, чем годом ранее, – 207 млн руб., но с тем же победителем – ЗАО «Армада Софт». В 2013 г. – 631 млн, победитель – Федеральный центр информационных технологий экстремальных проблем ФМБА России. В 2014 г. последний конкурс стоил в 10 раз больше первого – 719 млн руб., победитель – ООО «Программный продукт».

Стоит отметить, что при проведении последнего конкурса в Центр крови поступало пред-

Итоги и прогнозы

У тендеров — «свои» победители

За 6 лет ФМБА потратило 4 млрд руб. на поддержку устаревшей системы учёта доноров



ложение за 582 млн руб., но предложивший эту цену участник занял лишь 3-е место по общему количеству баллов. Между тем эксперты считают, что данное предложение вполне соответствует рыночной цене на техническую поддержку системы.

У экспертов также вызывает подозрение справедливость проведения тендеров. Согласно проверке, осуществлённой при помощи профессиональной базы системного анализа рынков и компаний, в которой находятся все российские компании, функционирующие на отечественном рынке, победители тендеров на техподдержку так или иначе имели связи либо с заказчиком, либо между собой. Все они вхо-

дили в одну группу компаний, которая принадлежит одним и тем же акционерам. Например, победитель первых двух тендеров по техподдержке ЗАО «Армада Софт» с 2002 по 2009 г. выступал учредителем компании, победившей в 2014 г., – ООО «Программный продукт», а тендер на техподдержку в 2013 г. выиграл Федеральный центр информационных технологий экстремальных проблем ФМБА России.

Из прошлого века...

Что касается самой базы АИСТ, в которой в режиме реального времени ежедневно собирается информация об объёме заготовленной в стране донорской крови

и её компонентов, то она была разработана около 20 лет назад. Эксперты указывают, что система размещена на устаревшей платформе программного обеспечения и имеет недостаточный функционал, ограничивающий работу станции переливания крови и снижающий безопасность процессов заготовки крови. Все данные о донорской крови размещаются в открытых таблицах, что позволяет любому пользователю получить доступ к информации. Для того чтобы скопировать или повредить данные, даже нет необходимости иметь профессиональное образование. Информация в базе может быть повреждена пользователем даже случайно. Используемая база данных также имеет ряд технических ограничений, которые могут стать препятствием при развитии системы АИСТ, считают эксперты.

«Целесообразность многомиллионных трат на поддержку устаревшей во всех смыслах системы учёта доноров и компонентов донорской крови кажется нам очень сомнительной, – отмечает руководитель проекта ОНФ «За честные закупки» Антон Гетта. – Последние годы финансирование АИСТ непропорционально и необъяснимо возрастало. Такие неоправданные траты, как и отсутствие снижения цены в тендерах, приводят к удорожанию закупок и неэффективному расходованию бюджетных средств. Возникает вопрос, зачем потребовалось закупать устаревшую систему, а затем дорабатывать её, повышая цену в 10 раз. Сумма расходов кажется расточительной ещё и потому, что, например, с 2011 г. курс американского доллара вы-

рос в 2 раза, а рост инфляции с 2011 г. составил почти 30%».

Эксперты ОНФ отмечают, что ФМБА России фактически получило неконкурентоспособный на рынке продукт, при том что на тот момент существовали более успешные разработки – такие программные продукты, как «Отделение трансфузиологии qMS», «Росгемсистема», «Программа для СПК». И на сегодняшний день существуют подобные продукты, в том числе программное обеспечение InnovaHemSystem (отечественная разработка, включающая модуль управления клинической трансфузиологией). Часть из них была внедрена на станциях переливания крови и успешно использовалась, пока Центр крови ФМБА «в порядке модернизации» не перевёл их на АИСТ.

«Можно сказать, что Центр крови купил трактор и теперь пытается сделать из него гоночный болид, – комментирует А.Гетта. – Мы считаем данную ситуацию совершенно неприемлемой, поэтому в ближайшее время обратимся в ФМБА с просьбой оценить целесообразность подобных бюджетных трат и пояснить необходимость использования именно этой системы учёта доноров».

ФМБА России уже не раз попадало в поле зрения ОНФ. Внимание экспертов привлекали дублирующие друг друга многомиллионные закупки по строительству комплекса зданий медсанчасти космодрома «Восточный» в Амурской области, а также срыв строительства федерального высокотехнологического центра медицинской радиологии в Димитровграде Ульяновской области, возведение которых ведёт ФМБА. В феврале 2015 г. эксперты проекта ОНФ «За честные закупки» обнаружили 3 сомнительных тендера на сумму 58,3 млн руб. на поставку компьютерного оборудования для обеспечения безопасности донорской крови по специальному программному обеспечению АИСТ. Сроки этих контрактов оказались нереальными для исполнения, что, по мнению экспертов, может указывать на действия заказчиков в интересах «своих» поставщиков.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

Проекты

Законопроект, разрешающий публиковать сведения, составляющие врачебную тайну, в случае, если речь идёт о неопознанных пациентах, внесён на рассмотрение Госдумы РФ.

Проект закона «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разработан по инициативе первого заместителя председателя Комитета Госдумы РФ по обороне Андрея Красова в целях облегчения поиска пропавших без вести людей. В настоящее время родственники, чтобы узнать необходимую информацию, вынуждены лично обращаться в поисках пропавшего близкого в каждое медицинское учреждение.

Законопроектом предусматривается создание информационного ресурса о людях, поступивших в лечебные заведения без сознания и документов. Для этого при поступлении в медучреждения таких граждан будут собираться и систематизироваться данные о внешности,

физиологических особенностях, одежде, в которой поступил человек, его личных вещах, а также месте его нахождения и дате поступления. Это, считают авторы законопроекта, даст возможность установить личность пациента и облегчит его поиск родственникам и близким.

В соответствии с действующим законодательством не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и после смерти человека лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Врачебную тайну составляют данные о факте обращения человека за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, другие данные, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Разглашение сведений, со-

ставляющих врачебную тайну, должностным лицам для лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе возможно только с письменного согласия гражданина или его законного представителя.

Перечень случаев, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя приведён в части 4 статьи 13 базового Закона об основах охраны здоровья. Одним из них является случай, когда такие сведения необходимы для проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю.

По данным Федеральной службы государственной статистики,

только в московские больницы ежедневно поступает порядка 60 человек, личность которых не идентифицирована. По электронному опросу проекта «Активный гражданин» о необходимости создания специального ресурса для размещения информации о пропавших людях, порядка 93% москвичей, участников опроса, высказались за создание такого ресурса.

Принятие предлагаемых законопроектом изменений, по убеждению автора, позволит значительно сократить время на поиск людей, местонахождение которых неизвестно, и снизить социальную напряжённость среди родственников и близких, которые оказались в непростой жизненной ситуации.

Напомним, что в настоящее время право узнать врачебную тайну – этого важнейшего принципа

охраны здоровья граждан – без их согласия уже имеют органы прокуратуры. Теперь рассматривается вопрос о предоставлении этих сведений по требованию налоговых органов, чтобы проверить в ходе ревизий обоснованность применения медицинских налоговых льгот.

Врачебная тайна, словом, всё больше становится секретом Полишинеля, то есть, секретом, известным всем. Между тем статьи 23 и 24 Конституции РФ, статья 13.3 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Семейный кодекс РФ гарантируют каждому россиянину сохранение конфиденциальности в отношении указанных выше сведений.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Вопреки врачебной тайне

Предлагается создать информационный ресурс о пациентах без сознания и документов

Руководители центров крови регионов Сибирского федерального округа собрались в Новосибирске, чтобы обсудить очень важную, по их общей оценке, тему – аспекты клинического применения тромбоцитов, полученных из донорской крови.

Поводом к разговору послужил, прежде всего, тот факт, что в службе крови большинства субъектов СФО за последние годы значительно увеличилось производство тромбоконцентрата. К примеру, в Республике Бурятия заготовка тромбоконцентрата с 2008 по 2014 г. возросла в 2,5 раза. В Кемеровской области этот показатель 2014 г. по отношению к 2012 г. стал больше на 141%. В Омской области спрос лечебной сети на донорские тромбоциты за 3 года вырос на треть. И коль скоро этот компонент производится исключительно в соответствии с заявками лечебной сети, интересно выяснить, чем обусловлена столь быстро растущая потребность медицинских учреждений в донорских тромбоцитах?

Вопрос не праздный: донорский тромбоконцентрат – самый дорогой из всех компонентов крови по стоимости производства. Сами лечебные учреждения, естественно, получают его на станциях переливания крови абсолютно бесплатно, а вот региональным бюджетам, которые финансируют службу крови, такие расходы, вполне возможно, скоро станут просто не по карману. И показательно, что первыми об этом задумались сами центры крови, а вовсе не лечебные учреждения.

Основные потребители тромбоконцентрата – онкологические и гематологические клиники, на их долю приходится до 90% данного компонента крови. Здесь переливание донорских тромбоцитов по-

Ситуация

Совсем не дёшево и очень сердито

Должна ли служба крови вмешиваться в вопросы гемотрансфузии?



Кровь доноров расходовать рационально!

зволяет предупредить гибель пациента от кровотечения. В небольших объёмах тромбоциты необходимы в других областях клинической практики: при панкреонекрозе, в родовспоможении.

– В равной степени опасно как недодать тромбоцитов клиникам, так и перелить реципиентам лишнее. В первом случае возникает риск геморрагического синдрома.

Во втором – риск гемотрансфузионных осложнений, о котором всегда следует помнить. Вот почему мы настаиваем на строгом следовании показаниям для гемотрансфузий! Но будет ли наш голос услышан, зависит от того, насколько хорошо налажен диалог специалистов региональной службы крови с клиническими трансфузиологами и гематологами, – говорит главный

врач Новосибирского центра крови Константин Хальзов.

Сравнивая коечные мощности гематологических и онкологических клиник с объёмами производства тромбоконцентрата в регионах СФО, участники совещания были немало удивлены: самое большое количество гематологических коек в Новосибирске – 180, при этом здесь на одну койку в год производится около 80 единиц тромбоконцентрата. В Алтайском же крае всего 86 коек для проведения гемотрансфузионной терапии, и на каждую из них региональная станция переливания крови производит 219 доз тромбоцитов в год!

Обсуждая за «круглым столом» ситуацию с производством и потреблением тромбоконцентрата, руководители центров крови регионов Сибири высказали предпочтение: гемокомпоненты в лечебной сети в целом применяются нерационально, что может иметь как клинические, так и экономические негативные последствия. И обусловлено такое нерациональное потребление, прежде всего, отсутствием партнёрских отношений и эффективного взаимодействия службы крови и лечебных учреждений в большинстве территорий:

центр крови передал гемокомпоненты в стационары, но не получил обратной связи – кому и зачем они были перелиты.

Сам вопрос, а нужна ли такая обратная связь, поначалу вызвал серьёзные противоречия у участников дискуссии. По мнению одних, клинические трансфузиологи должны стать партнёрами службы крови и работать с ней в тесной методической связке, а по мнению других, служба крови не должна вмешиваться в вопросы гемотрансфузий и тем самым брать на себя ответственность за результат лечебного процесса. Тем не менее к концу встречи все руководители учреждений службы крови СФО стали едины во мнении, что налаживание диалога между их подразделениями и лечебной сетью – единственно возможный путь к решению любых проблем в трансфузиологии, как клинических, так и экономических.

Планируется в течение ближайших недель подготовить для центров крови Сибирского федерального округа методические рекомендации об организации процесса управления запасами гемокомпонентов в регионах, что позволит знать остатки тромбоконцентрата, плазмы, эритроцитов в лечебных учреждениях и оперативно перераспределять их между ЛПУ. Кроме того, будет разработана дополнительная форма отчётности региональных станций переливания крови перед территориальными министерствами здравоохранения, в которой предусмотрены подробные сведения о потреблении гемокомпонентов в каждой клинике.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.

Деловые встречи

Одним из интересных и важных мероприятий Международной междисциплинарной конференции «Немелкоклеточный рак лёгкого» стал независимый симпозиум «Актуальные вопросы финансирования медицинских организаций в системе ОМС в рамках одноканального финансирования», организованный Российским обществом клинической онкологии.

Известно: одним из ключевых этапов реформы здравоохранения стала работа по новой одноканальной схеме финансирования. До 2013 г. деятельность лечебных учреждений оплачивалась из нескольких источников. Сейчас в систему ОМС переданы денежные средства, ранее поступавшие в медицинские организации из федерального и регионального бюджетов.

В качестве эксперта на симпозиуме выступила консультант Всемирного банка по проекту совершенствования методов оплаты медицинской помощи ОМС, профессор Высшей школы управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, заместитель директора Центра оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы Мария Авксентьева.

– На практике внедрение одноканального финансирования происходит путём решения двух основных задач, – отметила она. – Первая заключается в расширении видов медицинской помощи, которые включаются в ОМС. Например, туда уже вошла скорая медицинская помощь; частью базовой программы стали некоторые методы лечения, относящиеся к высокотехнологичной помощи; в перспективе, вероятно, через ОМС будут финансироваться и туберкулёз, психические заболевания, ВИЧ-инфекция.

Вглядываясь в перспективу

Одноканальное финансирование: вопросы онкологов

Вторая практическая задача – включение в тариф на ОМС дополнительных статей расходов. До недавнего времени только 4-5 статей расходов стационара оплачивалось таким образом; сейчас же в тариф заложены практически все расходы, кроме затрат на капитальный ремонт, строительство и дорогостоящее оборудование.

Параллельно с созданием собственной системы одноканального финансирования перед здравоохранением стояла задача внедрения эффективных методов оплаты оказанной медицинской помощи, единых для всей страны. Для стационарной медицинской помощи был выбран метод клинко-статистических групп (КСГ).

По словам Марии Авксентьевой, КСГ – это классификация законченных случаев лечения в стационаре, объединение их в однородные группы с точки зрения клинической картины, а также затратоёмкости или ресурсоёмкости на проведение необходимого лечения. Для каждого такого случая определяется коэффициент затратоёмкости. Он показывает, во сколько раз случай, попадающий в каждую группу, стоит дороже, чем средняя стоимость стационарного лечения в России.

Так, например, согласно программе государственных гарантий на 2015 г., норматив финансирования за случай стационарного лечения в России составляет около 22 тыс. руб. Коэффициент затратоёмкости при проведении химиотерапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей, рака молочной железы, рака кишечника) составляет 2,25, значит, за лечение

данного пациента в среднем по России стационар получит 49,5 тыс. руб.

В регионах норматив затрат может варьироваться, таким образом и тарифы на данный момент различаются. Но в перспективе расходы должны уменьшиться, и в итоге медицинская помощь будет оплачиваться по единым тарифам, что уравнивает граждан в правах на получение бесплатной медицинской помощи.

На данный момент разработана стандартная система формирования КСГ. Каждый случай госпитализации характеризуется основным диагнозом, который является основной причиной госпитализации. Если больному не проводится каких-то медицинских вмешательств (оперативные, диагностические технологии, химиотерапия и пр.), тогда применяется классификация по диагнозу.

Когда проводится медицинское вмешательство, существует несколько типов КСГ, к которым можно отнести тот или иной случай госпитализации: по диагнозу, по виду вмешательства либо по комбинации диагноза и вмешательства.

На данный момент учитывается только один основной повод госпитализации. Однако уже сейчас внедряются методы, каким образом можно учесть сопутствующие диагнозы и дополнительные вмешательства. Например, по онкологии основная часть КСГ относится именно к комбинированному типу.

В сфере онкологии у медицинских специалистов часто возникает вопрос, каким образом обеспечить пациентов инновационными химиотерапевтическими препаратами,

стоимость которых достаточно высокая, при этом тарифы на лечение пациента, как правило, ниже этой стоимости? Эксперт пояснила: поскольку тарифы являются усреднёнными, на одного пациента с учётом его состояния и потребностей медицинская организация может потратить меньшее или большее количество средств.

Например, тариф на химиотерапию 1 пациента составляет 27 тыс. руб. за один законченный случай. Большую часть пациентов медицинская организация может пролечить по более низкой стоимости, с использованием традиционных лекарственных препаратов, скажем, по цене 7 тыс. руб. за цикл лечения. Небольшую же часть больных, нуждающихся в назначении инновационных лекарственных препаратов, можно будет пролечить по более высокой стоимости, например 100 тыс. руб. за цикл. Таким образом, для правильного распределения ресурсов медицинским организациям необходимо чётко планировать бюджет и потребности в лекарственных препаратах.

На симпозиуме было отмечено, что коэффициенты затратоёмкости и содержание КСГ определяются на федеральном уровне, однако в субъектах РФ могут использоваться методы адаптации разработанной федеральной модели. Субъекты могут использовать 3 вида поправочных коэффициентов: коэффициент уровня стационара; управленческий коэффициент (который можно применить к каждой КСГ: увеличив коэффициент, например, на химиотерапию, необходимо понизить на эту же

сумму коэффициент на другой вид помощи, в любой области); и коэффициент сложности курации пациента.

Для случаев, когда проводится длительное или, наоборот, кратковременное лечение, предусмотрены отдельные правила.

Также в субъектах РФ можно выделять подгруппы из КСГ, сформированных на федеральном уровне. Схемы оплаты медицинской помощи на основе КСГ описаны в методических рекомендациях, разосланных информационным письмом Минздрава России.

В субъекте Федерации тарифы и правила их применения утверждаются тарифным соглашением.

– Что же касается части средств, которые должны быть выделены из всего тарифа на лекарства, в методических рекомендациях указаны доли, которые должны быть потрачены на заработную плату, медикаменты, питание и др. Например, для химиотерапии доля, выделяемая на лекарства, является одной из самых значительных (73%), – сказала Мария Авксентьева.

Она также отметила, что федеральная модель пока не является окончательной. В этом году планируется её усовершенствование и в этой связи приветствуются рекомендации, советы и консультации ведущих специалистов здравоохранения, ассоциаций медицинских работников, представителей субъектов РФ по вопросу формирования КСГ.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Семь лет он был главным травматологом Военно-морского флота России – с 2003 по 2010 г. В его нынешнем кабинете живая память о море: макеты кораблей, картины маринистов, морские эстампы. Здесь-то и произошла наша символическая встреча.

Теперь он сугубо гражданский врач. Доктор медицинских наук, известный в научном мире не только в России, но и далеко за её пределами. Его многочисленные доклады на международных форумах и съездах травматологов с увлечением слушают убеждённые седины учёные многих стран мира. Опубликовано более 300 научных работ, многие из них – в центральных мировых изданиях по медицине. Уже 13 молодых учёных, защитивших кандидатские диссертации под его руководством, называют его мэтром. И всё это один человек – Андрей Грицюк.

Скажу честно, попав в отделение травматологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, вела себя настороженно. Больше всего от страха. Стремительные броски по палатам медсестёр. Все они вооружены шприцами, в руках блестящие металлические лотки. Ну, да медикам здесь всё понятно. В 8:00 утра у заведующего отделением травматологии № 2 уже планёрка. Ведёт её Андрей Анатольевич. Домой доктор возвращается, как мне рассказывали, в 20-22 часа. Так складывается его рабочий день.

Группа молодых хирургов, обучающихся искусству врачевания, набирающих опыта, родственники пациентов, больные, медсёстры – весь этот калейдоскоп крутится вокруг одного человека – доктора Грицюка. Сотрудники отделения как могут берегут покой хирургов, ведь у операционного стола доктора стоят несколько часов ежедневно. Их много в отделении, физически и психологически крепких молодых мужчин. Но командой руководит дмн Грицюк. Всё направлено на выздоровление пациента. Всё против боли. Тут не лишне вспомнить Тарасова Дмитрия Алексеевича. Никогда я не встречала такого анестезиолога, который к пациенту до операции прибегает 3-4 раза (я не ошиблась, он именно бежит по клинике). И после операции заглядывает регулярно. Он первый против боли.

У операционного стола травматолог-ортопед, хирург, врач высшей категории Андрей Грицюк. Пере-

Наша коллеги

«Не важно, кто мои пациенты»

Так говорит этот врач, ещё недавно носивший военную форму



числять его должностные обязанности по отношению к пациентам не стану: места много займёт. Член комиссии травматологии Департамента Москвы, профессор нескольких медицинских институтов, лечащий и преподающий во многих ведущих клиниках столицы – им. Бурденко, Сеченова, Пирогова... Если бы посторонний человек услышал за дверью слова: дрель, молоток, отвёртка, стяжка, его бы сразил ужас. Но в ортопедии, такие инструменты – то что надо. У Андрея Анатольевича – дисциплина ещё с воинских времён. Врачи только мужчины. Труд хирургов, а тем более ортопедов, по-прежнему самый тяжёлый в медицине.

Ещё не видя его, я подумала: сколько же ему лет – с такими регалиями и званиями? А он оказался совсем молодым человеком, стремительным и улыбчивым. Правда,

в конце рабочего дня доктор как выжатый лимон, но улыбается. Сейчас Андрею Анатольевичу 48. Кандидатскую защитил в 29, а в 40 лет уже стал доктором медицинских наук.

Но в условиях армии защита диссертации – твоё личное дело, поэтому работа делалась в свободное время, то бишь ночами, доктор писал, считал, рисовал. В отпуске, в Крыму, подводил итоги исследований. В это время, рассказывал, хорошо работает. Другого времени и возможности просто не было.

Вот и мне повезло попасть в золотые руки доктора Грицюка. И я, конечно, не стала стесняться, а порасспросила его о нём самом.

В 1989 г. окончил с отличием факультет подготовки врачей для Военно-морского флота Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в Ленинграде. И сразу

по окончании оказался в Североморске, теперь печально-знаменитом гибелью подводной лодки «Курск».

Потом уже были город Железнодорожный, Купавна, Москва. А начинал он врачом-ортопедом на Северном флоте. Сполна пришлось вкусить прелести службы в северной военно-морской столице. Работа военным травматологом была сопряжена с необходимостью лечения, пожалуй, самой сложной категории больных: раненых в результате боевых действий. Успешное лечение тяжёлых последствий минно-взрывных и огнестрельных ранений невозможно без использования одной из самых искусных областей хирургии – реконструктивной и пластической. Кстати, определение «хирург» не совсем отражает тот объём задач, который пришлось тогда выполнять. Был и терапевтом, и хирургом общей практики, и акушером-гинекологом. Роды принимал ещё на практике в академии. А что делать? Для пациента ты – доктор, и ему всё равно, кто ты по специальности, – ему нужна твоя помощь здесь и сейчас. Тогда и научился рассчитывать на себя и свои собственные силы, полагаться на свои знания, которые приумножает всю свою жизнь.

За 25 лет хирургической практики сделаны тысячи операций. Подготовку получал как врач-подводник, который должен уметь сделать любую операцию сам, без помощников и консультаций. Случалось ходить и на подводной лодке, но в основном нёс службу в составе спасательного отряда. При чрезвычайных ситуациях, на время учений этот отряд снимался из госпиталя и перебрасывался на помощь корабельным врачам.

Приходилось принимать участие и в боевых операциях. В Чечне и

Абхазии, за что в 1993 г. получена государственная награда – медаль «За отвагу», что говорит само за себя, за боевые действия врача в условиях военной операции. И государство продолжает ценить работу доктора: в 2008 г. награждён орденом Почёта по совокупности многолетней успешной работы военврача.

И вот в конце нашей встречи краткая беседа с Андреем Анатольевичем.

– **Главный травматолог флота, что это такое?**

– Это четыре флота. И ты главный координатор в этой команде. Отчётность, проверки, планы. Это, скорее, административная должность. Но практической работы тоже хватает.

– **Когда вы ушли из ВМФ и почему?**

– В 2010-м. Казалось бы, и должность была высокая, но на тот момент эту должность сокращали. И думалось мне, что уже отслужил я военную службу – не видел больше своей перспективы в армии.

– **Что сейчас вы думаете о военной медицине?**

– Вроде там налаживается ситуация. По крайней мере, зарплата стала повыше. Я недавно был в госпитале в Купавне. Теперь это филиал Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко. Приглашали оперировать.

– **Были особенные случаи в вашей практике?**

– Да каждый третий случай такой. И профессиональные и человеческие. Я с 1983 г. занимаюсь этой специальностью. В 2014 г. отметил 25 лет моей врачебной практики. Я помню таких пациентов, и неважно, были ли это моряки или обычные горожане, с которыми я иногда встречаюсь на улице...

Валентина СБРОДОВСКАЯ.
Москва.

Инициатива

В столице Удмуртии недавно стартовали «Прогулки с врачом». Ижевск стал 11-м российским регионом, поддержавшим эту общественную инициативу.

Всех желающих не только прогуляться на свежем воздухе, но и получить новые знания ждут в одном из старейших городских парков – имени Кирова, с более чем 80-летней историей. Дважды в месяц по субботам там планируется проводить прогулки под руководством главных специалистов Минздрава. После них специалисты прочтут лекции на актуальные темы. Планируется, что во главе колонн могут быть не только медицинские работники, но и политические, общественные деятели, спортсмены.

Старт акции дали кардиологи – доктор медицинских наук, министр здравоохранения Удмуртии Алексей Чуршин и главный кардиолог республиканского Минздрава Дмитрий Тимонин. Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями проходит в Удмуртии под лозунгом «Твой разум сердце сохранит».

Кроме обычной ходьбы, в Ижевске активно развивается скандинавская ходьба. За 3 года целенаправленной работы по программе

Очень полезные прогулки

На свежий воздух зовут своих земляков удмуртские врачи

«Здоровые города» она стала одним из самых популярных способов оздоровления среди пожилых людей. Круглогодично они приезжают на прогулки не только в этот парк, но и активно гуляют в городских парковых зонах.

Более молодые и активные горожане предпочитают велосипед. Как напомнила заместитель главы администрации Ижевска по социальным вопросам Ирина Теслева, в ближайшие 2 года в городе должны появиться 40 км безопасных для передвижения велодорожек, дающих горожанам возможность перемещаться по столице, не слезая с железного коня.

В Удмуртии, по статистике, смертность от болезней системы кровообращения ниже среднероссийского показателя, в 2014 г. в общей статистике смертности на её долю пришлось 44%.

Сократить смертность населения от болезней системы крово-



Прогулки на воздухе прибавляют жизни

обращения помогает и система специализированных сосудистых центров. В этом году на базе терапевтического корпуса одной из

центральных районных больниц откроется ещё один подобный центр. К нему планируется прикрепить население соседних

5 районов. Сейчас в Удмуртии эффективно работает сеть, включающая 5 сосудистых центров. В 2014 г. в них госпитализировали более 6 тыс. человек, в том числе 49% из них – в первые сутки. За счёт средств республиканского бюджета прошли реабилитацию, санаторно-курортное лечение в оздоровительных учреждениях республики 1130 пациентов с болезнями системы кровообращения.

Основой плана мероприятий Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями рабочая группа сделала активную работу по профилактике болезней системы кровообращения, раннее выявление и коррекцию факторов их риска. Популяризация ходьбы стала одной из первых мер.

Марина ЦВЕТУХИНА,
внест. корр. «МГ».

Ижевск.

Фото Александра ХУДАСОВА.

В Архангельске стартовал новый этап российско-норвежского проекта, направленный на внедрение и развитие модели взаимодействия специализированной психиатрической службы и первичной медико-санитарной службы врачей общей практики (ВОП).

Уже более 45 лет норвежский Университет города Тромсё, активно развивается и плодотворно взаимодействует с зарубежными странами. Норвегия продолжает многолетнее сотрудничество с Россией, Тромсё – с Архангельском, норвежские специалисты – с российскими врачами.

Как быть не вместо, а вместе

Одной из основных проблем Архангельской области является дефицит специалистов в сфере здравоохранения, особенно в психиатрической службе. Всего в лечебно-профилактических учреждениях северного региона работают 136 врачей-психиатров, при этом средний возраст врача превышает 50 лет. Основные учреждения, оказывающие психиатрическую и наркологическую помощь, сконцентрированы в областном центре. В ряде районов области (Вилегодский, Верхнетоемский, Ленский, Мезенский, Приморский и Холмогорский) отсутствуют специалисты данного профиля. Обеспеченность психиатрами-наркологами составляет 0,59 на 10 тыс. населения области. Если мы сравним с первичным звеном здравоохранения, то тут показатели намного выше – 556 специалистов, из них 101 врач общей практики, что составляет 4,8 на 10 тыс. населения. Из учёта этой статистики, очевидно, что врачи общей практики и психиатры-наркологи должны работать в единой команде на благо здоровья северян.

«На начальных этапах мы не знали, как осуществить интеграцию первичного и специализированного психиатрического звена, – рассказывает главный врач Архангельского психоневрологического диспансера Вера Яшкович. – Очень помогло участие в международном российско-норвежском проекте по формированию в регионе системы взаимодействия психиатров и врачей общей практики. Несмотря на большие различия в системе оказания первичной медико-санитарной помощи лицам с психическими и наркологическими расстройствами, в России и Норвегии было принято решение об использовании норвежского опыта в качестве образца. Психиатры не делегируют часть своих полномочий ВОП, а работают в единой мультидисциплинарной бригаде под девизом «Мы не вместо, но вместе»».

Чисто русский подход

Совместный международный российско-норвежский проект, направленный на создание, внедрение и развитие модели взаимодействия специализированной психиатрической службы и первичной медико-санитарной службы врачей общей практики в Архангельской области, реализуется на территории нашего северного региона уже не первый год. Эта модель, предложенная норвежскими коллегами и прошедшая апробацию в нашей области, названа «Поморской». Основной задачей проекта является улучшение качества оказания психиатрической помощи населению путём повышения компетенции врачей общей практики.

Руководитель проекта заведующий кафедрой психиатрии Арктического университета Норвегии (Тромсё), профессор Туре Сёрли на мой вопрос, почему он так часто прилетает в Архангельск, ответил: «Многие годы наши страны взаимодействовали по разному поводу, и для нас очень важно продолжить это взаимовыгодное со-

трудничество. В чём заключается наша работа здесь, в России: мы привносим в русскую, отличную от нас, культуру и профессиональную систему свои методы и практические разработки – в этом случае мы лучше видим ограничения и возможности наших разработок и насколько они состоятельны. Осознание возможностей и ограничений собственных методов лучше происходит, когда они аккумулируются и применяются в другой культуре. Второй очень важный момент – русские специалисты, в отличие от норвежских, более

зани. Доклад руководителя проекта Туре Сёрли по опыту международного взаимодействия вызвал большой резонанс. Об успешных результатах «Поморской модели», реализуемой в Архангельской области, были сделаны доклады на конгрессе врачей общей практики северных стран в Финляндии и конгрессе врачей-психиатров северных стран в Норвегии.

Почему так происходит?

«Диагностирование психических заболеваний именно на уровне первичного звена здра-

отклонения. Не ощущая эффекта от лечения или скрывая истинную картину своего состояния, люди часто «решают свои проблемы сами». Общеизвестными средствами для самолечения являются злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами. Человек попадает в замкнутый круг. Например, заглушая суицидальные мысли и идеи спиртным, он только усугубляет своё положение.

Со стороны врача общей практики существуют проблемы, связанные не только с ограничением

и новые креативные подходы, которые обуславливаются временем и ситуацией, – подчёркивает профессор Туре Сёрли. – Тесное сотрудничество с региональным Минздравом, СГМУ, Ассоциацией врачей Архангельской области помогает нам решать многие вопросы, связанные с нашей работой здесь, в Архангельске. В целом наш проект носит внедренческий характер. Правительство Норвегии прежде всего финансирует подобные проекты. Мы отрабатываем «Поморскую модель» на базе врачебной амбулатории

Сотрудничество

Ментальная стигма — преодоление невозможного

Российско-норвежский проект направлен на взаимодействие врачей общей практики и психиатров



Группа врачей общей практики и психиатров с руководителями проекта

позитивно относятся к участию в научных проектах. Ваши врачи и пациенты с удовольствием участвуют в новой научно-исследовательской работе, норвежские же в большинстве случаев используют своё право на отказ. Наш опыт показывает, что российские врачи, которым не оплачивается участие в проекте, с удовольствием в нём работают, так как ощущают своё профессиональное развитие».

Работа на результат

Работа в рамках проекта ведётся по трём направлениям: расширение компетенций ВОП, психиатров и трансляция результатов реализации «Поморской модели».

Участники разработки модели прошли стажировку в Норвегии (больница Нурланд, город Фауске). Кафедрой семейной медицины Северного государственного медицинского университета (Архангельск) совместно с Университетом Тромсё проведены 2-недельные курсы тематического усовершенствования ВОП по вопросам психиатрии.

Из числа врачей общей практики были подготовлены тьюторы. В 4 муниципальных образованиях (Вельский, Виноградовский, Пинежский, Шенкурский районы) наставниками были проведены обучающие семинары по профилактике суицидов, раннему выявлению и раннему вмешательству для специалистов первичного звена. Темы семинаров касались вопросов алкоголизма, депрессии, психологических аспектов психосоматических расстройств в общеврачебной практике.

Международная команда архангельских и норвежских психиатров и ВОП приняла участие в IV Всероссийском съезде врачей общей практики (семейных врачей) в Ка-

воохранения очень важно», – считает профессор Туре Сёрли. Например, около 80% всего населения в западных странах наблюдаются у врачей общей практики на протяжении всей своей жизни. Примерно 30-40% из них имеют серьёзные психические симптомы. ВОП обеспечивают первичный клинический контакт, идентификацию и ведение большинства пациентов с психическими проблемами, направляя к специалистам. Однако 30-70% пациентов с психическими расстройствами остаются нераспознанными в первичном звене. Почему это происходит? Традиционно отношение к людям, страдающим психическими расстройствами, в обществе связано со стигматизацией, ведущей к дискриминации. Стигматизация не только ухудшает социальную адаптацию этих людей и приводит к снижению качества жизни, но и препятствует эффективности проводимого лечения. Некоторые люди, даже если и признают, что у них проблемы ментального характера, отказываются прибегать к профессиональной помощи из-за стигмы, возможности получить клеймо «психа» или «алкоголика». Большое количество пациентов, имеющих относительно лёгкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни. В результате стигматизации те пациенты с психическими расстройствами, которые всё же попали на приём к специалисту, в 70-80% случаев предъявляют соматические жалобы, такие как мышечная или головная боль, нарушение сна и др. Врачу бывает сложно или не хочется увидеть за этими симптомами психологические проблемы или психические

в коммуникативных навыках, компетенции в диагностике и лечении, но также и со стигматизацией психических расстройств. Это, прежде всего, связано с идеей, что подобный пациент – «не просто больной». Негативными факторами становятся загруженность на работе и ограниченный доступ к специализированной помощи с возможностью консультации и поддержки. «Также хочется отметить нехватку клинических руководств по диагностике и лечению больных с психическими расстройствами для врачей общей практики, – подчеркнула доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней СГМУ Елена Андреева. – В разработке такого русскоязычного пособия в данный момент участвует и наша кафедра. Благодаря совместному международному проекту у архангельских врачей общей практики есть возможность работать в тесной связи с психиатрами, используя на приёме структурированное психиатрическое интервью при оказании помощи больным с психическими расстройствами (SPIFA). Для того чтобы показать возможности применения этого инструмента на практике, проводится исследование, в котором принимают участие 8 ВОП. Данное исследование было одобрено этическим комитетом СГМУ в июне 2013 г.»

Новый взгляд на проблемы

Первый этап «Поморской модели» был направлен на приобретение врачами общей практики навыков диагностики психических расстройств и работы в мультидисциплинарной бригаде.

«Наш проект существует уже 12 лет, и мы находим всё новые

«Рикаси́ха» (Архангельская область, Приморский район), где врач общей практики работает в тесной связке с психиатром, также подобный опыт был использован на Соловах. После апробации мы будем рекомендовать «Поморскую модель» к использованию в практическом здравоохранении».

Новый этап реализации «Поморской модели», начавшийся в этом году трёхдневным обучающим семинаром, направлен на знакомство врачей первичного звена здравоохранения с психотерапевтическими методиками и возможностями их применения на практике. Это группа методик, которые помогут ВОП оказывать помощь своим пациентам до обращения к специалисту – психотерапевту. Таким образом, деятельность ВОП, в отличие от традиционного участкового терапевта, будет являться одним из этапов психотерапевтической помощи. Психотерапевтические подходы в общей врачебной практике позволяют, с одной стороны, своевременно диагностировать психогенные, психосоматические расстройства и психосоциальные проблемы и конфликты у пациента с соматическим заболеванием, а с другой – более целостно и успешно проводить лечение больного. В связи с этим кафедрой семейной медицины и внутренних болезней СГМУ в рамках реализации российско-норвежского проекта был организован международный обучающий семинар для врачей общей практики и психиатров на базе СГМУ. Цикл лекций провели норвежские коллеги.

Большинство врачей общей практики Архангельской области, принимающих участие в российско-норвежском проекте, позитивно отзывались о «Поморской модели». Ментальная стигма оказалась не такой сильной, как мы предполагали. Расширение компетенций не повлекло за собой дополнительную нагрузку, а скорее, наоборот, облегчило работу специалистов. Вместо десяти неэффективных встреч с пациентом врач общей практики, грамотно оценив ситуацию, может после первого же приёма часть работы передать психиатру или целиком предоставить ему лечение более сложных случаев.

Сейчас отношение к собственному психическому здоровью в нашей стране изменилось. Пациенты не только готовы признать, что у них есть проблемы, но и поделиться ими с врачом, будь то психиатр или врач общей практики.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 22 (1874)

(Продолжение. Начало в № 22 от 27.03.2015.)

Охлаждающий микроклимат вызывает дискомфортное тепловое ощущение и напряжение процессов терморегуляции организма, что может приводить к дефициту тепла и переохлаждению. Доказано, что переохлаждение может способствовать развитию как острого нефрита, так и хронического нефрита. Также охлаждение может провоцировать пароксизмальную гемоглобинурию с характерной для неё лихорадкой, пониженной резистентностью эритроцитов и кровавой мочой с наличием гемоглобина в ней.

Патогенез

Выделяют два основных патогенетических механизма токсического поражения почек.

При первом механизме поражение связано с прямым токсическим воздействием нефротропных ядов на почечную ткань. Поражаются главным образом проксимальные отделы нефрона, где в основном происходит реабсорбция токсических веществ, профильтрованных клубочками. Эпителий этого отдела отличается наиболее сложной структурой, большой активностью обменных процессов и очень чувствителен к повреждающему действию токсических веществ. Развиваются дистрофически-дегенеративные изменения эпителия канальцев вплоть до некроза («выделительный некронефроз»).

При втором механизме поражения почек обусловлены расстройством гемодинамики в почках на фоне нарушения общего кровообращения в ответ на химическую травму. При уменьшении объёма циркулирующей крови значительно уменьшается почечный кровоток, что вызывает резкое снижение клубочковой фильтрации, рефлексорный спазм артерий коры почек, раскрытие артериовенозных анастомозов, через которые кровь, минуя корковую зону, «сбрасывается» в пирамидки. Нарушение почечного кровообращения приводит к ишемии почек. Следствием ишемии является повреждение канальцевого аппарата вплоть до некроза канальцевого эпителия, разрушение базальной мембраны клубочков и т.д.

Избирательная ишемия коры может привести к развитию обширных симметричных кортикальных некрозов. В результате ишемии почки и некроза канальцев возникает отёк интерстициальной ткани почки. Спазм почечных сосудов в сочетании с токсической коагулопатией может способствовать возникновению рассеянного внутрисосудистого свёртывания, усугубляющего расстройства почечной гемодинамики.

При некоторых острых интоксикациях происходит закупорка почечных канальцев продуктами распада гемоглобина (отравления мышьяковистым водородом, медным купоросом), миоглобина («миоренальный синдром»), кристаллами оксалатов (отравления этиленгликолем).

Кроме того, отравление этиленгликолем приводит к симметричному кортикальному некрозу почек, сочетающемуся с гликолевым нефрозом. Почка увеличена, на разрезе влажная; гистологически выявляется баллонная дистрофия эпителия почечных канальцев с кристаллами оксалатов в их просвете и внутри клеток. Возможен и иммунологический (токсико-аллергический) механизм повреждения почек, когда острая почечная недостаточность развивается при попадании в организм сравнительно небольших количеств токсичных химических соединений.

Хлорированные углеводороды вызывают жировую дистрофию нефроцитов почечных канальцев проксимальных и дистальных отделов нефрона (дихлорэтан) и гидропическую дистрофию нефроцитов (четырёххлористый углерод). Острый гемоглобинурийный нефроз развивается при отравлении гемолитическими ядами, внутрисосудистом гемолизе другой этиологии. Характерны пигментные цилиндры в просвете почечных канальцев и поражение эпителия почечных канальцев вследствие реабсорбции гемоглобина.

Клиническая картина

Одним из ранних признаков токсической нефропатии является снижение диуреза до олигурии и анурии. Плотность мочи нарастает до 1024-1052, протеинурия – до 33 г/л, азотемия, снижаются клубочковая фильтрация и канальцевая реабсорбция.

У больных появляются боли в поясничной области, связанные с нарастающим интерстициальным отёком почек, и одутловатость лица (табл. 2).

А.Гоженко предложена рабочая патогенетическая классификация токсических нефропатий, использование которой может быть полезным при диагностике и лечении токсических нефропатий.

Патогенетическая классификация токсических нефропатий

I. По этиологии

Профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей

Основные клинические формы поражения почек и мочевыводящих путей

Клиническая форма	Ведущие клинические проявления
Тубулоинтерстициальный нефрит (острый и хронический)	При развитии острого отравления (острый тубулоинтерстициальный нефрит) на второй-третий день появляются жалобы на общую слабость, боли ноющего характера в поясничной области, снижение аппетита, повышение температуры тела. Определяется мочевого синдром (умеренный), возможно повышение артериального давления. Определяется полиурия с низкой удельной плотностью мочи. Также характерны протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия. Для верификации диагноза необходимо проведение биопсии почек. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит проявляется, как правило, не только признаками почечного поражения, но и признаками, характерными для той или иной профессиональной интоксикации. В начальных стадиях поражаются канальцы, вследствие чего нарушается их реабсорбционная функция, что проявляется полиурией, которая сочетается с частым мочеиспусканием и сопровождается жаждой. При прогрессировании патологии полиурия увеличивается, проявляются признаки обезвоживания, электролитные нарушения различной степени выраженности. При анализе мочи выявляются гипостенурия, умеренная протеинурия, реже цилиндрурия. Возможно осложнение папиллярным некрозом, также может наблюдаться обтурация мочеточников некротизированными элементами, лихорадочный и анемический синдромы
Острая почечная недостаточность	В клиническом течении острой почечной недостаточности выделяют четыре периода. Первый период профессиональной интоксикации, как правило, проявляется симптомами, специфичными для данного вида отравления. При этом вне зависимости от поражения других органов и систем организма общими для них являются изменения в моче – протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия, оксалурия (отравление этиленгликолем) гемоглобинурия (отравление мышьяковистым водородом), миоглобинурия (при «миоренальном синдроме»). Второй период олигоанурии развивается через 1-2 суток после острого отравления и характеризуется резким нарушением функции почек – образование мочи уменьшается (менее 500 мл/сут) или вообще прекращается (продолжительность олигоанурии может длиться от нескольких часов до нескольких недель). Следует отметить, что к началу олигоанурии симптомы интоксикации сглаживаются и нередко исчезают, вследствие чего состояние больных может улучшаться, несмотря на отсутствие мочи. При длящейся анурии прогрессируют симптомы уремии и на высоте уремического синдрома (без раннего использования современных методов лечения (гемодиализ, перитонеальный диализ и др.) может наступить летальный исход. Третий период – восстановление диуреза с переходом в полиурию. Выделение мочи увеличивается с каждым днём и достигает 2-2,5 л и более. Моча характеризуется низкой плотностью, содержит умеренное количество белка (протеинурия), также характерны эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, реже пиурия. Кроме того, определяются клетки канальцевого эпителия с признаками дистрофии. Большую опасность в этом периоде представляют инфекционные осложнения (пиелонефрит, пневмония, септикопиемия), которые могут привести к летальному исходу. Четвёртый период (выздоровление) начинается с момента нормализации уровня азотистых шлаков (к концу 1-2-го месяца). Патологические элементы из осадка мочи исчезают через 3-6 месяцев. Концентрационная способность почек восстанавливается к исходу 6-12 месяцев. Полное восстановление функционального состояния почек наступает через 1-2 года. В отдельных случаях возможен переход острой почечной недостаточности в хроническую
Хроническое воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря	В начальных стадиях заболевание нередко протекает бессимптомно, и при исследовании мочи не всегда удаётся обнаружить патологические изменения. В дальнейшем появляется клиника геморрагического цистита – учащённое и затруднённое мочеиспускание, сопровождающееся резью, микро- или макрогематурией. Прекращение контакта с нефротоксическими веществами и лечение способствуют обратному развитию цистита, при продолжении работы в контакте с химическими или физическими факторами, оказывающими воздействие на систему мочеобразования и мочевыделения, возможны рецидивы заболевания
Опухоли почек и мочевого пузыря	Длительный контакт с канцерогенными соединениями при неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях труда может привести к возникновению дизурических явлений и развитию доброкачественных опухолей мочевыводящих путей, преимущественно мочевого пузыря (папилломы), с последующей трансформацией в рак

1. Токсические нефропатии при эндогенных интоксикациях:

- а) оксалатная;
б) цистиновая;
в) уратная.

2. Токсические нефропатии при экзогенных интоксикациях:

- а) лекарственная;
б) индуцированная тяжёлыми металлами;
в) алкогольная.

II. По механизму повреждения почек

1. Гломерулопатия.
2. Тубулопатия с преимущественным поражением проксимального отдела нефрона.
3. Тубулоинтерстициальная нефропатия.
4. Комбинированное поражение нефрона.

III. По клиническому течению

1. Острая нефропатия (до развития острой почечной недостаточности).
2. Острая почечная недостаточность.
3. Хроническая нефропатия с исходом в хроническую почечную недостаточность.

Также выделены следующие три степени тяжести токсической нефропатии:

При лёгкой форме у практически здоровых людей определяются умеренные и быстро проходящие (1-3 недели) изменения в моче (микрогематурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия, пиурия), с небольшим изменением качественного и морфологического состава мочи и функции почек: клубочковой фильтрации ($J76,6 \pm 2,8$ мл/мин) и почечного плазмотока ($J552,2 \pm 13,6$ мл/мин) с нормализацией этих показателей после проводимого лечения или прекращения контакта с химическими веществами. Азотовыделительная и концентрационная функции почек обычно не изменяются.

При нефропатии средней степени тяжести изменения в моче более выраженные и стойкие (до 2-3 недель). Характерны изменения качественного и морфологического состава мочи, которые сопровождаются заметным снижением клубочковой фильтрации ($J60,7 \pm 2,8$ мл/мин), канальцевой реабсорбции ($J98,2 \pm 0,1\%$) и почечного плазмотока ($J467,8 \pm 20,2$ мл/мин). Клинически отмечается нарушение водовыдели-

тельной функции (олигурия), выявляется умеренное повышение креатинина крови при нормальном содержании других фракций остаточного азота.

Выраженные формы нефропатии развиваются при острых тяжёлых отравлениях химическими веществами (хлорированные углеводороды, органические соединения ртути, хлор- и фосфорорганические пестициды и др.) и сопровождаются различной степенью выраженности острой почечной недостаточности. Отмечаются выраженные явления олигурии, азотемии, креатининемии. Также синдром острой почечной недостаточности сопровождается резким снижением клубочковой фильтрации ($J22,8 \pm 4,8$ мл/мин), угнетением реабсорбции ($J88,9 \pm 1,8\%$), значительным снижением почечного плазмотока ($J131,6 \pm 14,4$ мл/мин).

Профессиональные онкологические заболевания почечной области

Профессиональный рак мочевого пузыря – одна из первых форм злокачественных новообразований, возникновение которых было доказательно связано с воздействием профессиональных вредностей (рак мочевого пузыря в анилинокрасочной промышленности). Бесспорными канцерогенами для мочевого пузыря оказались 2-нафтиламин, бензидин и 4-аминобензол, что было доказано ещё в начале 60-х годов прошлого века.

Всасываясь через кожу и/или желудочно-кишечный тракт, эти вещества попадают в печень, где превращаются в активный 2-амино-1-нафтол, который инактивируется в результате соединения с серной или глюкуроновой кислотой и в виде спаренных комплексов выделяется с мочой. Под действием энзимных систем мочи (бета-глюкуронидаза, сульфатаза) происходит гидролиз этих соединений с высвобождением активного 2-амино-1-нафтола, непосредственно воздействующего на уроэпителий. В описанном механизме наибольшее значение придаётся повышению активности ферментов мочи.

Кроме ароматических аминов риск возникновения профессионального рака мочевого пузыря повышается при профессиональном контакте с нефтепродуктами – бензином, керосином, смазочными маслами. Так, в 1977 г. было проведено эпидемиологическое исследование рака мочевого пузыря в крупной промышленной области, в которой не было анилинокрасочного производства, при этом наиболее многочисленной профессиональной группой среди заболевших оказались шофёры, водители сельскохозяйственной техники, бывшие танкисты и авиационные техники, составившие 33% среди больных и лишь 11% в контроле.

Исследования, проведённые в США, позволяют включать в эту группу также маляров, рабочих кожаной промышленности, химчисток и т.д. При этом, по оценке D.T.Silverman и соавт. (1989), с профессиональными вредностями связаны 20% случаев рака мочевого пузыря в США.

В промышленности производятся и используются многие вещества, соединения и продукты, в отношении которых имеются достаточные доказательства их канцерогенной опасности.

Канцерогены химической природы, приводящие к развитию злокачественных новообразований мочевого пузыря

Причинный химический фактор, обладающий канцерогенным действием	Использование в промышленности	Примечания
4-аминодифенил	Применяется в резиновой промышленности в качестве высокоэффективного антиоксиданта. Также встречается в виде примеси в анилине и дифениламине	У 11% рабочих, имевших с ним производственный контакт в течение 1,5—19 лет, был обнаружен рак мочевого пузыря
Бензидин и красители на его основе	Полупродукт в производстве большого числа азокрасителей. Кроме того, контакт с бензидином возможен при работе в лабораториях (исследование крови, снятие отпечатков пальцев). Красители на основе бензидина (прямой коричневый, прямой синий и прямой чёрный) используются при окраске кожи, шёлка, целлюлозы, шерсти, ацетатных и нейлоновых волокон	Связь между профессиональным контактом с бензидином и развитием рака мочевого пузыря доказана при стаже работы 15 лет и более. Канцерогенная активность красителей на основе бензидина проявляется после метаболических превращений, в результате которых образуется бензидин (получены убедительные данные на экспериментальных животных)
Кадмий и его соединения (в том числе соли кадмия)	Контакт возможен как при с использовании кадмия в производстве полупроводниковых материалов, люминофоров, гальванических элементов, стержней в ядерных реакторах и др.), так и при использовании цинка с его примесью (например, при гальванизации стали)	У лиц, экспонированных к соединениям кадмия, повышен риск развития рака предстательной железы и мочеполовых путей (а также рака лёгкого и других отрезков респираторного тракта)
Каменноугольные и нефтяные смолы, пеки и их возгоны	Каменноугольные смолы являются побочным продуктом сухой перегонки или коксования угля и представляют собой сложные смеси, в которых содержится большое количество органических соединений, – ароматические углеводороды, фенолы, гетероциклические вещества и др. Служат сырьём для производства нафталина, крезолов, пеков и других материалов. Используются в сталелитейных производствах в качестве топлива, а также в фармацевтической промышленности. Каменноугольные пеки представляют собой сложные смеси ароматических и гетероциклических соединений, конденсированных ароматических структур, сажистых образований и механических примесей угля и кокса. Воздействие на работающих отмечается при перегонке каменноугольной смолы, пиролизе нефти, дерева, торфа, в алюминиевой промышленности (входит в состав анодной массы для электролизёров), а также при получении изоляционных материалов, пластмасс и др.	Среди профессий, имеющих контакт с каменноугольными смолами, отмечено повышение риска заболеваемости раком мочевого пузыря, почек, желудочно-кишечного тракта, органов кроветворения (лейкозы). Кроме того, анализ смертности среди рабочих топливной промышленности выявил высокий риск рака кожи мошонки. Выявлен высокий риск рака мошонки среди рабочих топливной промышленности, рака лёгкого и мочевого пузыря среди рабочих алюминиевой промышленности, имевших контакт с возгонами каменноугольных пеков
Минеральные масла неочищенные или не полностью очищенные	Химический состав зависит как от исходного сырья, так и от процессов очистки масел. Получают их при переработке нефти. Масла широко используют для изготовления смазочно-охлаждающих жидкостей. Выделяющиеся при их применении аэрозоль, акролеин поступают в организм ингаляционным путём и через кожные покровы. Смазочно-охлаждающие жидкости на масляной основе охлаждают режущий инструмент, ускоряют обработку металла на металлорежущих станках, при прессовании и штамповке заготовок в кузнечно-прессовых цехах; масла используют для закаливания изделий. В месте соприкосновения деталей происходят нагревание металла и разложение применяемых смазочно-охлаждающих жидкостей с образованием летучих химических веществ, аэрозоля масла, содержащего ПАУ и акролеин. Известную опасность представляет сульфофрезол (смесь гудрона с веретённым дистиллятом и примесью серы)	Среди работающих в контакте со смазочно-охлаждающими маслами, содержащими в качестве добавок ароматические амины, увеличена частота рака мочевого пузыря
2-нафтиламин	Промежуточный продукт при производстве красителей. В свободном состоянии в природе не встречается, образуется при пиролизе азотсодержащих органических продуктов. Обнаружен в каменноугольной смоле, дыме отопительных систем и сигарет. В виде примеси содержится в промышленных образцах 1-нафтиламина. Производство 2-нафтиламина в Российской Федерации запрещено	Эпидемиологические исследования показали, что существует причинная связь между профессиональным контактом с 2-нафтиламином или его смесями и возникновением рака мочевого пузыря. Имеются доказательства его канцерогенности для лабораторных животных и в экспресс-тестах
Соединения шестивалентного хрома (триоксид, соли хромовой кислоты)	Хром и его соединения широко применяются в сталелитейной, машиностроительной, электрохимической и других отраслях промышленности, при синтезе органических красителей и др.	У рабочих производства металлических сплавов, контактирующих с соединениями шестивалентного хрома, выявлен повышенный риск возникновения злокачественных новообразований органов дыхания, особенно при комбинированном воздействии соединений хрома и асбеста. У них также была повышена частота опухолей пищевода, предстательной железы, верхнечелюстной пазухи
Каптофол	Фунгицид, применяется как отдельно, так и совместно с инсектицидами и другими фунгицидами	Имеются экспериментальные доказательства его канцерогенности (риск развития аденокарцином и сосудистых опухолей сердца, гепатоцеллюлярных и почечных карцином)

Хотя профессиональные новообразования, в том числе и профессиональный рак мочевого пузыря, не имеют каких-либо специфических клинических симптомов, но для решения вопроса о профессиональном генезе заболевания необходимо учитывать следующие факторы:

- избирательность поражения тем или иным канцерогеном, наличие так называемых органов-мишеней, например, мочевой пузырь у работников анилинокрасочной промышленности;
- достаточно длительная экспозиция профессионального канцерогена;
- присутствие фоновых и предопухолевых заболеваний (рак мочевого пузыря, как правило, возникает на фоне хронического рецидивирующего папилломатоза (папилломы мочевого пузыря), которые следует рассматривать как предраковое заболевание.);
- длительный латентный период развития профессиональных опухолей, что существенно затрудняет их диагностику, так как за это время (иногда десятки лет) могут существенно измениться условия труда, профессиональная деятельность больного.

Дифференциальная диагностика по синдрому острой почечной недостаточности при токсической нефропатии

Факторы, определяющие развитие острой почечной недостаточности	
Токсические факторы	Тяжёлые металлы (свинец, кадмий, ртуть и др.), органические растворители. Антибиотики (прежде всего из группы аминогликозидов), сульфаниламиды, НПВС, циклоспорин, препараты лития, рентгеноконтрастные вещества, суррогаты алкоголя, бледная поганка
Ишемические факторы	Шок: гиповолемический, септический, анафилактический Травма Гипоксия
Воздействие пигментов	Гемолиз, рабдомиолиз
Воспалительные факторы	Острый гломерулонефрит Острый интерстициальный нефрит
Смешанные	Сосудистая патология: васкулиты, тромбоз артерий, тромбоз вен Блокада канальцев: уратами, сульфаниламидами, гиперкальциемия

Таблица 4

Длительное время рак мочевого пузыря может не проявляться клинически, больные предъявляют жалобы на дизурические расстройства, кровотечение при мочеиспускании (табл. 3 и 4).

Диагностика

Больные с профессиональными поражениями почек и мочевыводящих путей могут быть пациентами не только пропатолога или нефролога, но и терапевта, уролога, онколога (при злокачественных новообразованиях данной области). При начальных стадиях поражения симптоматика, как правило, неспецифична и укладывается в клинику полисистемного (полиорганного) поражения с лёгкими дизурическими расстройствами, характерными для ряда профессиональных интоксикаций. При продолжении контакта с вредным производственным фактором происходит нарастание изменений со стороны почек и мочевыводящих путей (при этом изменения, как правило, уже имеют морфологическую основу, связанную с токсико-дистрофическими изменениями почечной паренхимы), развитием острой или хронической почечной недостаточности. Диагностика профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей основывается на клинической картине, наблюдениях за диурезом и данных лабораторных исследований (кислотно-щелочной состав, электролиты плазмы, показатели азотистого обмена). Необходимы: обязательные исследования – общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование мочи по Зимницкому, проба Реберга – Тареева, определение содержания в крови креатинина, мочевины, кальция, натрия, хлоридов, магния, фосфора, мочевой кислоты, коагуллограмма; специальные исследования – определение содержания в крови «уремических токсинов» (инсулин, глюкагон, паратгормон, натрийуретический гормон, УЗИ почек и мочевыводящих путей, брюшной полости, скintiграфия почек, радиоизотопная ренография, эхокардиография, ЭКГ, рентгенография органов грудной полости, дополнительные методы исследования (по показаниям) – исследование мочи на бактериурию, посев мочи по Прейсу – Школьниковой, компьютерная томография, пункционная биопсия почек, консультации специалистов (профпатолог, терапевт, нефролог, уролог, онколог). Диагностика злокачественных новообразований мочевого пузыря проводится при цистоскопии с проведением при необходимости биопсии, в качестве скрининга большое значение имеет регулярное цитологическое исследование мочи. При раке мочевого пузыря происходит нарушение обмена триптофана, что определяет информативность определения в моче канцерогенных метаболитов триптофана – 3-оксиантраниловой кислоты и 3-окскинуренина как скринингового метода диагностики.

Лечение токсической нефропатии

Развитие острой почечной недостаточности при токсической нефропатии требует проведения неотложных мероприятий, применения комплексной этиопатогенетической и симптоматической терапии, которая особенно важна в начальном периоде отравления, когда структурные изменения в почках ещё не выражены. Так, при острых отравлениях, помимо шоковой терапии, проводят мероприятия по удалению яда из организма, такие как промывание желудка, форсированный диурез с ощелачиванием, ранний гемодиализ, детоксикационная гемосорбция, гемофильтрация, перитонеальный диализ, плазмаферез (при массивном внутрисосудистом гемолизе и миоглобинурии). Применение этих мер в раннем периоде острых отравлений нефротоксическими ядами позволяет вывести эти вещества из организма и предупредить поражение почек. Кроме того, при всех вариантах поражения почек при интоксикациях тяжёлыми металлами оправдано назначение антигипертензивных препаратов. При восстановлении гемодинамики в раннем периоде острой почечной недостаточности и даже в начале олигоанурической стадии (до развития выраженных морфологических изменений в почках) следует проводить стимуляцию диуреза (эуфиллин, маннитол, лазикс, фуросемид). При развившейся острой почечной недостаточности и длительной олигоанурии применение диуретических средств неэффективно и даже противопоказано, так как может ухудшить состояние больного.

(Окончание следует.)

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.
Самарский государственный медицинский университет.

Мой собеседник – руководитель отдела реабилитации Федерального медицинского национального научного центра психиатрии и наркологии Минздрава России доктор медицинских наук Тарас ДУДКО готовится отметить юбилей.

Но первые фразы нашего разговора сразу же затрагивают болевые точки сегодняшней медицины. Потому что, по убеждению вице-президента Национального наркологического общества, одного из основоположников концепции реабилитации и создателя концепции реабилитационного потенциала наркологических больных и других аддикций, проблем здесь, что называется, «выше крыши».

По статистике и на самом деле

– Тарас Николаевич, что, по вашему мнению, так лихорадит общество?

– В стране сегодня примерно 2,5 млн больных алкоголизмом. Это те, кто на учёте. Фактически же их значительно больше, не менее 10 млн. Настоящим бичом общества становится наркомания. Если верить официальной статистике, то ситуация сравнительно терпимая: на учёте – около 559 тыс. наркозависимых людей. Однако по оценке ФСКН – Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, таких в стране 2,5 млн, а может быть, и больше. Что касается тех, кто эпизодически употребляет наркотики и пока считают себя здоровыми, таких, по мнению экспертов, от 10 до 15 млн. Это та армия, из которой «рекрутируются» завтрашние наркоманы. России приходится противостоять атакам международной наркомафии. Впрочем, хватает и домашних умельцев, готовых заработать на чужом горе.

Растёт количество и разнообразие наркотиков. Это не только опиаты, галлюциногены и им подобная отравка. По данным правоохранительных органов, ежегодно синтезируется более 50 новых психоактивных веществ: один наркотик в неделю. Их производителей, организаторов инфраструктуры сбыта нисколько не волнует, что наркоманы совершают до 80% уличных преступлений. По информации Госнарконоконтроля, в России ежедневно сбывается и потребляется порядка 30 млн доз наркотиков. Общество захлестнули так называемые спайсы и иная дрянь.

У всех на глазах растёт количество внешних факторов пагубного влияния на человека. Давно ли речь шла исключительно об алкоголе, наркотиках, игровой зависимости... Сегодня вызывает тревогу компьютерная зависимость. Она разрушает психику людей, особенно детей, молодёжи, превращая их в придаток к технике, делая их агрессивными, антисоциальными личностями. Мальчишки и девчонки, погружаясь в виртуальный мир, предпочитают проводить время в режиме онлайн, нежели реально общаться со сверстниками. Чувства, которые они испытывают, схожи с ощущениями завсегдатаев казино и игровых клубов. А между тем многие родители не хотят знать, что для дошкольников время у экрана компьютеров и телевизоров не должно превышать 20 минут в день, для младших школьников – 30–40 минут,

для старшеклассников – час, полтора и не каждый день. Более 4 часов, проведённых за компьютером, сравнимы с вредным производством. Сегодня каждый десятый ребёнок – в группе риска.

– Каковы наши возможности противостоять напастям?

– Лечебно-реабилитационную помощь населению призваны

помощи отчасти компенсирует работа общественных объединений («Матери против наркотиков», благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», «Национальное наркологическое общество», «Российская наркологическая лига», «Национальный антинаркотический союз», «Национальная ассоциация реабилита-

ции в соматической медицине. Подобная дифференциация – требование времени сделать медицинскую помощь адресной, качественной, а значит, и более результативной.

Пока же происходит сокращение государственных наркологических подразделений на местах, уходят опытные врачи, всё острее ощущается дефицит

мер, цель которых – восстановить больного как личность и члена общества, помочь ему возвратиться в семью, социум и к общественно полезному труду. Именно на это должна быть нацелена вся «обойма» реабилитационных технологий, учитывающих как отечественный, так и зарубежный опыт.

Это так важно – социально

Авторитетное мнение

Тревоги и надежды наркологов России

Откровения ведущего реабилитолога профессора Тараса Дудко



онных центров» и др.), сообществами АА, НА, сеть негосударственных лечебных и реабилитационных центров – коммерческих, некоммерческих, конфессиональных и пр. Они стимулируют развитие государственной наркологической службы, ускоряют внедрение в практику новых принципов организации лечебно-реабилитационной и социальной работы...

Почему уходят врачи?

Недавно (2014 г.) вышел приказ Минздрава России

оказывать как государственные, так и негосударственные наркологические медицинские учреждения, а также конфессиональные центры. Беда, однако, в том, что государственных подобных центров – всего 4 на всю Россию. Вспомоно, как бывший министр здравоохранения Ю.Шевченко когда-то говорил о необходимости создать в стране 100 таких центров, чтобы коренным образом повлиять на ситуацию в стране. Министры сменялись, а воз оставался на прежнем месте... Правда, появились реабилитационные отделения при наркологических больницах и наркодиспансерах. Давно ли их было более 200, ныне насчитывается около 90. Количество наркологических диспансеров сокращается подобно шагреновой коже. А ведь на них возложена обязанность оказывать реабилитационную помощь больным, имя которым – легион...

За последние 4 года, читаю в справочнике Минздрава России (2013 г.), число наркологических диспансеров уменьшилось на треть – со 144 до 96. Наблюдается реальное снижение пропускной способности амбулаторного сектора. Продолжается сокращение учреждений, в составе которых функционируют подростковые наркологические кабинеты...

Прорехи в системе государственной медицинской и социальной реабилитационной

№ 263 «О модернизации наркологической службы». Речь идёт об усилении реабилитационной помощи наркологическим больным, создании трудовых мастерских. В памятном прошлом они были, потом их уничтожили, теперь вот снова мы восстанавливаем порушенное. Понимаем: они призваны содействовать социальной адаптации людей, оказавшихся на обочине жизни. Хочу надеяться – у нас появятся крупные, эффективно работающие и экономически мало затратные для государства реабилитационные центры, которые я видел, бывая за рубежом.

В стране заметна тенденция – объединить наркологические службы с психиатрией. Как было у нас раньше, до 1975 г. Позднее наркослужба стала самостоятельной, у неё появилась своя инфраструктура, возникли кафедры наркологии и психотерапии... Стал набирать силу учебный процесс по подготовке специальности «врач психиатр-нарколог», медицинских психологов, социальных работников... Стремление объединить эти две схожие, но такие разные службы как профессионал приветствовать я не могу. Полагаю, что подобный шаг не продуман. И вот почему. Мировая практика свидетельствует о «разделении» многих медицинских направлений: в той же психиатрии есть специалисты в области шизофрении, эпилепсии, наркологии... То же происходит

психологов, психотерапевтов, работников социальных служб... Говоря о модернизации, мы как-то забываем, что она предполагает улучшение качества организации наркологической помощи, улучшение условий работы медицинского персонала, занятого нелёгким трудом. Но ведь это же факт: примерно 70% наркологических учреждений не соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям, основным стандартам.

– Как поднять с колен жизненно важную службу? Как на деле должна выглядеть её модернизация?..

– Глубоко убеждён: проблема заслуживает самого «высокого» внимания – правительства, государства. Важно осознать: ограничиваться только первичной лечебной помощью наркологическим больным – дело малоэффективное. Такая работа обеспечивает не более 9–10% ремиссии наркологических пациентов. Между тем продуманная и внедрённая в практику система реабилитации способна поднять тот же показатель до 50–60% и более. За этими цифрами – судьбы, живые люди... Но чтобы программа заработала, нужны стационары, где человек защищён от проникновения психоактивных веществ. После выписки больной должен переходить под контроль амбулаторной службы – наркодиспансеров, наркологических кабинетов при центральных городских и районных больницах. Получать здесь необходимую поддерживающую терапию для упреждения срывов и рецидивов. Иными словами, стране нужна качественно новая – комплексная система медико-социальной реабилитации наркологических больных.

О чём идёт речь? Для начала необходим чёткий мониторинг и реальный для всех реабилитационных учреждений контроль эффективности лечебно-реабилитационной помощи, правдивая, объективная информация о результатах проведённой работы. Требуется новый язык общения, понятный не только психиатрам-наркологами, но и другим специалистам в системе оказания помощи наркологическим больным. Важно осознать: реабилитация – это комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых

устроить пациента, помочь ему в поиске работы, молодым – учиться, приобретать профессию!.. Вопрос стоит о целевом финансировании именно реабилитационной помощи наркологическим больным. Деньги должны иметь чёткий адрес: не идти просто «на наркологию». В этом случае они в основном расходуются на преодоление психозов, тяжёлых абстинентных состояний и пр. Что касается реабилитационной помощи, то ей достаются «остатки»... Ведущие специалисты в области наркологии выступают за целевое финансирование такой помощи.

Нужна действенная система!

– На какую результативность можно рассчитывать?

– Все хронические заболевания требуют длительного наблюдения, врачебной помощи. Результат зависит от степени запущенности недуга, реабилитационного потенциала самого человека, его способности противостоять беде. Но и государству негоже стоять в позе наблюдателя, нужна действенная система помощи человеку, оказавшемуся в беде. То, что мы имеем, я бы назвал посредственной службой, особенно когда речь идёт о реабилитационных центрах. Нет слаженного взаимодействия разных ведомств, ответственных за организацию социальной поддержки. От больного человека нередко отворачиваются. Мне не раз приходилось обращаться к работодателям с просьбой помочь трудоустроить бывших пациентов. Как правило, предлагают заработок, на который невозможно прожить, прокормить семью... Оглядываясь на прожитое, на множество больных, с которыми пришлось иметь дело, как-то подспичивал: мне удалось надёжно вернуть в строй почти каждого пятого, отлучить его от употребления психоактивных веществ.

Мы разработали ряд программ реабилитации, одобренных Минздравом России. Они, к сожалению, не выполняются. Чиновники забывают, сколько стоит беда, во что она обходится обществу, что гораздо экономичнее упредить развитие болезней или её рецидивы. У нас большое число граждан, которые пока «балуются», упо-

требляя изредка психоактивные вещества. Ещё не стали наркоманами... Они находятся под наблюдением в течение года. Потом многих снимают с учёта. Считаю, что спектр такой помощи надо значительно усилить, обратив особое внимание на качество вторичной профилактической помощи, ввести в статистический отчёт показатель результативности этой работы.

...Больные и члены их семей знают: обращение за помощью в государственные наркологические учреждения чревато негативными последствиями. Больше всего пугает лишение доступа к ряду профессий... Больные предпочитают идти в негосударственные учреждения. В 2013 г., к примеру, в соответствии с решением суда за наркологической помощью обратились 10 718 больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Каждый четвёртый-пятый из них отказался от лечения, самовольно прекратил его. Тогда же за реабилитационной помощью на анонимной основе обратились 162 тыс. пациентов наркологического профиля... Сказываются прорехи в законодательстве, когда тех, кто случайно оступился, сразу же отсекают от профессии. Я за то, чтобы о человеке судили или наказывали не по факту болезни, а по факту конкретных нарушений.

В стране примерно полторы тысячи негосударственных лечебно-реабилитационных учреждений. В их число входят и шесть десятков конфессиональных реабилитационных центров. Здесь человека не ставят на учёт. Но за это он или его родственники платят немалые деньги. Если называть вещи своими именами, перед нами – во многом теневой сектор экономики. Помощь требуется в течение от 2 до 5 лет... Она не может быть бесплатной по определению, но именно государство, согласно Конституции, обязано обеспечить наркологических больных бесплатной помощью.

Впрочем, и в государственных структурах всё активнее действует рыночная модель отношений: если ты лечишься анонимно, могут и не поставить на учёт. У кого тугой кошелек, тот имеет привилегии... У гуманности своя цена. Хочешь не хочешь, но здесь просматривается явная порочность системы. Многие врачи и психологи уходят из госслужбы и идут в коммерческие учреждения, где как минимум в 3-4 раза больше заработная плата.

Тоска по преемственности

Ситуация с кадрами требует особого разговора. По всей стране в наркологии найдётся, пожалуй, не больше 300 психотерапевтов. Ощущается дефицит медицинских психологов. Не хватает социальных работников с высшим образованием. Специалист должен подсказать больному, где ему лучше лечиться, в каком учреждении, будет ли преемственность между стационаром и амбулаторией... А этой преемственности у нас чаще всего нет.

– **А что говорит зарубежный опыт?**

– Застарелая тема – борьба с алкоголизмом. Здесь есть чему поучиться. В Финляндии, к примеру, фирмы-производители алкоголя 10% от дохода отчисляют государству на оказание лечебно-реабилитационной помощи наркологическим пациентам. В Польше вся наркологическая

помощь бесплатная. Все расходы государство берёт на себя. В Швеции вечером, после 6 часов вы не купите в магазине, киоске спиртное. Можете зайти в кафе, ресторан. Но если вы заказали бутылку вина и не ослили ёмкость, то взять её с собой вам не разрешат: «Оставьте. Завтра придёте и допьёте»... Полагаю, что в этом – уважение и к закону, и к пациенту.

За рубежом большое внимание уделяется стационарам и амбулаторной помощи. Запомнилась поездка в Италию, посещение реабилитационного центра в Сан-Пантриньяно вблизи Римини. На участке в 300 га трудятся 1300 человек. Заняты на виноградниках, ухаживают за скотом, работают в мастерских. Делают и продают свои сыры, напитки... Женщины живут со своими детьми. Желающие могут учиться в школах, университетах. К ним приезжают преподаватели... Это и есть – гуманное отношение к человеку!..

Такие разные подходы

У нас иные подходы к пациентам. Многие видят в них только потенциальных преступников, хотя – убеждён – речь идёт прежде всего о болезни. Получила же огласку попытка в Нижнем Тагиле «лечить» наркозависших с помощью наручников. Сказываются ущербная пропаганда, прорехи в семейном воспитании, когда для ребёнка, пока он растёт, категорией прекрасного, примером для подражания становится красивое застолье... Ловлю себя на мысли: вместо бесконечных сериалов, воспитывающих жестокость, насилие, вседозволенность, обществу нужен антиалкогольный, антинаркотический телеканал, который бы рассказывал о слагаемых здорового образа жизни, профилактики и избавлении от болезненной зависимости.

– **Как вы строите разговор с пациентом, когда он приходит со своей бедой?**

– Нередко слышу: «Не хочу быть белой вороной. Ведь вокруг пьют, «ширяются»...

Я же размышляю вслух о том, что жизнь у нас редко бывает счастливой. Она часто бывает героической. Человек должен уметь разумно защищать себя, своих близких от патологии, от того, что разрушает нас... Выглядеть страдальцем – легко. А вот преодолеть страдание, бороться за своё место под солнцем, за радость – это непросто.

И ещё. Полезно помнить своё древо жизни. Есть дорогие имена, с которыми стоит мысленно посоветоваться, как поступить в трудную минуту. Сократ говорил, что он обращается к богам, которые внутри него... Я же нередко обращаюсь в памяти к своему родному «дяде Саше» – выдающемуся украинскому кинорежиссёру Александру Петровичу Довженко. Кстати, именно по его инициативе меня нарекли Тарасом: родители сначала назвали сына Петром, в честь деда. Но я был на дедушку совсем не похож, и Александр Петрович предложил моей маме: «А давай назовём его Тарасыком». Довженко прекрасно знал свою далёкую родословную, мог называть имена предков семи поколений и написал об этом... Не раз повторял: «В этом наше бессмертие, ведь каждый из нас – это звено между прошлым и будущим...»

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Деловые встречи

Поморская медицина «сверяет часы»

И не обходит острые углы

В Архангельске завершился форум «Медицина Поморья: опыт, достижения, перспективы». Обсуждение большого количества животрепещущих тем организаторы – региональное Министерство здравоохранения, Северный государственный медицинский университет и некоммерческое партнёрство «Медицинская ассоциация Архангельской области» – приурочили к 70-летию Великой Победы.

Примечательной особенностью двухдневного обмена мнениями на двух основных площадках – в Овальном зале областного правительства и в залах и аудиториях СГМУ – явилось участие в нём не только специалистов в области здравоохранения, но и работников смежных министерств и ведомств, посланцев ветеранских организаций. Новшеством был и формат итоговой коллегии областного Минздрава – одного из стержневых мероприятий форума, где, в частности, рассматривались результаты выполнения Программы государственных гарантий обеспечения жителей Поморья медицинской помощью, а также роль службы родовспоможения и детства в решении демографических проблем региона. На этот раз пленарное заседание прошло совместно с заседанием учёного совета Северного государственного медицинского университета. А привычные доклады на коллегии заменили выступления в тематических секциях.

В рамках форума состоялось расширенное заседание членов Комитета Совета Федерации по социальной политике, на котором московские гости и представители органов исполнительной власти региона говорили о путях развития телемедицинских технологий в Арктике и приарктических территориях. Весьма информативной оказалась встреча медицинской общественности и управленцев, при участии глав муниципальных образований, с молодыми специалистами – врачами, фельдшерами, медицинскими сёстрами, изъявившими желание работать в сельском здравоохранении и



За одним из «круглых столов» форума подводятся промежуточные итоги проекта «Новая скорая и медицинская помощь»

уже получившими первый опыт. «Незамысленный» взгляд новичков на тамошние проблемы в организации медицинской помощи, рассказы от первого лица, как живётся вчерашнему выпускнику, были всем интересны.

Предсказуемо не обошли некоторые острые углы здравоохранения доклады, прозвучавшие на научно-практической конференции «Этические и правовые проблемы современной медицины». Так, заведующий кафедрой неонатологии и перинатологии СГМУ профессор Галина Чумакова в своей лекции «Эвтаназия и милосердие» коснулась проблемы ухода за больными родственниками и престарелыми. Она подчеркнула, что зачастую люди обращаются с просьбой прервать их жизнь не из-за того, что испытывают сильные физические боли, а от недостатка любви окружающих, чувствуя себя ненужными и обременяющими других.

Впрочем, уж кто-кто, а присутствовавшие на форуме представители старшего поколения недостатка заботы, тепла и уважения к себе не почувствовали. Для предельно открытого разговора с ними за «круглый стол» под названием «Медико-

социальное обеспечение ветеранов Великой Отечественной войны» сели специалисты двух региональных министерств области – здравоохранения и труда и социального развития, а также члены Комитета Архангельского областного собрания депутатов по социальной политике и учёные медицинского университета. Обсуждались самые волнующие стариков темы: деятельность госпиталя для ветеранов войн, доступность реабилитационной помощи, льготное лекарственное обеспечение и многое другое.

– Мы перед вами в неоплатном долгу, и вся наша работа направлена на то, чтобы сделать вашу жизнь лучше, – подытожила длительную беседу министр здравоохранения Архангельской области Лариса Меньшикова.

Большое собрание поморских врачей завершилось на высокой ноте – музыкально-литературной композицией «Медики Поморья в Великой Отечественной войне» и награждением ветеранов юбилейной медалью Российской Федерации.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Архангельск.

Фото Анны КАЛИНИНОЙ.

События

Нашли выход!

Новорождённой подарили «второе дыхание»

Врачи Челябинской областной детской клинической больницы провели уникальную операцию новорождённой девочке из Магнитогорска.

Крошка родилась с очень редкой патологией – атрезией хоан, или отсутствием носового дыхания. На самом деле эта патология очень серьёзная, так как полное выключение носового дыхания может стать угрожающим для жизни новорождённого. Невоз-

можность дышать ртом во время кормления приводит к приступам асфиксии, то есть к тому же нарушается процесс питания.

– За всю мою практику я встречала не больше 10 пациентов с такой патологией, – рассказывает заведующая отделением оториноларингологии Челябинской ОДКБ Анна Лазарева. – Выходов из этой ситуации немного: или трахеостома, или операция по восстановлению носового дыхания. Этого ребёнка мы про-

оперировали, когда девочке не было ещё и месяца.

Операция – лазерная хоаностомия была сделана эндоскопическим методом и прошла успешно. В носике малышки были временно установлены протекторы, которые помогут правильно сформироваться отверстиям, о которых «забыла» природа. Ребёнок будет дышать нормально.

Челябинская ОДКБ – единственное лечебное учреждение региона, располагающее всем необходимым, чтобы проводить такие сложные операции.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Ежегодно по доброй весенней традиции в Москве проходит научно-практическая конференция молодых учёных с международным участием «Новые технологии в эпидемиологии, диагностике и лечении туберкулёза взрослых и детей». Свыше 15 лет организуется она на базе знаменитого Центрального научно-исследовательского института туберкулёза, что на улице Яузская аллея. Более века назад здесь, в сосновом массиве (прежде эта местность была известна под названием Погонно-Лосиноостровская лесная дача, или Погонно-Лосинный остров), открылся санаторий для лечения больных туберкулёзом. Ныне ЦНИИТ является старейшим в России медицинским учреждением с богатой историей и многолетними научными традициями.

На этот раз в конференции участвовали около 100 человек, прозвучало 20 докладов молодых специалистов из ведущих противотуберкулёзных учреждений российских регионов и стран СНГ (Азербайджан, Казахстан, Узбекистан). В представленных докладах были обозначены острейшие проблемы фтизиослужбы. В программе форума и тезисах докладов заявлены такие темы, как эпидемиологическая ситуация по распространению туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий, причины, негативно влияющие на исходы терапии при разных методах определения лекарственной устойчивости возбудителя, сравнение информативности иммунологических методов в диагностике диссеминированного туберкулёза лёгких, эпидемиологическая характеристика профессионально обусловленных заболеваний туберкулёзом, противотуберкулёзное химиопрофилактическое лечение больных ВИЧ-инфекцией и т.д.

Директор Центрального НИИ туберкулёза профессор Атаждан Эргешов подчеркнул, что конференция молодых учёных традиционно проводится в канун Всемирного дня борьбы с туберкулёзом и с каждым годом приобретает всё более масштабный характер. Сегодня две трети участников – это молодые учёные из регионов. Увеличивается число представителей из ближнего зарубежья. В последние годы подготовка кадров молодых специалистов и учёных находится в зоне особो-

Деловые встречи

И снова расцветает яузская весна

Молодые учёные страны представили новые подходы и технологии по обузданию туберкулёзной инфекции



Самое живое участие в обсуждении докладов молодых учёных принял Атаждан Эргешов (слева)

го внимания Правительства РФ, Минздрава России, Федерального агентства научных организаций и сотрудничающих международных организаций. Проблем в фтизиатрии очень много, хотя и наблюдается незначительное снижение основных эпидемиологических показателей. Всё это требует разработки новых подходов к диагностике и лечению заболевания. Это большая совместная работа, в которой важен свежий взгляд молодых.

Научный руководитель Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом, вице-президент Российского общества фтизиатров,

академик РАН Виталий Литвинов отметил, что во главе проведения такого замечательного начинания, как ежегодная конференция по проблемам туберкулёза, стоит ЦНИИТ, который никогда не прекращал работу с молодыми учёными, даже в самые трудные времена. Традицию следует продолжать, ведь по-настоящему, с отдачей, наукой занимаются, конечно, в молодом возрасте.

О роли ЦНИИТ на российском и мировом уровне говорили сотрудники международных организаций. Медицинский представитель Всемирной организации здравоохранения Дмитрий Пашкевич обратил внимание моло-

дёжи на то, что с 1998 г. ЦНИИТ является Сотрудничающим центром ВОЗ, а это значит – помогает Всемирной организации здравоохранения находить те пути, которые являются оптимальными в борьбе с туберкулёзом. В этих стенах есть чему учиться. «Не теряйте времени, учитесь, всегда следуйте в своей работе принципам доказательной медицины, соответствуйте тем высоким моральным и этическим требованиям, которые традиционно предъявляются к российским врачам и учёным,» – напутствовал он молодёжную аудиторию.

Надо напомнить, что в течение всего периода существования конференции молодых учёных помощь в её проведении оказывает благотворительная организация «Партнёры во имя здоровья», директор которой Оксана Пономаренко отметила из года в год возрастающий научный уровень подавляющего большинства работ молодёжи. «Ваши исследования, – сказала Оксана Ивановна, – очень важны как на российском, так и на международном уровне. Надо активнее печататься в зарубежных журналах».

Об интересе к инновационным докладам молодых учёных говорил

глава регионального представительства Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в России Даврон Мухамадиев, который также заметил, что туберкулёз не имеет ни политических, ни иных границ.

Главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева акцентировала внимание на том, что для успешной борьбы с туберкулёзом крайне важны научные исследования в области разработки новых диагностических тестов, вакцин, лекарственных препаратов, методик лечения и т.д. В этом направлении для молодых учёных открывается широкое поле деятельности.

– Работайте, исследуйте, получайте результаты, сравнивайте, оценивайте их, – подчеркнула Ирина Анатольевна, – с тем чтобы в своей практике мы имели лучшие инструменты, более эффективные для успешной борьбы с туберкулёзом. Стоит напомнить, что в прошлом году на 67-й ассамблее ВОЗ Россия подписала резолюцию по усилению борьбы с туберкулёзом, предусматривающую элиминацию этого грозного заболевания к 2050 г. Всем нам предстоит сплотиться, чтобы достичь таких амбициозных целей. Велика в этом и роль учёных. Именно в этой резолюции одним из основных направлений является интенсификация научных исследований и разработок. Поэтому, молодые учёные, дерзайте, творите, предлагайте новые инструменты для обуздания инфекции.

Александр ИВАНОВ, корр. «МГ».

Образование

Высокая оценка

Тверская медакадемия стала университетом

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова издала приказ о повышении статуса известного тверского вуза. Тверская медицинская академия (бывший Калининский государственный институт) теперь будет именоваться Тверским государственным медицинским университетом.

Следует отметить, что к этому событию коллектив вуза шёл давно. В разные годы своего 60-летнего пребывания на Тверской земле ректоры учебного заведения члены-корреспонденты РАМН Олег Дунаевский и Борис Давыдов стремились качественно переориентировать темпы роста научной и образовательной деятельности вуза, расширяли учебные базы, создавали новые

факультеты и подразделения, активно развивали клиническое направление. Однако стремление повысить статусность вуза в те годы не увенчалось положительным решением свыше.

Новые преобразования в стенах ТГМА, которые привнесла в её историю и современную жизнь команда действующего ректора профессора Михаила Калинин, сегодня высоко оценило руководство медицинской отрасли. По результатам анализа образовательной, научной и лечебной работы, принимая во внимание значительные положительные изменения в вопросах международного сотрудничества, активное внедрение современных инновационных технологий, большое количество реализованных социальных проектов, Тверская

медицинская академия признана эффективным вузом, имеющим высокие позиции официальных рейтингов. Именно эти моменты стали фундаментом для принятия решения о переименовании академии в университет.

Важно напомнить, что свою историю тверской медицинский вуз начал в Петрограде. В 1920 г. в городе на Неве был создан институт общественного зубоветеринария, который через 5 лет был преобразован в Ленинградский научно-практический стоматологический институт, а в 1935 г. стал Ленинградским стоматологическим институтом. В 1954 г. вуз был переведён в Калинин, и на его базе возник Калининский государственный медицинский институт. В 1994 г. он стал академией.



Тверской государственный медицинский университет сегодня – это 6 факультетов и более 4400 студентов, интернов, ординаторов и аспирантов. Преподавание ведётся на 60 кафедрах, где работает более 500 высококвалифицированных педагогов, среди которых 75 докторов и без

малого 300 кандидатов наук. Вуз осуществляет подготовку и переподготовку специалистов по 85 направлениям.

Максим СТРАХОВ, руководитель пресс-службы Тверского государственного медицинского университета, член Союза журналистов России.

Выводы

Спиральные легионеллы

На просторах нынешнего Техаса четверть миллиарда лет назад произрастали предки нынешних *Manifera talaris*, латинское название которых переводится как «руконосные таларии» (от *manus* – рука и *fer* – переносить, передавать, сравни: трансфер). Таларами римляне называли греческие сандалии-«талоны», крепившиеся к голеностопу ремешками (*talus* – щиколотка), и у мифологических героев Гермеса и Меркурия имевшие крылышки.

Аристотель полагал, что пол будущего «агнца»-ягнёнка зависит от того, в какую сторону его будущая мать смотрела во время соития с бараном, подразумевая, что возможно внутритрубное изменение гонада. Об изменении писал в своей «Философии зоологии» известный ботаник Франции, полагавший, что он зависит от некоего «внутреннего стремления», приводя пример с шеей африканского жирафа, предки которого стремились достать высоко расположенные сочные листья деревьев. Сегодня мы знаем, что геном постоянно меняется по ходу развития организма, отражая тем самым историю развития живого на Земле (знаменитая максима, что онкогенез повторяет филогенез). При этом гены, которые были весьма активны в ходе формирования плода, после рождения выключаются, а их «вторное» включение свидетельствует о нестабильности генома, которая характерна для раковых клеток. Развитие, как известно, началось задолго до появления безъядерных клеток, поскольку нуклеиновые кислоты, или гены, которые «тасуют» участки, тем самым генерируют разные варианты. Это прекрасно видно на примере того же ретровируса, например ВИЧ, который с помощью своего фермента осуществляет «обратный» синтез копии ДНК на матрице РНК, а затем его энзим «интеграза» интегрирует вирусные гены в клеточный геном.

Можно напомнить, что рекомбинация генов отражается в замечаниях аминокислот в протеинах, некоторые из которых весьма «консервативны». Смена таких аминокислот ведёт к переходу белков в «онкосостояние», причём иногда хватает замены всего одной аминокислоты, примером чего могут служить меланомы и рак молочной железы при замещении валина в 600-м положении небольшого фермента, передающего сигнал к

делению извне клетки в ядро, на глютаминовую кислоту (V600E). Врачи пытаются заблокировать онкобелок с помощью его ингибиторов, но не всегда добиваются успеха (после начального облегчения происходит возврат заболевания, но уже резистентного к действию лекарств).

Дж. Уотсон назвал свою книгу о ДНК «Двойная спираль» (*Double Helix*, сравни: вертолёт; греки полагали, что Гелиос в своей солнечной колеснице поднимался в небо по спирали). В Калифорнийском университете Беркли (пригород Сан-Франциско) после изучения техасских окаменелостей пришли к выводу, что у древних манифер был период первоначального перебора семян с одним и двумя крылышками. В конце семени «выбрали» одно крыло, в результате чего их падение на землю осуществляется по нисходящей спирали (*Paleobiology*). Но до образования форм изменения касались прежде всего ДНК, синтез которой осуществляется 15 полимеразами. Результаты рентгеноструктурного анализа одной из них (*PoIQ*, или «тета») представили сотрудники Вермонтского университета (*NSMB*). Этот «комбинированный энзим, имеющий участок геликазы, очень важен для репарации ДНК и защиты её от повреждения (*DNA-damage*), ведущего к порывам обеих цепей. Естественно, что в процессе воспроизведения последовательностей возникают небольшие отклонения, или спектр вариантов для перебора.

Последний имеет место и в обычных условиях, когда ороговевающие клетки кожи (кератиноциты, названные так за свой «кер» – рог) образуют прочные соединения друг с другом благодаря адгезии, обеспечиваемой несколькими белками, связывающими микротрубочки с сетью актина под клеточной оболочкой. Выключение гена одного из этих протеинов приводит к рождению мышат, голова и мозг которых в 2-3 раза больше нормы. При ранениях кожи отдельные клетки освобождаются от молекулярных «оков» и начинают двигаться, чтобы закрыть дефект (*Bio*). Стволовые клетки кожи находятся в особом «мешке», прилегающем к стволу растущего волоса, рост которого стимулируют мечниковские макрофаги. И.Мечникову не верили, когда он говорил о защитной роли открытых им клеток-«пожирателей», приводя в пример туберкулёзную бациллу, которая в «добром здравии» мог-

ла находиться в их цитоплазме. Сегодня бы несогласные могли указать и на то, что макрофаги играют ведущую роль в формировании атеросклеротических бляшек внутри сосудов.

Но всё, конечно же, не так просто. Сотрудники Университета Пурдью в Лафайете, штат Индиана, написали в журнале *PLoS* о борьбе печально знаменитой легионеллы (*Legionella*). Микробы «заглатываются» клетками неспецифической защиты, после чего окружаются мембраной лизосомы, в которой, как считалось, растворяются ферментами, коих сегодня насчитывается более 60. В Индиане выяснили, что активность макрофагов зависит от микробного маркера, или консервативного белка *RspL* (протеин рибосом, на которых идёт белковый синтез легионеллы). При выключении гена *RspL* макрофаги «заключили» легионеллу в лизосому, но не переваривали её, что хорошо видно благодаря светящимся белкам. Возможно, что это объясняет, почему не все легионеры заболели и почему даже в разгар эпидемии Чёрной смерти в Европе далеко не все люди заболели бубонной чумой.

Макрофаги первыми встречают различные патогены, стимулируя специфический ответ Т-хелперов (от *help* – помогать). Сигналы макрофагов в виде белков-интерлейкинов «подвигают» лимфоциты к делению, что видно также и на примере волосных фолликулов. В Филадельфийском Институте Вистар выяснили, что макрофаги стимулируют и рост меланомы (*CCR*), причём её резистентной формы с мутантным ферментом киназой (*V600E*), устойчивой к действию её ингибиторов. Известно, что фермент включает активность целого каскада протеинов, среди которых – киназа, активируемая митогенами (митоз – клеточное деление), и *VEGF* (*Vessel Endothelium Growth Factor*), или ростовой фактор новообразования сосудов, в том числе и опухолевых (раковый ангиогенез). В институте Вистар показали, что блок митозной киназы и *VEGF* ликвидировали резистентность опухолевых клеток, но также констатировали, что присутствие макрофагов свидетельствует о быстром «возврате» (*relapse*) меланомы.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук. По материалам *Nature Structural and Molecular Biology*.

СРОЧНО! Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства терапевта участкового для работы в посёлке городского типа, в котором действует программа «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам, прибывшим в 2013-2014 гг. после окончания образовательной организации высшего образования на работу в сельский населённый пункт или переехавшим на работу в сельский населённый пункт из другого населённого пункта, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника».

(Постановление Правительства ХМАО – Югры от 12.10.2012.)

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок **(34675) 3-41-20.**

Резюме с указанием контактных телефонов присылать

по факсу **(34675) 3-15-73** или по адресу:

ул. Киевская, 33, г. Советский, ХМАО – Югра 628240.

E-mail: **sovhospital@mail.ru**

Исследования

Победим ли Альцгеймер?

Результаты исследования, проведённого специалистами по неврологии из Калифорнийского университета (США), позволяют предположить, что у головного мозга имеются скрытые ресурсы для противостояния развитию болезни Альцгеймера на её начальных этапах. Обнаружение такого компенсаторного механизма объясняет феномен существования людей, не страдающих когнитивной дисфункцией, несмотря на скопление в тканях мозга амилоидных бляшек.

Согласно наиболее распространённой «амилоидной» теории, базовой причиной болезни Альцгеймера является отложение белка бета-амилоида в тканях мозга, что ведёт к скоплению так называемых амилоидных бляшек, дегенерации синапсов – специфических контактов между нейронами, обеспечивающих передачу сигнала от одной нервной клетки к другой – и, как следствие, прогрессирующей когнитивной дисфункции. В то же время у части научного сообщества присутствуют сомнения в правомерности этой гипотезы, в том числе из-за того, что амилоидные отложения далеко не всегда сопровождаются нейродегенерацией и угасанием интеллектуальных способностей.

Так, группа под руководством Уильяма Джагаста, используя метод магнитно-резонансной томографии, провела сравнительный анализ мозговой активности при запоминании у трёх групп участников, не имевших симптомов деменции: 22 молодых людей, 16 пожилых людей с амилоидными бляшками в

тканях мозга и 33 пожилых людей, мозг которых свободен от скопления этого белка.

Оказалось, что наличие бляшек связано со значительным, по сравнению с их отсутствием, усилением активности областей мозга, задействованных в формировании детализованных воспоминаний. Джагаст и его коллеги предположили, что таким образом проявляется пластичность мозга, привлекающего для компенсации неблагоприятных условий дополнительные нейральные ресурсы.

При этом, что примечательно, уровень активизации этих ресурсов оказался тем выше, чем больше амилоидных бляшек присутствует в тканях, но до известного предела – при слишком большой «засорённости» мозга токсичным белком этот компенсаторный механизм работать перестаёт и начинается угасание умственных способностей.

Марк ВИНТЕР. По материалам журнала *Nature Neuroscience*.

Бывает и такое

С днём дурака!

Лучшие первоапрельские «утки»

Первый день апреля, когда мы так любим разыгрывать друг друга, хорошо известен по обе стороны Атлантики. В США 1 апреля называют, пожалуй, немногим жёстко – *Fool’s Day* (День дурака). В этот день шутки и розыгрыши позволяют себе не только рядовые американцы. Этим азартно занимаются и солидные СМИ, и большие корпорации.

Пользуясь случаем, хочу поздравить читателей «МГ» с праздником шуток и рассказать о некоторых из запомнившихся розыгрышей из архивов *Fool’s Day*.

Бургеры для левшей

В 1998 г. сеть *Burger King* анонсировала новый бургер, созданный специально для левшей. Согласно рекламе, бутерброд был уложен таким образом, чтобы соус вытекал только с правой стороны. Шутка оказалась удачной – множество покупателей-левшей спрашивали в ресторанах новый бургер, а правши, наоборот, заказывали бутерброд классической конструкции.

Новое значение числа Пи

Утка на эту тему появилась в 1998 г., когда газеты сообщили,

что власти штата Алабама решили изменить значение Пи на библейское число 3.

Ещё одна шутка на эту тему появилась в 2008 г. Сотрудник Института передовых технологий *Microsoft* опубликовал точное значение числа Пи. По его словам, исследователи *Microsoft* оценили его ровно в 3,141999, что в буклетах компании обозначается как «всего три платежа по 1,047333».

Библейское чудо от Томаса Эдисона

После того, как в 1877 г. Эдисон изобрёл фонограф, люди уверо-

вали, что для этого человека нет ничего невозможного. А потому в 1878 г. многие всерьёз восприняли сообщение газеты *New York Graphic* о том, что Эдисон создал специальную машину, которая мо-

жет превращать обычную землю в злаки, а воду – в вино.

Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МГ».

Кстати

Не было арапчонка!

Много лет назад и сотрудники «МГ» баловались первоапрельскими розыгрышами – то ли время было веселее, то ли мы моложе. Помню заметку о том, как «генетики ЦРБ Вышнего Волочка спасли от распада семью местной доярки». У неё, видите ли родился... арапчонок. Муж, понятно, за своего не признал и подал на развод.

Семью спасли «генетики ЦРБ Вышнего Волочка». Они совместно с краеведами установили, что Александр Пушкин, проезжая через Вышний Волочёк, вступил в связь с девицей с постоялого двора. Эта интрижка поэта и аукнулась далёкому потомку той девицы.

По закону жанра, заметку прокомментировал «видный генетик академик Каблуков», который заверил, что «дремлющие гены – довольно частый случай». И не будь поэт арапом, никто бы не заметил пушкинского следа через 170 лет.

Не мне, автору, судить о качестве шутки, но цели она, безусловно, достигла. Вскоре из родильного отделения ЦРБ Вышнего Волочка в «МГ» пришло официальное письмо, что случаев рождения арапчат в последние годы не было. А генетиков им не положено по штатному расписанию.

Опыты на животных – возможно, один из самых спорных вопросов современной науки. Учёные экспериментируют над братьями меньшими в различных целях, среди которых – фундаментальные исследования функционирования организмов, разработка потенциальных методов лечения человеческих болезней, а также проверка на безопасность и качество лекарств, устройств и других объектов. Сторонники испытаний на животных указывают на огромный прогресс в медицине, который стал возможен благодаря подобным экспериментам. Противники считают их жестокими и бессмысленными, поскольку результаты наблюдений за животными далеко не всегда применимы к человеку.

Правило «трёх О»

В 1959 г. Уильям Расселл и Рекс Берч, выступающие за более гуманный подход к использованию животных в научных исследованиях, разработали правило «трёх О»: ограничить использование животных; оптимизировать эксперименты, чтобы свести к минимуму страдания животных; отказаться от тех испытаний, которые можно заменить альтернативными методиками.

За прошедшие пять десятилетий правило «трёх О» стало общепринятым, и хотя достоверность опубликованной статистики по количеству задействованных в экспериментах животных разнится, представление о тенденции она даёт. В настоящее время примерно 29 млн животных в год подвергаются экспериментам в США и странах Евросоюза (из них 80% – крысы и мыши). Это меньше половины того, что было в середине 1970-х. Спад заметен, однако в последние 10 лет он приостановился.

Хотя началась разработка инструментов, при помощи которых можно было избирательно модифицировать отдельные гены мышей. Эта методика оказалась такой эффективной и популярной, что тенденция к сворачиванию опытов на животных сошла на нет.

Впрочем, в последнее время появилось много инновационных разработок, которые, возможно, помогут далее сократить число экспериментов над животными. Совершенствование методов

Перспективы

Мышку жалко...

Можно ли обойтись без опытов на животных?



построения изображения, позволяющих взглянуть внутрь тела животного, даёт возможность учёным получать в результате каждого эксперимента больше информации, чем раньше, причём лучшего качества. К примеру, раньше приходилось умерщвлять множество мышей на разных стадиях развития опухоли, теперь же можно наблюдать за развитием болезни без хирургического вмешательства на примере одного животного при помощи флуоресцирующего красителя. Развиваются и методы томографии мозга, так что некоторых опытов, сейчас проводящихся на обезьянах, наверняка можно будет избежать благодаря наблюдению за человеческим мозгом. Возможно, в ближайшие 10-20 лет люди-добровольцы всё больше и больше будут заменять в экспериментах обезьян.

«Неживые» модели не заменят живые

Появление надёжных альтернативных методов становится всё более вероятным благодаря прогрессу в исследованиях

in vitro. Так, учёные научились перепрограммировать клетки человеческой кожи, возвращая им первоначальное состояние, аналогичное стволовым клеткам. Эти «индуцированные полипотентные клетки» можно превратить в любую специализированную клетку в организме, например, в клетку печени или почки. Образцы клеток можно взять у человека с определённым заболеванием, получив таким образом активную модель данного заболевания, свойственную конкретному пациенту. А встроенные в чип лаборатории (и, в будущем, выращенные в лабораторных условиях органы) могут стать высокотехнологичным подспорьем для определения механизма заболевания или тестирования потенциальных лекарств.

Как показывает статистика, в одних сферах человеческой деятельности использование животных в экспериментах сокращается быстрее, чем в других. Существует мнение, что развитие технологий рано или поздно позволит отказаться от подобных опытов. Оппоненты этой точки зрения утверждают, что «неживые» моде-

ли никогда не смогут полностью заменить лабораторных мышей и прочую живность по достоверности результатов.

Думая об опытах на животных, человек обычно представляет себе ряды клеток с грызунами в лаборатории фармацевтической компании. По данным стран Евросоюза, в фармацевтическом секторе используется в 2 с лишним раза меньше животных, чем в исследовательских лабораториях, при этом использование животных в разработке лекарственных препаратов существенно сократилось в период с 2005 по 2008 г. – более поздней статистики пока нет.

Тому есть две причины, говорит Томас Хартунг, возглавляющий Центр альтернатив испытаний на животных при Университете Дж. Хопкинса в Балтиморе, штат Мэриленд (США). Во-первых, лекарства всё чаще разрабатываются таким образом, чтобы взаимодействовать с конкретными молекулярными механизмами, а их проще выявить в чашке для культивирования микроорганизмов, чем в живых животных.

Во-вторых, проводить эксперименты в 1536-луночных чашках для культивирования существенно дешевле, чем на животных, поэтому у компаний есть мотивация использовать альтернативные методы, если они доступны.

Для некоторых видов экспериментов эквивалентных вариантов, не предполагающих использование животных, просто нет. Например, при поиске новых лекарств от боли в суставах, связанной с артритом, необходима модель, имитирующая человеческое состояние.

А парфюмера спросили?

Иначе обстоят дела с проверкой на безопасность других веществ, помимо лекарств для людей и животных – парфюмерно-косметических товаров, бытовой химии и промышленных химикатов.

Используемые сейчас методики тестирования устарели и недостаточно точны. В частности, тест на токсичность с участием грызунов позволяет определить лишь в 43% случаев, насколько токсична проверяемая субстанция для человека. С другой стороны, десятки тысяч подобных товаров вообще не проходили проверку на токсичность.

Закрывать образовавшуюся брешь исключительно с помощью экспериментов на животных было бы слишком дорого и непрактично. В Европе поиском альтернатив занимается организация под названием REACH, задача которой – пересмотр правил по химической безопасности, в США – национальные институты здравоохранения, взявшиеся за модернизацию в области токсикологии.

По мнению Хартунга, при наличии достаточных инвестиций и при должном уровне координации можно полностью отказаться от опытов над животными в данной сфере. Он возглавляет проект под названием «Токсом человека» (по аналогии с геномом человека), который призван определить, как вещества нарушают выработку гормонов и ставят под угрозу наше здоровье, а также разработать продвинутые методики лабораторной проверки на токсичность без участия животных. Хартунг признаёт, что проект движется медленно: «У нас нет человеческого материала для сравнения, и нет даже высококачественного животного материала». Из-за этого участникам проекта сложно оценить качество тестирования.

В целом движение за то, чтобы ограничить опыты над животными – по финансовым, научным или моральным соображениям – набирает силу. Эксперты отмечают, что использование животных во многих областях биологических исследований сокращается, даже несмотря на генетические разработки на мышах, из-за которых общие показатели не уменьшаются. «Думаю, это временно, – говорит Эндрю Роуан, президент и руководитель Международного общества защиты животных Humane Society International. – Вероятно, тенденция к снижению вернётся, когда мы усовершенствуем имеющиеся технологии». Как скоро это произойдёт, сказать трудно.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам BBC Medicine.

Здоровье

Употребление вишни способствует облегчению более различного генеза, в том числе при артрите и мышечных болях. Небольшое исследование, проведённое учёными из Нортумбрийского университета (Великобритания), показало, что употребление вишни терпких сортов увеличивает выделение мочевой кислоты из организма, что и способствует облегчению болей в суставах.

С вишней не так больно

Итак, в рандомизированном слепом перекрёстном эксперименте приняли участие 12 здоровых добровольцев, чей возраст в среднем составлял 26 лет. Чтобы выяснить уровень биодоступности антоцианов, в течение двух дней утром и вечером они принимали вишнёвый сок. Спустя 10 дней перерыва участники исследования ещё в течение 2 дней принимали этот напиток. До и после каждой фазы исследования у них проводились анализы крови и мочи.

Согласно результатам исследования, приём вишнёвого сока оказался связан со снижением в крови уровня С-реактивного белка и мочевой кислоты и увеличением выхода последней с мочой. При этом данный эффект не зависел от принятой дозы вишнёвого сока.

Как известно, высокий уровень мочевой кислоты связан с развитием подагры (подагрического артрита) – заболеванием, которое характеризуется отложением солей мочевой кислоты в различных тканях организма и возникновением болей и отёков в суставах.

По мнению учёных, необходимо провести более углублённые исследования, чтобы проверить полученные результаты, тем не менее эта работа добавляет данные, подтверждающие пользу употребления вишни терпких сортов для профилактики и облегчения суставных болей.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам
Journal of Functional Foods.

Однако

Золотая депрессия

По мнению канадских исследователей, материал, из которого изготовлены нательные украшения, влияет на психоэмоциональный фон человека. Например, золото способно вызывать депрессию за счёт усиления негативных эмоциональных всплесков.

Учёные объяснили, почему золото имеет такое влияние на психоэмоциональное состояние. Оказывается, изделия из этого металла стимулируют активное возбуждение всех процессов в головном мозгу, но одновременно с этим тормозят обмен веществ в организме. В результате происходят мощные всплески негативных эмоций. Специалисты провели эксперимент при участии нескольких тысяч добровольцев. Оказалось, испытуемые, не носившие золотые украшения, были более жизнерадостными и устойчивыми к стрессам.

Эксперты не рекомендуют носить золото в течение всего дня



и спать в нём. В свою очередь, серебряные украшения не оказывают такого сильного влияния на нервную систему. Напротив, было доказано, что они успокаивают (снижают активность нервной

системы) и снимают головную боль. Более того, серебро имеет мощный антибактериальный эффект.

Алина КРАЗЕ.

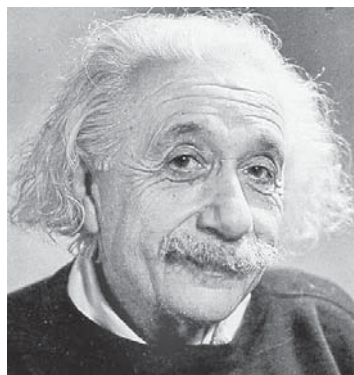
По сообщению Reuters.

Далёкое — близкое

Тайна гения Эйнштейна

Учёные продолжают попытки разгадать секреты его необычайной одарённости

Утром 18 апреля 1955 г. патологоанатом больницы в Принстоне Томас Харвей извлёк головной мозг скончавшегося там накануне Альберта Эйнштейна. Он произвёл самую главную в своей жизни аутопсию, считая необходимым сохранить его для исследования — пусть не современниками, то потомками. Но тайна гения Эйнштейна продолжает завораживать и остаётся предметом научных споров сегодня не меньше, чем 60 лет назад.



лет. Среди удостоившихся этой чести, например, великий математик Карл Фридрих Гаусс, американский поэт Уолт Уитмен и Владимир Ленин. В XIX веке учёных раздирали спор о том, коренится ли умственная мощь в анатомии, или за ней стоит некая нематериальная сила типа бессмертной души.

Этот водораздел философского свойства существует поныне. Одни считают, что развитость того или иного участка мозга соответствует наличию определённой способности. Другие полагают, что такой подход не более чем френология — бытовавшая в позапрошлом столетии лженаука, связывавшая психические свойства индивида с рельефом поверхности его мозга и черепа. Эпитет этот до сих пор довлеет над исследованиями с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии, которая стремится установить связи между умственными процессами с теми или иными участками коры мозга, измеряя сиюминутные изменения в притоке к ним крови.

Все, кто брался за изучение предмета, превосходно сознавали, на сколь зыбкую и чреватую противоречиями почву они вступают. Тем не менее они как один верили, что им удастся достичь успеха.

В 1985 г. невролог Мариан Даймонд из Университета Калифорнии в Беркли обнаружила присутствие в мозгу Эйнштейна необычно большого числа нейроглийных клеток (glia). Эти клетки обеспечивают поддержку «мыслительным» нейронам в левой теменной доле, которая участвует во всём, что связано с пространственной ориентацией и вычислениями. Даймонд сделала вывод, что их обилие у Эйнштейна могло обусловить концептуальную силу его мышления. Однако 7 лет спустя японский исследователь из Осаки связал тот же факт с

подозревавшейся у него в детстве дислексией, то есть трудностями в овладении навыками чтения.

В 1999 г. канадский невролог Сандра Уайтелсон сообщила о необычайной плотности складок и морщин тканей в теменных долях мозга учёного, предположив, что они могли образоваться в более раннем возрасте, чем обычно. Она задалась вопросом: не это ли обстоятельство имело отношение к его ярко выраженной способности мыслить пространственно, визуально и через математические формулы? Сам Харвей в статье, написанной в 1996 г., впрочем, предположил, что оно объясняло всего лишь более высокую скорость соединений между нейронами.

В 2013 г. специалист по сравнительной антропологии Дина Фальк из Университета Флориды подробно описала в журнале Brain строение мозга Эйнштейна, опираясь на изучение снимков, сделанных Харвеем, и обратила внимание на ряд любопытных черт. Например, на то, что он обладал выпуклой складкой в форме греческой буквы омега в зоне, отвечающей за движения левой руки. Подобное, по её утверждению, особенно часто встречается у музыкантов, играющих на скрипичных инструментах. А Эйнштейн как раз отличался незаурядной игрой на скрипке.

Дальше становилось ещё интереснее. Часть зоны, управляющей речью, — так называемый центр Брока в глубине третьей лобной извилины левого полушария — была необычно уплотнена, а участки, контролирующие лицевые мышцы вокруг рта, увеличены (невольно воскрешая ассоциацию со знаменитым фото Эйнштейна с далеко высунутым языком). Д. Фальк отметила и неординарную извилистость в лобных долях, которые, как считается, вовлечены в формирование абстрактного мышления. Правая верхняя теменная доля, куда поступает визуальная и пространственная информация также выделялась увеличенным размером. Логично вставал вопрос: не отсюда ли проистекали мысленные эксперименты Эйнштейна и его способность визуализировать искривление пространства-времени?

— Доказать это нет никакой возможности, и мы не стали

заниматься этим, — вспоминает Фредерик Лепор, соавтор исследования Фальк. — Мы только констатировали факты и вывели заключения. При весе в 1230 г мозг Эйнштейна не выделялся среди обычных, но при ближайшем рассмотрении безусловно отличался от мозга средне-статистического человека, и, возможно, это определило то, почему он стал гением эпохи.

Профессор психологии из Университета Пэйс в Нью-Йорке Теренс Хайнс, однако, решительно возражает.

— Чепуха это всё, — говорит он. — Если вы заранее знаете, что кто-то наделён незаурядным умом, вы непременно сможете найти подтверждение тому в микроскопических особенностях анатомии его мозга. Такой априорностью в научном подходе пронизана вся литература на данную тему.

В недавней статье Хайнс подверг уничтожающей критике целых 9 исследований на тему мозга Эйнштейна, начиная с работы Даймонд.

— Её исходный тезис о нейроглийных клетках исполнен той же предвзятости, — утверждает он. — А повышенная плотность нейронов с равным успехом отменялась у шизофреников, что, кстати, делает весьма сомнительной и ценность замечаний Харвея. То, что Эйнштейн в детстве страдал дислексией, отнюдь не является бесспорно установленным фактом. А Фальк не явила доказательств, что обнаруженная ею необычно сложная конфигурация отдельных извилин есть нечто большее, чем случайная вариация.

Скепсис Хайнса разделяет английский психиатр Лена Паланьяппан из Ноттингема, предостерегая против суждений на основе степени извилистости полушарий мозга.

— Если сравнивать эту черту у представителей различных животных, то наличие большего количества извилин, конечно, сигнализирует о большем интеллекте. Однако никто ещё не доказал такую взаимосвязь применительно к современному человеку как биологическому виду.

Некоторые сомнения, впрочем, вызывает и сам метод препарирования тканей, применённый Харвеем. Гарвардский профессор физиологии Марк Бёрк считает, что патологоанатом был недостаточно систематичен в проведении аутопсии мозга Эйнштейна, и потому сохранные им сегменты не могут служить материалом для обоснованных научных выводов.

— Но даже если бы мозг сохранился целиком в неприкосновенности или каким-то чудом ожил, мы всё равно не смогли бы выявить истоки гениальности Эйнштейна и она осталась бы тайной для нас, — считает Бёрк. — И, может быть, это только к лучшему.

Том ЗАЙЦЕВ,
собр. корр. «МГ».

Вашингтон.

К 70-летию Великой Победы

Славный путь полкового врача

Память о видном докторе и хорошем человеке хотят сохранить в Прииртышье

Депутаты Омского городского совета приняли решение увековечить имя известного не только в этих краях врача-хирурга и организатора здравоохранения Марка Рабиновича.



Марк Соломонович родился в 1892 г. в Полтавской губернии, детство и юность провёл в Средней Азии, где в 1911 г. окончил с серебряной медалью Самаркандскую гимназию, а в 1916-м с отличием — медицинский факультет Томского университета.

Призванный на военную службу, он за 10 лет прошёл путь от полкового врача до заведующего хирургическим отделением Томского окружного военного госпиталя, а затем, выиграв конкурс, занял должность заведующего кафедрой факультетской хирургии Омского медицинского института и был назначен главным врачом Омской городской клинической больницы. Здесь в 1937 г., уже профессор и доктор медицинских наук, Рабинович открыл первый в Омской области кабинет переливания крови, а тремя годами раньше создал в Омске службу скорой медицинской помощи, причём телефонизированную, а немного позже пополненную и особым подразделением — авиационным. Медики авиаотряда вылетали спасать людей не только в глубинные районы Прииртышья, но и в не относящиеся к его территории города и веси Западной Сибири — вплоть до Ханты-Мансийска.

В годы Великой Отечественной войны Марк Соломонович — главный хирург всех эвакуационных госпиталей, открытых в Омске. Благодаря таким его методическим разработкам, как «О переливании крови при заболеваниях и повреждениях органов грудной клетки», «Огнестрельные ранения грудной клетки и их лечение в госпиталях глубокого тыла», «Электрокардиография после ранения сердца», «Ущемлённые диафрагмальные грыжи после огнестрельных ранений грудной клетки», тысячи бойцов возвращались в строй. На счету профессора Рабиновича более 50 научных работ по хирургии и урологии и монография «Хронический гематурический нефрит». А ещё и литературно-медицинские исследования, широко востребованные и сегодня, — «А.П.Чехов и медицина», «Ранение и смерть гениального русского поэта А.С.Пушкина». Есть и другие, ставшие библиографической редкостью.

Человек выдающихся способностей, почётный член Всесоюзного научного медицинского общества урологов, Марк Соломонович был чрезвычайно скромным, даже фотографировался в редчайших случаях, а высшими своими наградами считал медали «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Так что решение омских депутатов увековечить имя профессора медицины Рабиновича именно в год 70-летия Победы закономерно и благородно.

Мемориальная доска в память о враче-хирурге Марке Соломоновиче Рабиновиче (1892-1976) будет установлена на фасаде здания Омского областного центра крови. А его имя, думается, надо бы присвоить областной станции скорой медицинской помощи.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

Когда педагог О.Емелькин в очередной раз из-за очередной задержки зарплаты оказался на бобах и ему не на что было купить даже фасоли, в этот минорный момент в нём вдруг выиграло формажорное отчаяние: «Ну почему сосед Альфонсов меняет женщин как перчатки, а я уже который год не могу купить себе рукавицы?!»

У Олега Титовича всё валилось из рук, и ему ничего не оставалось, как только мечтать о том времени, когда какая-нибудь «единственная и ненаглядная» возьмёт его в свои добрые и крепкие, хотя и женские руки. Но, как известно, самое удивительное в нашей жизни то, что даже самые невероятные желания и мечты иногда сбываются.

И для начала, когда однажды вечером наш герой полёживал на своей продавленной тахте в полудрёме, к нему вдруг явилась загадочная, почему-то в серебряном сиянии женщина с полузабытым лицом и сообщила ему, что в его руки плывёт огромное наследство. Вскочив на ноги, взволнованный Олег Титович забегал по своей малогабаритной квартирплощади, пытаясь вспомнить, не сказала ли ему необычная гостья, что это за наследство и откуда оно плывёт...

Весь день метался в предчувствии чего-то необычного полуголодный педагог, пока вновь возникшая в очередном вечере полусне серебристая дама не порекомендовала ему взять себя в руки, а также какой-нибудь шанцевый инструмент и поехать искать разгадку тайны в его старой загородной развалюхе, носившей с незапамятных времён громкий псевдоним «дача».

Разобрав в ближайшие выходные не только стены, но даже кладку фундамента, Емелькин никакого клада не обнаружил. Если не считать старой шкатулки с не менее старыми фотографиями, с одной из которых на него глянуло то самое полузабытое лицо. И только тут, стоя на развалинах своей загородной недвижимости, Олег Титович смутно припомнил, что эта вот его двоюродная прабабка (как гласило семейное предание) – в забытом прошлом

На литературный конкурс

Призрачное наследство Олега Титовича



студентка Смольного института красной профессуры – некогда отдала своё сердце сокурснику и делу освобождения закабалённых женщин Востока.

«Так вот откуда должно приплыть наследство!..» – начал догадываться Емелькин. И тем же вечером в его сны вплыла серебристая прабабка и разъяснила, что за причитающимся ему наследством он должен срочно и немедленно обратиться в Инюрколлегию.

Утро ещё красило нежным светом всё кругом, когда раскрасневшийся от радостных предчувствий Олег Титович открыл двери этого непонятного учреждения, которое, как объяснил ему вскоре соотвествующий чиновник, посетил непонятно зачем. Поскольку не имел никаких документов, подтверждавших родство с потенциальной наследодательницей, кроме, конечно, её пожелтевшего фото.

Тогда наш герой после очередной «сонной» подсказки серебристой родственницы снова бросился за город и, довершив разрушение дачи, обнаружил-таки ещё одну шкатулку, содержащую необходимые документы. И ещё через несколько дней всё тот же чиновник Инюрколлегии торжественно вручил в его дрожащие от радости руки уведомление Ближневосточного Эмиратского суда по наследственным делам, в котором чёрным по белому, хотя и справа налево, извещалось, что «господину О.Т.Емелькину» обломилось наследство в виде... гарема на 300 голов!

Гарем этот пожелала передать в заботливые руки Олега Титовича старшая, но любимая жена безвременно ушедшего в лучший мир 95-летнего, но бездетного руководителя одного из местных эмиратов, как вы уже, наверное, догадались, та самая призрачная гостья из его вечерних полуснов.

Весь день душа Емелькина пела известную строчку из почти народной песни: «Не плохо очень иметь три жены!..», причём радость его была стократной, в соответствии с размерами подарка.

Вот только уже на следующий день ему припомнилась другая строчка из той же песни: «Но плохо очень с другой стороны...» И действительно, со стороны тех же соседей могли возникнуть определённые нарекания, когда, к примеру, все новоявленные спутницы жизни начнут журить Олега Титовича в 300 своих восточных глоток, так это может перекрыть все голоса любимых телеведущих, не говоря уже об электродрелях и прочих пылесосах!

На третий день, проведя несложные математические расчёты и определив, сколько женщин он сможет разместить на одном квадратном метре своей полезной жилплощади, наш герой вдруг осознал, что в своих требованиях

к Судьбе он несколько переборщил. Тем более что с таким количеством «единственных и ненаглядных» каши не сварить. Не говоря уже о чём-то более существенном. И на четвёртый день насупившийся Олег Титович побрёл в Инюрколлегию отказываться от непомерного наследства.

Но Судьба порой любит воздавать своим избранникам не по меркам. Стоило Емелькину положить на стол знакомого чиновника отказ от получения наследства, как тот поздравил его с очередным подарком Судьбы, то есть с очередным наследством!

В бутылке, выловленной у берегов Антарктиды, было обнаружено завещание единственного обитателя и владельца необитаемого острова в пользу О.Т.Емелькина. Согласно документу, этот участок суши передавался ему в вечное владение. Разумеется, если счастливый наследник сумеет доказать своё родство с этим последователем Робинзона Крузо.

Новый серебристый гость долго ещё проникал в вечерние сны Емелькина, рекомендуя снести старинный дом, в котором с самого рождения обитал наш герой, а потом даже называл точные координаты острова, затерявшегося где-то в одном из углов Бермудского треугольника. Олег Титович отчаянно сопротивлялся. И даже почти перестал спать вечерами. Почему? Да просто потому, что после потери загородной собственности он больше не только в призраков, но и самим призракам категорически не верил!

Евгений КРАТАР.

Москва.

Сторона строя					Метал. профиль		"Аль-манзор"	СКАНВОРД										Николсон, фильм					Летучий дракон	Рябина глоговина																									
	Мометазон	Домнина		Рос. дирижер					Эксенатид						Каменная стена (стар.)		Продукт из муки	Тонкая метал. лента		"Веселая вдова"		Узбекский поэт																											
				Фамцикло-вир		Вития	Кисло-молоч. продукт	Речной дельфин	Древнегреч. философ		"Монолог", актер	Родственник ястреба		Рубящее оружие				Итал. поэт																															
	Пушок на ткани	Публич. оскорбление						Секретер			"Демон", художник								"... Мария", Шуберт																														
				Плач				Бернар	Мордов. муз. инструмент					Англ. архитектор				Подвесное ложе																															
	Антилопа	Приток Алдана				Италийские племена				Малая планета	Ирина		Старин. русская буква	Украшение, икона					Цыганка ...																														
			Клев	Пятикнижие				Среднеазиат. математик				Самолет																																					
	Опора моста					Скопище людей				Воспал. радужки глаза																																							
Автор Валерий Шаршуков		Рос. физик		Латвия				"Красное и черное" (перс.)																																									
														Б	О	К	С															Д	Е	Л	А	Г	И	Л											
														Р	Е	Г	Б	И	А	Ш	Э															Б	Р	О	Н	З	А	Б	Н	Ш					
														Е	Е	Г	Е	Л	И	О	Д	О	Р	И	П															Л	Л	А	Н	Г	К				
														П	А	П	П	И	Т	С	Е	К	Т	О	Р															Ш	И	П	О	К	О	М	У		
														Е	А	К	А	Ф	К	А	Ч	А	Г	А	Т															Л	Р	А	Й	Д	Е	Р			
														Ш	А	Б	Л	О	Н	О	Т	О	К	И															А	О	Ш	А	Н	И	Н	А	Д	А	
														О	Е	Н	И	С	Т	А	Л	О	В	А	Р															Р	О	М							
														К	Е	Н	И	Я	Ф	У	Р	Ь	Е	А	Л	О															З	А							
														Е	К	В	И	Н	Т	С	Ы	Н	К	У															С										

Ответы на сканворд, опубликованный в № 21 от 25.03.2015.