

# Медицинская

28 июня 2017 г.  
среда  
№ 46 (7764)

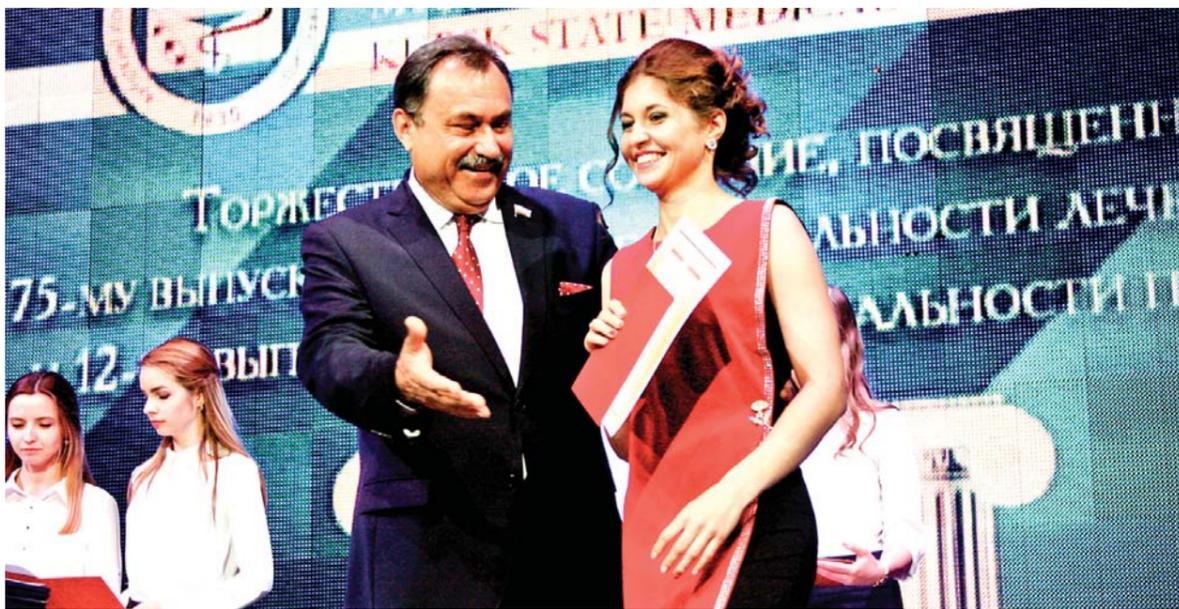
# Газета®

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

## События

# Мы гордимся вами, молодые коллеги!

В Курском государственном медицинском университете состоялся юбилейный выпуск врачей лечебного факультета



В этом году диплом с отличием получили 67 выпускников лечебного факультета КГМУ, что составляет более 18% от общего числа студентов. При этом 86% сдали на «хорошо» и «отлично» итоговую государственную аттестацию. Из них 40 защитили дипломные работы на «отлично».

— Сегодня вы перевернули последнюю страницу прекрасных студенческих лет, — обратился к выпускникам ректор КГМУ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Виктор Лазаренко. — Эти годы вы запомните навсегда. Завтра вам будут доверены человеческие жизни. Вы — медицинские силы национальной безопасности России. Надеюсь, что каждый будет вспоминать с гордостью время учёбы в университете. Главное, высоко и гордо несите ту частичку любви, которую вам передали ваши преподаватели. Помните, что отныне вы врачи — гордитесь этим!

Ректор Виктор Лазаренко вручает диплом выпускнице лечебного факультета Юлии Лариной

Закончил свое выступление В.Лазаренко словами знаменитого земляка композитора Георгия Свиридова: «Вы должны своим трудом воспитать Русь, где Господь дал и велел нам жить, радоваться и мучиться».

Многие студенты этого, 75-го, выпуска, прекрасно совмещали учёбу с общественной, спортивной и творческой деятельностью. Они включились в программу профессионально ориентированного волонтерства. Треть выпускников 2017 г. готовится к профессиональной деятельности, уже сейчас работая в лечебных учреждениях города и службе скорой медицинской помощи. К их заслугам можно отнести и то, что при их участии академический хор «Гаудеамус» получил звание народного коллектива. Можно вспомнить и о серьёзных достижениях в спорте

бывших студентов, их деятельности в добровольной народной дружине вуза.

В такой особый день, конечно, радовались все бывшие студенты, их родители и преподаватели, почётные гости, среди которых заместитель губернатора Курской области А.Зубарев, представители органов власти, работодатели. Но выпускники уже строили планы на будущее. В любом случае молодые врачи — счастливые люди. Они окончили один из престижнейших вузов России. Достаточно сказать, что, по результатам Национального рейтинга вузов, он занял первое место среди вузов Курска, пятое — среди медицинских вузов России.

Алексей ПАПЫРИН, Александр ХУДАСОВ (фото), специальные корреспонденты «МГ». Москва — Курск.

Антон ПЛОТНИКОВ, директор Лечебно-реабилитационного центра Минэкономразвития России: Каждый индивид — это хорошо продуманная субстанция, запрограммированная на жизнь.

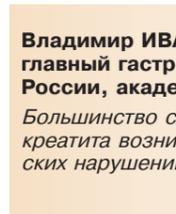
Стр. 4



Юрий АЛЕКСАНДРОВСКИЙ, заместитель директора по научной работе ФМИЦПН им. В.П.Сербского, член-корреспондент РАН:

Общечеловеческие демократические ценности немислимо защищать с помощью террора, наоборот, цивилизация нуждается в защите от агрессивных действий.

Стр. 10



Владимир ИВАШКИН, главный гастроэнтеролог Минздрава России, академик РАН:

Большинство случаев хронического панкреатита возникают на основе генетических нарушений.

Стр. 12



## На контроле

# К чемпионату ГОТОВЫ

В рамках подготовки к чемпионату мира по футболу — 2018 экстренные медицинские службы и лечебные учреждения Калининградской области продемонстрировали готовность к ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации на главном стадионе первенства.

Как рассказала руководитель штаба по проведению тактико-специальных учений, сотрудник регионального Минздрава Лидия Окорочкова, это была первая учебная тренировка ведомства, территориальной службы медицины катастроф и медицинских организаций, которые будут задействованы во время проведения предстоящих соревнований. Целью совместных учений стали отработка вопросов по организации, управлению, порядку и последовательности перевода учреждений здравоохранения региона в режим повышенной готовности, проведение анализа запланированных мероприятий медико-санитарного характера.

Первый этап учебной тренировки проводился на территории городской станции скорой медицинской помощи. По легенде, на одной из трибун стадиона, на которой размещались болельщики, произошло обрушение. На место происшествия незамедлительно прибыла бригада городской станции скорой медицинской помощи, которая определила степень тяжести 10 «пострадав-

ших», извлечённых «из-под обломков», и в соответствии с ней — очередность эвакуации.

Затем в опасный район были направлены ещё 10 бригад СМП, а учреждения, задействованные по время проведения ЧМ-2018, приведены в режим чрезвычайной ситуации. В соответствии с разработанной маршрутизацией пациенты, нуждающиеся в госпитализации, доставлены в лечебные учреждения автомобилями скорой медицинской помощи.

Во время проведения второго этапа тренировки штаб учений проверил организацию и работу медицинских организаций в условиях приёма массового потока поражённых при возникновении чрезвычайной ситуации — Калининградской областной и центральной городской клинических больниц, детской областной больницы, а также городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

По оценке представителей регионального Минздрава, в целом учения прошли успешно.

Л.Окорочкова отметила: «Мы продолжим подобные тренировки, с тем чтобы в сентябре показать эффективность действий наших экстренных медицинских служб и учреждений здравоохранения представителям оргкомитета предстоящего чемпионата».

Инна СЕРГЕЕВА, Калининградская область.

## Перемены

# Для детей Дальнего Востока

Детский больничный комплекс начинает строиться в Хабаровском крае. В Комсомольске-на-Амуре в рамках торжеств к юбилею города состоялась церемония закладки капсулы в основание этого нового медицинского учреждения. Участие в ней принял губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт, представители городских и краевых властей, а также жители города.

Как отметил глава региона, детский больничный комплекс станет одним из главных объектов долгосрочного плана

социально-экономического развития Комсомольска-на-Амуре. Его реализация в крае ведётся в соответствии с поручением Президента РФ.

По словам губернатора, первая очередь включает строительство детской поликлиники на 500 посещений в смену. В её структуре предусмотрены отделения неотложной медицинской помощи, педиатрическое, консультативно-диагностическое, восстановительной медицины с кабинетами физиотерапии, медико-социальной помощи, дневной стационар на 15 коек, центр здоровья.

Вторая очередь будет состоять из лечебного корпуса и детского консультативного отделения на 300 посещений. Современным оборудованием оснастят отделение лучевой диагностики. Возведение комплекса стоимостью около 2,7 млрд руб. планируется завершить в 2019 г.

К слову, консультацию и лечение здесь смогут получить дети не только из Комсомольска-на-Амуре, но и других городов и районов региона.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ». Хабаровский край.

## Новости

## Преимущества нового отделения

В Владивостокском клиническом родильном доме № 3 открылось новое отделение – патологии новорождённых и недоношенных детей. Открытие этого подразделения стало возможным благодаря поддержке Департамента здравоохранения Приморского края.

Отделение предназначено для наблюдения и лечения малышек с врождёнными пороками развития и перенёсших гемолитическую болезнь, маловесных и недоношенных (с 34 недель), а также маленьких пациентов, получивших первичную помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых, находящихся в стабильном состоянии и нуждающихся в продолжении лечения.

– Это так называемый второй этап выхаживания, который возможен только в учреждениях здравоохранения третьего уровня, каковым и является наш роддом, – поясняет Светлана Сагайдачная, главный врач учреждения. – Его преимущество состоит в том, что малышки, появившиеся на свет в нашем акушерском стационаре и требующие более длительного ухода, пристального внимания и дополнительного лечения, могут продолжать получать их у нас без перевода в другое профильное учреждение и связанных с этим стрессов для мамы и ребёнка. Маленькие пациентки отделения будут здесь поправляться и набираться сил до 10 дней. Учитывая же то, что некоторых из них станут направлять сюда после лечения в реанимации, максимальный период пребывания в родильном доме для них может составить примерно 3 недели.

Важность работы нового отделения отметила и начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Департамента здравоохранения Приморского края Елена Ибрагимова, которая напомнила, что лечение малышек, нуждающихся в дополнительном наблюдении и уходе, требует определённых условий. Здесь они обеспечиваются всем в полной мере.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

## Главней всего здоровье в доме...

Самой важной жизненной ценностью для россиянина является здоровье. Так ответили на опрос Всероссийского центра изучения общественного мнения о приоритетах в их жизни 95% из 1200 респондентов.

Здоровье в этом году получило, как показало исследование, наибольший индекс за последние 12 лет. В 2014 г. оно, напомним, заняло лишь четвёртую строчку рейтинга ценностей. В этом году среди всех опрошенных только 4% выразили сомнение в том, что здоровье собственное и близких для них очень важно, выбрав ответ «скорее важно».

Самые низкие позиции в списке жизненных приоритетов россияне заняли, кстати, продвижение по карьерной лестнице и возможность занять высокую должность, участие в общественной и политической жизни, а также климат в месте проживания.

Так что не совсем верно, видимо, поётся в популярной песне «Важней всего погода в доме...»

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

## Реанимобиль для самых маленьких

Челябинская областная детская клиническая больница получила новый реанимобиль для новорождённых. Машину приобрели на средства областного бюджета.

Реаниматологи главной детской больницы региона ежедневно выезжают в города и сёла, чтобы оказать помощь тяжелобольным детям. Каждый год они совершают до 500 таких выездов. В автопарке детской больницы было два реанимобиля для транспортировки новорождённых и один – для более взрослых детей. Теперь в арсенале детских «спасателей» появился ещё один реанимобиль скорой медицинской помощи для новорождённых.

– Новая машина представляет собой своеобразную реанимационную палату на колёсах, – рассказала главный педиатр Минздрава Челябинской области Галина Киреева. – В ней установлено самое современное оборудование: инкубатор, аппарат ИВЛ, шприцевые дозаторы, электроотсос. Новый реанимобиль отличается от предыдущих наличием аппарата для обеззараживания воздуха внутри салона и более современного аппарата искусственной вентиляции лёгких, который позволит расширить рамки транспортабельности новорождённых.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

## Признание

Лучшему врачу –  
ключи от автомобиля

На такую награду могут рассчитывать заслуженные доктора в Прииртышье

В концертном зале Омской филармонии на торжественном собрании присутствовали ведущие специалисты городских и сельских больниц и поликлиник – поистине цвет омского здравоохранения, – всего около 800 человек.

В первых рядах сидели ветераны отрасли и 50 врачей, занявших 1-е и 2-е места в 25 номинациях областного этапа Всероссийского конкурса «Лучший врач года-2017». Медиков поздравил губернатор области Виктор Назаров. Он напомнил, что в омском здравоохранении трудятся 45 тыс. человек, 8 тыс. врачей, 19 тыс. средних медицинских работников. Среди омских медиков 252 кандидата и 18 докторов медицинских наук, 86 человек имеют почётные звания «Заслуженный врач РФ» и «Заслуженный работник здравоохранения РФ». Ряды медицинских работников ежегодно пополняют молодые специалисты – выпускники медицинских образовательных учреждений региона. Одним из ведущих медицинских вузов страны является Омский государственный медицинский университет, который ежегодно выпускает более 500 молодых врачей.

Тепло поздравив «людей в белых халатах», В.Назаров выполнил и почётную миссию – вручил Благодарность Президента РФ заме-



С.Туморин принимает подарок

стителю главного врача областной клинической больницы, заведующему перинатальным центром Вячеславу Ралко, а также почётные грамоты правительства Омской области нескольким медицинским работникам.

Награды получили все лауреаты областного этапа конкурса «Лучший врач года». Абсолютным победителем признан заведующий отделением вертебрологии Клинического медико-хирургического центра, травматолог-ортопед с

35-летним стажем Сергей Туморин. С его именем связано целое направление развития и внедрения в практику омских травматологов-ортопедов сложнейших операций на позвоночнике. Он стоял у истоков омской вертебрологии. Губернатор области В.Назаров вручил лучшему врачу Прииртышья ключи от автомобиля.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Перспективы

Медицинская помощь  
на расстоянии

В законодательстве страны должно обязательно учитывать право пациента на получение дистанционной медицинской помощи, считают эксперты Общероссийского народного фронта.

По официальным оценкам, в России не хватает более 30 тыс. врачей. При этом текущий уровень развития информационных технологий в области охраны здоровья уже сегодня позволяет удалённо в ряде случаев провести диа-

гностику заболевания, корректировать лечение и контролировать состояние здоровья пациента. В связи с этим будущий закон об использовании телемедицинских технологий обязательно должен учитывать право пациента на получение дистанционной медицинской помощи, сообщают в ОНФ.

В ходе последнего послания Федеральному собранию Президент РФ Владимир Путин особо подчеркнул, что телемедицина должна предоставить населению возможность получать консуль-

тации специалистов ведущих федеральных и региональных медицинских организаций.

В соответствии с поручением главы государства Правительство России разработало и внесло в Госдуму РФ законопроект об использовании информационно-телекоммуникационных технологий в здравоохранении.

Во время «круглого стола» на тему «Цифровая трансформация здравоохранения», который состоялся в рамках конференции «Цифровая индустрия промышленной России», эксперты представили свой взгляд на правительственный законопроект о телемедицине.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Cito!

## Акценты

Советник председателя Федерального фонда ОМС Игорь Селезнёв прокомментировал внесённый в Государственную Думу РФ законопроект, содержащий нормы о выведении страховых медицинских организаций (СМО) из системы обязательного медицинского страхования:

– Это одна из законодательных инициатив, направленных на регулирование сферы, о которой авторы, как правило, имеют неполное и не совсем верное представление, – о том, как это устроено и работает на самом деле.

Страховые медицинские компании являются важнейшим звеном пациентоориентированной системы здравоохранения. Это первичный элемент персонализированной медицинской помощи, начинаю-

## Важное звено системы

щейся с получения полиса ОМС. Конечно, новые механизмы индивидуальной, адресной работы с застрахованными гражданами требуют настройки. Мы работаем над этим вместе со страховыми компаниями. И эта работа будет продолжаться. Но уже сейчас понятно, что стратегическое направление развития системы ОМС выбрано верное.

За прошлый год страховыми компаниями создано почти 100 контакт-центров, подготовлено свыше 6,5 тыс. страховых представителей. Более 90% проблем застрахованных по ОМС решается при первом обращении на горячую линию СМО.

Мы видим рост доверия населения к такому институту, как страховой представитель, который как раз напрямую помогает конкретному застрахованному в устранении возникших проблем. Количество обращений на горячие линии выросло более чем на 20% – с 482,9 тыс. в I квартале 2016 г. до 587,4 тыс. за аналогичный период 2017 г.

Введение института страховых представителей, открытие контакт-центров, широкомасштабное индивидуальное информирование застрахованных позволяет повышать показатели профилактической работы. Если за I квартал 2016 г. диспансеризацию прошли 3,9 млн

человек, то за аналогичный период 2017 г. – уже 4,5 млн. Благодаря разработанному и утверждённому регламенту взаимодействия лечебных учреждений, территориальных фондов ОМС и страховых медицинских компаний выстраивается оптимальная маршрутизация пациентов, уже позволившая сократить сроки прохождения диспансеризации в 4,2 раза.

Страховые компании осуществляют колоссальный объём экспертной работы, по сути являясь основой действующего института контроля качества медицинской помощи. В 2016 г. ими проведено около 26 млн медико-экономиче-

ских экспертиз, порядка 13 млн экспертиз качества медицинской помощи.

Что же касается расходов на содержание страховых медицинских компаний, непонятно откуда и зачем уважаемый автор законопроекта взял эти цифры, неоднократно нами опровергнутые. В 2015 г. расходы страховых компаний, работающих в ОМС, составили 15,1 млрд руб., в 2016 г. меньше – 14,8 млрд. В относительных показателях это 1 и 0,95% от объёма выделяемых на оплату медицинской помощи средств соответственно. Любая коммерческая компания может позавидовать такой эффективности.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Cito!

Дословно

# К чему приводит бесконтрольность

Главный онколог Минздрава России академик РАН Михаил Давыдов прокомментировал ситуацию с состоянием онкологической службы в Мурманской области, о которой во время прямой линии с Президентом РФ 15 июня 2017 г. рассказала жительница города Апатиты. Молодая женщина, страдающая онкологическим заболеванием IV стадии, упрекала врачей в поздней диагностике рака и неадекватном лечении.

– Проблема оказания онкологической помощи в Мурманской области является крайне актуальной. По сути, мы наблюдаем полную дезорганизацию онко-службы в регионе. Областной диспансер ликвидирован как самостоятельное подразделение и разрознен по структуре отделений областной больницы. Подобный подход крайне неконструктивен и нарушает основной принцип организации специализированной онкологической помощи, – говорится в официальном тексте комментария.

По мнению главного онколога Минздрава России, эта проблема в первую очередь связана с тем, что уже много лет в нашей стране вопросы здравоохранения решаются на уровне региональных властей. В результате доступность и уровень онкологической помощи в субъектах РФ сильно различаются.

Происходящее в Мурманской области фактически является наглядной иллюстрацией

того, о чём как раз накануне академик М.Давыдов рассказал в интервью «Медицинской газете» (№ 43 от 16.06.2017). На сегодняшний день главный специалист Минздрава России и головное профильное учреждение страны – Российский онкологический научный центр им. Н.И.Блохина – взаимодействуют с коллегами из регионов исключительно на уровне методических рекомендаций, клинических консультаций и добрых советов. Прямой вертикали подчинённости, управления и контроля в онкологической службе, как и во всех других сферах здравоохранения, нет, а полномочия главных специалистов Минздрава России в этом смысле резко ограничены.

– Российской онкологической службе требуется законодательное построение вертикальной системы управления. Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями, которая в окончательном виде будет представлена Министерству здравоохранения осенью 2017 г., призвана заложить основу для законодательного формирования такой вертикали, – говорит М.Давыдов. Он подчёркивает, что решение данной задачи позволит пациентам, проживающим в разных субъектах РФ, иметь одинаковый доступ к получению эффективных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Кстати

## Помочь всем обратившимся

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала поручение сформировать в Минздраве России рабочую группу, в задачи которой будет входить анализ всех обращений, поступивших во время прямой линии с Президентом РФ Владимиром Путиным по теме здравоохранения.

В группу войдут как сотрудники ведомства, так и ведущие эксперты по наиболее значимым направлениям практического здравоохранения, а также представители регионов.

«Предстоит не только разобрать каждое обращение и постараться помочь всем обратившимся, но и выявить наиболее проблемные точки для принятия системных мер, если это потребует», – сказала министр.

Соб. инф.

Назначения

Главой профильной комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения стал известный кардиохирург академик РАН Лео Бокерия.

Директор Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева главный кардиохирург Минздрава России Л.Бокерия – президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации».

Первым заместителем Л.Бокерии в обновлённой комиссии стал директор Федерального государственного научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России Николай Дайхес, который возглавлял комиссию по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии с 2012 по 2014 г.

Иван САВРАНОВ.  
МИА Сити!

Санитарная зона

Первый в этом году летальный случай от клещевого энцефалита в России зафиксирован в Екатеринбурге. А по данным Клинической инфекционной больницы им. С.П.Боткина Санкт-Петербурга, заражение этим опасным заболеванием диагностировано здесь уже у 10 горожан.

Скончавшаяся 68-летняя жительница Екатеринбурга не была привита. После укуса клеща женщина своевременно не обратилась за инъекцией иммуноглобулина. Всего, по данным главного врача городского центра медицинской профилактики Александра Харитонов, в столице Урала уже зарегистрировано более 5 тыс. обращений по поводу присасывания клеща. Из госпитализированных 94 человек у 11 заболевание подтверждено, в том числе у 2 детей.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека назвала в своём докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» регионы, в которых регистрируется больше всего об-

# Роспотребнадзор: где наиболее активны клещи

ращений к врачам из-за присасываний клещей. На первом месте оказалась Республика Алтай, где отмечается один из самых высоких уровней заболеваемости клещевым энцефалитом.

В пятёрке регионов с самой высокой обращаемостью к врачам оказались также Вологодская, Томская, Кировская и Кемеровская области. Далее в порядке убывания следуют Костромская и Тюменская области, Удмуртская Республика, Республика Тыва, Новгородская, Новосибирская, Иркутская, Калининградская и Свердловская области, Республика Хакасия и Красноярский край.

Также Роспотребнадзор назвал регионы, в которых существует са-

мый высокий риск заражения клещевым энцефалитом, от которого в 2016 г. умерли 32 человека. Наибольшая заболеваемость в 2016 г. регистрировалась в Красноярском крае (13,2 случая на 100 тыс. населения), Республике Алтай (9,33), Томской (6,88), Кировской (5,46) и Костромской областях (5,05).

Что касается клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), то он чаще всего регистрируется в Республике Тыва (23,51 на 100 тыс. населения), Вологодской (23,04) и Кировской областях (15,07), Республике Хакасия (12,87) и Свердловской области (12,2).

Валерий МАЛОВ.  
МИА Сити!

Проекты

# Стимул «сверху»

Государственная дума РФ приняла в первом чтении поправки в федеральный бюджет на 2017 г., предусматривающие выделение дополнительно 1,8 млрд руб. на здравоохранение. За данные изменения проголосовало большинство депутатов.

Эти деньги Правительство РФ предлагает направить на конкретные проекты, в том числе на капитальный ремонт главного корпуса Института хирургии им. А.В.Вишневского, запуск отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова и др.

Однако, как указано в заключении по проекту, Счётная палата РФ сочла необоснованными дополнительные траты Минздрава России. «Не представлены обоснования по расходам на проведение капитального ремонта недвижимого и особо

ценного движимого имущества для 5 федеральных бюджетных и автономных учреждений в сумме 537,3 млн руб.», – указано в заключении Счётной палаты. В случае с объектами ФМБА, по финансированию которых планируется перераспределение средств, Счётная палата также не получила никакого обоснования со стороны ведомств.

К выводам Счётной палаты депутаты не раз апеллировали в ходе заседания. В частности, они заявили, что Правительство РФ проигнорировало собственное обещание выделить деньги на приобретение оборудования для Института детской онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина.

В кабинете министров пообещали принять это к сведению при дополнительном рассмотрении бюджета.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Ситуация

# Не было бы ремонта, да штраф помог...



В минувшем году было отремонтировано 19 единиц медицинского оборудования, непосредственно влияющего на снижение смертности населения Кузбасса. Общая стоимость ремонта – 20 млн руб. Источником финансирования стали... штрафы, которые были взысканы экспертами страховых компаний и территориального фонда ОМС Кемеровской области с различных больниц за некачественное оказание медицинской помощи.

– Ранее средства от штрафных санкций направлялись либо на оплату медицинской помощи в системе ОМС, либо на формирование собственных средств страховых компаний, – отметила заместитель директора ТФОМС Кемеровской области по экономическим вопросам Наталья Матвеева. – Однако в декабре 2015 г. были внесены поправки в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», определившие, что эти деньги должны стать целевым источником для устранения двух главных причин, из-за которых медицинская помощь оказывается порой некачественно. А это отсутствие оборудования, необходимого для проведения обязательных исследований, и недостаточная квалификация медперсонала.

Обучение медиков ТФОМС в прошлом году не оплачивал, поскольку нормативная база по образовательным программам на

федеральном уровне проработана не была. А план расходов на ремонт оборудования утвердили в объёме 38 млн руб. На что именно направить эти средства, решал Департамент охраны здоровья населения области, который счёл, что вместо покупки новой медицинской техники важнее вернуть к работе то, что уже есть и простаивает из-за поломок. Главным критерием отбора стало влияние оборудования на снижение смертности в Кузбассе.

В итоговый список включили 29 единиц медтехники – из Кемеровского кардиоцентра и областного перинатального центра, областного госпиталя ветеранов войн и других медучреждений.

В 2017 г. на ремонт оборудования предполагается потратить 18 млн руб. ТФОМС оплачивает только фактически выполненные работы уже после того, как отремонтированная медицинская техника будет введена в эксплуатацию.

В I квартале этого года общая сумма штрафов, взысканных с больниц за некачественное оказание помощи застрахованным гражданам, составила более 13 млн руб. Из них 403 тыс. будут направлены на повышение квалификации врачей, а 12,9 млн – на ремонт дорогостоящей медицинской техники, включая несколько магнитно-резонансных томографов.

Валентина АКимова,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

– **Антон Олегович, чем сегодня живёт ваша медицинская организация?**

– Мы в непрерывном поиске, постоянном движении вперёд. По-прежнему слаженно и эффективно дополняя друг друга, у нас функционируют все основные направления – первичная амбулаторная медицинская помощь, стационарная и санаторно-курортная. С начала 2017 г. мы осуществляем структурные изменения, цель которых в установлении большего взаимодействия между всеми нашими тремя подразделениями. Акцент делаем на развитии медицинской реабилитации и санаторно-курортного направления.

– **Расскажите подробнее о медицинских проектах...**

– Начиная с 2017 г., разрабатываем новые проектные направления по развитию акушерской, педиатрической, урогинекологической, онкологической, проктологической служб и профилактике заболелаваний сердечно-сосудистой системы. Знаете, бытует такое выражение: главное – ввязаться в бой, а потом разберёмся. Мы не сторонники такой позиции. Сначала «ввязаться», а затем ломать голову, как выпутаться из патовой ситуации, – не наш подход. Любое большое дело требует большой предварительной проработки.

Сейчас при участии кафедры акушерства и гинекологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова под руководством доктора медицинских наук профессора С.Левакова мы активно реализуем проект развития в нашем учреждении акушерско-гинекологической и урогинекологической служб. Проект предусматривает наблюдение беременных женщин из групп риска с составлением индивидуальных программ наблюдения и маршрутизации в рамках трёхуровневой системы, с применением современных инновационных технологий, дистанционным КТГ-мониторингом плода. В рамках этого же проекта планируются открытие школы эндометриоза, расширение услуг урогинекологической помощи с использованием современных методов диагностики причин недержания мочи и внедрение малоинвазивных методов хирургического лечения. Одним из результатов сотрудничества с учёными Первого МГМУ им. И.М.Сеченова станет проведение на наших площадках обучающих семинаров в рамках последипломного образования врачей. Есть идея наладить международное сотрудничество по данным направлениям. По нашему мнению, проведение мастер-классов, трансляций из операционных и многое другое поможет обучению специалистов новейшим технологиям лечения заболеваний.

Наша клиника развивает и онкологическую службу. Уже разработаны и успешно реализуются программы по ранней диагностике рака. Причём исследования проводятся в течение одного дня (check-up «Здоровье женщины: своевременная диагностика и профилактика рака шейки матки», «Онкомаммологический скрининг», «Ранняя диагностика рака лёгких», «Ранняя диагностика колоректального рака»). Несмотря на короткие сроки проведения диагностики, мы гарантируем качество и исключение диагностических ошибок. Такая работа возможна благодаря междисциплинарному взаимодействию различных специалистов. В этом направлении мы активно сотрудничаем с ведущими научными сотрудниками московских исследовательских центров: наши консультанты – главный онколог Департамента здравоохранения Москвы И.Хатьков, ведущий колопроктолог Московского клинического научного центра М.Данилов и многие другие.

Учитывая фатальную угрозу здоровью граждан, пристальное внимание уделяем ранней профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в частности диагностике и лечению метаболического синдрома. И опять же успешно занимаемся этой проблемой, позволяя современным методам диагностики, мультидисциплинарный подход и слаженная

«Портрет» современного здравоохранения во многом определяют представители новой генерации руководителей, прошедших обучение на лучших отечественных площадках и за рубежом. Один из таких – директор Лечебно-реабилитационного центра Минэкономразвития России Антон ПЛОТНИКОВ. В прошлогоднем интервью (см. «МГ» № 74 от 30.09.2016) он поделился с коллегами опытом на посту руководителя этой, прямо скажем, уникальной медицинской организации, весьма отличной от аналогичных структур системы Минздрава России.

За прошедшее с предыдущей беседы время, как говорится, много воды утекло. Случайно

**Ориентиры**

## Успешен тот, кто первый и лучший

Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России инвестирует в благополучие каждого человека

работа команды врачей разных специальностей.

Одним из наших последних важных достижений является внедрение в учреждении методов молекулярно-генетической диагностики с её возможностями превентивного выявления патологии до появления симптомов, определения генетической предрасположенности к различным заболеваниям и проведения пренатальной генетической диагностики.

– **Какие шаги делаете навстречу пациентам?**

– Мы понимаем, что сейчас не самое лёгкое время в стране и, в частности, в здравоохранении, поэтому непрерывно анализируем не только научные достижения в медицине, но и рынок медицинских услуг, и потребности населения. Прежде в нашей стране были широко распространены диспансеризация и медицинские осмотры. Это очень важный шаг в здоровьесбережении работников, поэтому мы разработали и внедрили несколько узконаправленных программ, в том числе по нозологическим формам заболеваний и т.д. Считаем их эффективными и результативными. Диагностические процедуры (по сути, это check-up), начиная от программ короткой диспансеризации и заканчивая более глубоким исследованием, пациенты могут пройти всего за несколько часов или за 1-2 дня и на любой из площадок – как в центре Москвы, так и за городом, находясь на отдыхе. При этом, в отличие от

Очень востребована выездная вакцинация, особенно в эпидсезон. Стоит отметить, что одной из наиболее важных для нас служб является педиатрическая. Это направление мы постоянно расширяем. Вот и президент страны объявил его приоритетным на ближайшее 10-летие.

– **Летний период – сезон отпусков и школьных каникул. Что предлагаете на своей загородной площадке?**

– Помимо отдыха и оздоровления, на базе санатория предлагаем пользующиеся спросом программы омоложения, коррекции веса, питания и т.д. Наш опыт показывает, что многие направления превентивной медицины с наибольшим успехом можно реализовать именно в условиях санатория.

На этой, равно как и на других площадках, одним из приоритетных направлений является формирование здорового образа жизни у населения. Понятие ЗОЖ если и не всеобъемлющее, то очень широкое. Ведь каждый индивид – это хорошо продуманная субстанция, запрограммированная на жизнь. Главное – не мешать организму, а по возможности помогать в укреплении защитных механизмов. Благодаря поддержке этого большого и важного направления как на государственном, так и на местном уровне для многих наших соотечественников идея ЗОЖ стала жизненной основой. Это направление нам следует продолжать вести сообща, апеллируя к уму и сердцу каждого человека.

**НАША СПРАВКА.** Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России – многопрофильная здравница. Это одно из немногих учреждений здравоохранения московского региона, в котором реализована системная организация медицинской профилактики и практически полный цикл диагностических, лечебных мероприятий в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, стационарной медицинской помощи, а также санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация. Учреждение объединяет 3 больших подразделения: расположенный на территории «новой Москвы» санаторий «Вороново» и 2 поликлиники в центре столицы, которые прежде находились в ведомственном подчинении Госплана, реорганизованного впоследствии в Министерство экономического развития РФ.

других медицинских учреждений, мы предлагаем более расширенную программу исследования в зависимости от половозрастной принадлежности пациентов. Могут отметить, что хорошие результаты приносит программа по эндокринологии, правильному питанию, организации здорового образа жизни и т.д.

В целях приближения медицинской помощи мы стали предоставлять более расширенную помощь на дому для взрослого и детского населения. Это направление весьма востребовано. Как говорится, мы «пошли в народ». На специальных автомобилях, представляющих собой, по сути, поликлиники на колёсах, наши специалисты выезжают непосредственно к пациенту, где осматривают человека, проводят диагностические, инструментальные и другие исследования.

встретившись и разговорившись, понимаешь, что без непрерывного опережения сохранять лидерские позиции не получится. Подтверждает это и мой собеседник: «Если какое-то время плестись в хвосте, в общем-то, можно и потеряться... Это не наш путь. Без внедрения новых стратегий в условиях изменившегося рынка медицинских услуг невозможно обеспечить стабильность, эффективность, преемственность и развитие инновационных технологий при оказании медицинской помощи населению. Мы чётко видим свои цели, понимаем, к чему следует стремиться, какими мерами добиваться экономического эффекта и желаемого результата оздоровления людей».

– С целью мониторинга состояния здоровья пациентов, сбора полной информации о них на одной из площадок создана единая медицинская база, внедрена электронная история болезни. Теперь наша задача – распространить этот опыт на весь центр. Мы уже готовы к этому, ожидаем только принятия закона. Конфиденциальности информации, содержащей сведения о персональных данных наших пациентов, в том числе медицинских, уделяем особое внимание. Телемедицинские технологии зримо расширяют наши возможности. Как только они окажутся в правовом поле, мы в первый же день подключимся, и единая локальная сеть ещё прочнее свяжет все наши территориально удалённые друг от друга подразделения. Благодаря современным технологиям врач всегда под рукой будет иметь полный «портрет» пациента, располагать всей базой о нём. Да и пациент не обязан будет иметь при себе выписки, дополнительные результаты анализов и т.д.

Уже сейчас мы опережаем время, а с внедрением общей сети станем работать, как говорится, «в одном окне», что, помимо прочего, составляет значительный экономический эффект.

– **Экономический подход – один из ключевых моментов в медицинской организации вашего ведомства?**

– Действительно, учитывая нашу ведомственную принадлежность, мы постоянно находимся на стыке медицины и экономики. Надо отдать должное Минэкономразвития, его взвешенному подходу к медицинским структурам. Всегда и во всём мы опираемся на методики расчёта стоимости лечения. «В приближении» видим затраты по каждому конкретному случаю, каждому пациенту, каждому врачу.

Благодаря медико-экономическому обзору анализу мы видим целостную картину и понимаем, как развиваться дальше. Наша страна руководствуется рыночными механизмами, и, чтобы не только существовать, но эффективно развиваться, экономика здравоохранения должна стать основой любых модернизаций как в отдельно взятом учреждении, так и в отрасли в целом.

– **Не беспокоит вас то, что порой большие планы развития и реорганизации болезненно воспринимаются медицинским персоналом?**

– Говоря о коллегах, могу отметить, что у нас трудятся профессионалы, которые составляют лицо учреждения. Я очень люблю наш коллектив, а это более 1,5 тыс. человек. Конечно, не все одинаково принимают вводимые изменения – кто-то понимает всё «между строк», кому-то нужны недели, кому-то – месяцы. Понятно, что такой большой коллектив – это люди разного возраста, с разными навыками и опытом, и им необходимо время для осознания происходящего. Поскольку большинство – высококлассные специалисты, убеждён, они поддержат наши начинания.

Я считаю, что непрерывный профессиональный рост медицинского персонала, сотрудничество с ведущими федеральными научными центрами, кафедрами и клиническими базами Москвы, привлечение к работе успешных и талантливых молодых специалистов – всё это служит залогом постоянного совершенствования, расширяет горизонты применения инновационных технологий.

Завоевать доверие пациентов, иметь высокую репутацию клиники, обеспечить её устойчивое развитие можно только при наличии команды единомышленников, имеющих общие цели, желания, навыки для повышения качества и доступности медицинской помощи. Сейчас это для нас приоритетно, потому что именно люди формируют отношения, основанные на добре, сострадании, соблюдении принципа партнёрства с пациентами и создании им комфортных условий в непростых жизненных ситуациях.

Беседу вёл Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».



провести время и укрепить силы перед учебным годом.

Лучшая оценка нашей работы – это мнение наших пациентов. Главное – что люди возвращаются к нам вновь и вновь, отмечая прогресс в состоянии здоровья. И мы хотим стать самым любимым медицинским учреждением для своих пациентов, которому доверяют здоровье всей семьи.

– **Какие новшества ждут санаторий?**

– На этой площадке планируем создать своеобразный научный технопарк. Сейчас мы изучаем все его возможные форматы. Минэкономразвития России поставило перед нами задачу по созданию многофункционального обучающего центра на базе Вороново. Там уже имеется мощный базис. В частности, аудитория для проведения конференций различного уровня, большой переговорный комплекс и т.д. Кстати, эта площадка уже активно используется для подобных мероприятий. Начиная с 2013 г., например, проходит заключительный этап Всероссийской олимпиады школьников по экономике. Нами уже наработан опыт проведения различных конференций, обучающих семинаров, в том числе всероссийского и международного форматов.

На мероприятия будут приезжать люди со всей страны, и после рабочей программы они смогут воспользоваться услугами медицинского центра санатория. Помимо общего оздоровления мы предоставим им возможность пройти check-up. Обычно руководители очень загружены и не успевают заняться собственным здоровьем. А у нас они смогут в течение 1-2 дней пройти диспансеризацию, скрининг или полное обследование. Этим самым мы формируем у людей ответственное отношение к своему здоровью.

– **В связи со скорым принятием закона о телемедицине отрасль ожидают, прямо скажем, кардинальные перемены. Вы готовы к ним?**

Последний проект закона, направленный на защиту жизни и здоровья пациентов и медицинских работников, был подготовлен вице-спикером Государственной думы РФ Ириной Яровой и председателем Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрием Морозовым. Сейчас он находится на рассмотрении.

Президент Национальной медицинской палаты (НМП) Леонид Рошаль отмечает: «Задача законодателей сделать такой законопроект в защиту врачей, чтобы вокруг Думы собрались толпы медицинских работников и аплодировали. На сегодняшний день предложенный депутатами вариант, к сожалению, полностью не защищает врача. Кроме того, из-за правовых недостатков его будет сложно применить на практике».

Подготовка и принятие законопроекта о защите медицинских работников от насильственных посягательств при исполнении ими служебных обязанностей является на сегодняшний день жёсткой необходимостью. Именно поэтому НМП намерена в сотрудничестве с Минздравом России и законодателями доработать данный законопроект, внося в него, по возможности, ряд конструктивных изменений.

Как известно, НМП всегда выступала за защиту медицинских работников. Ещё в октябре прошлого года совместно с экспертами Всероссийского государственного университета юстиции (до 2015 г. Российская правовая академия (РПА) Минюста России) был подготовлен проект «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации». Он был представлен Минздраву России. В законопроекте предлагался принципиально новый подход к усилению ответственности за причинение вреда жизни и здоровью медицинского работника – введение самостоятельной законодательной нормы. В отличие от иных предложенных на тот момент законопроектов эксперты НМП исходили именно из критерия общественной значимости профессии врача, так как в результате причинения вреда жизни и здоровью медицинского работника страдает не только он, но и пациенты, остающиеся без возможности оперативно получить медицинскую помощь. Именно тот тезис впервые сформулировал Л.Рошаль. По мнению экспертов НМП, собственно общественная значимость профессии врача, а также высокое значение отрасли для национальной безопасности страны и обуславливали серьёзные изменения в УК РФ. Минздрав поддержал эту инициативу профессионального сообщества.

Ужесточения наказаний за причинение вреда медицинским работникам предлагались весьма серьёзные. Так, за применение насилия, опасного для жизни или здоровья медицинских работников, предполагалось наказывать лишением свободы на срок до 10 лет. А при посягательстве на жизнь медицинского работника в связи с осуществлением профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи – лишением свободы на срок от 12 до 20 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет, либо пожизненным лишением свободы.

Сегодня на рассмотрении Государственной Думы РФ находится вариант законопроекта, в котором депутаты И.Яровая и Д.Морозов предлагают внести изменения в статьи 115, 119 УК РФ и включить в УК РФ отдельную норму об уголовной ответственности лиц, препятствующих медицинским работникам оказывать помощь больным (статья 124.1).

Эксперты НМП полностью поддерживают дополнение новым квалифицирующим признаком «в отношении лица в связи с осу-

Острая тема

# Кто и как ответит за нападение?

## Национальная медицинская палата предлагает законодателям существенно доработать законопроект о защите медицинских работников



ществлением данным лицом служебной деятельности» в статье 115 и 119 УК РФ, предусматривающие ответственность за причинение лёгкого вреда здоровью, за угрозу убийством или причинение тяжкого вреда здоровью. Они обоснованы и целесообразны, позволяют более жёстко отреагировать на причинение вреда лицу в связи с осуществлением им своей служебной деятельности, независимо от характера такой деятельности.

Однако положения новой статьи 124.1 вызывают сомнения. Так, эксперты НМП отмечают, что не все её положения отвечают целям защиты медицинских работников от нападений, участвовавших в последнее время и ставших под угрозу предусмотренное Конституцией РФ право граждан на качественную и доступную медицинскую помощь.

Так, в проекте статьи 124.1 УК РФ речь о медицинских работниках ведётся лишь опосредованно, как о дополнении к картине обстановки совершения преступления. Ответственность нападающего по данной норме зависит от того, будет ли причинён вред больному в результате посягательства на медицинского работника. Таким образом, в проекте нет ответственности за вред, причинённый медицинскому работнику, а предусматривается лишь ответственность за вред, причинённый пациенту. Данная норма искусственно разделяет чужо приобщает дискриминационный характер – права пациента оказываются выше прав врача на безопасность.

Кроме того, предложенный вариант законопроекта сложно будет реализовать на практике, и медицинский работник останется по-прежнему без должной защиты. Сложность выражается в том, что причинная связь между действиями нападающего и последствиями в виде вреда здоровью больного является опосредованной. Если пациент обращается к врачу, у него изначально имеются проблемы со здоровьем. «Можно ли достоверно определить, в результате чего указанные в предлагаемом проекте закона последствия наступили? В результате естественного течения

болезни или несвоевременного оказания медицинской помощи? Кроме того, есть вопросы и к технико-юридической конструкции нормы», – говорит Л.Рошаль.

Эксперты НМП, представители кафедры уголовного права и криминологии РПА Минюста России отмечают, что в проекте закона нарушена законодательная логика. Так, предусмотрена ответственность нападавшего на медицинского работника только в тех случаях, когда в результате его действий пациенту причинён вред средней тяжести по неосторожности, тяжкий вред или смерть по неосторожности.

Антонина Чупрова, профессор кафедры уголовного права и криминологии РПА Минюста России, говорит: «Почему в законопроекте указывается только на эти положения? То есть, если нападение на медицинского работника привело к тому, что пациенту нанесён лёгкий вред здоровью, повлекший кратковременное расстройство, нападавший не несёт ответственности за свои действия? Кроме того, причинение вреда средней тяжести именно по неосторожности не являлось до сего времени преступлением по УК РФ, за исключением случаев, когда такие последствия являются результатом неисполнения своих обязанностей специальным субъектом. Введение уголовной ответственности за неосторожное причинение средней тяжести вреда здоровью через нападение на медицинского работника, очевидно, нарушает принцип справедливости, который касается главным образом потерпевшего – пациента. Почему причинение средней тяжести вреда здоровью наказывается только в случаях нападения на медицинских работников? Разве потерпевший, здоровью которого по неосторожности причинён вред средней тяжести в иных случаях, меньше страдает? Нарушается законодательная логика».

Недостатки предложенного законопроекта заключаются не только в нарушении законодательной логики, но, что самое главное, в правоприменительной эффективности. Так, субъектом преступления является нападающий, который несёт ответственность только в том случае, если его

деяние повлекло по неосторожности указанный выше вред пациенту – вред средней тяжести, тяжкий вред или смерть по неосторожности. «В данной связи могут возникнуть совершенно невообразимые ситуации. Например, злоумышленник чинит препятствия медикам, на что они объявляют, что приехали по вызову и человек может умереть. Злоумышленник продолжает чинить препятствия, сообщаясь лишь с хулиганской мотивацией. В результате больному причиняется вред средней тяжести. Злоумышленник знал, что результатом его действий может быть смерть, но за убийство или покушение на убийство его привлечь нельзя из-за отсутствия субъективных компонентов. Вместе с тем к причинению вреда средней тяжести здоровью пациента злоумышленник никак не относился. Значит, он оказывается невиновен. Или, например, больной вызвал «скорую», на медиков напали, и они не смогли приехать. Пациент находится в тяжёлом состоянии. Как и кто будет устанавливать, нанесён ли вред, в каком состоянии пациент находился при вызове скорой помощи – в тяжёлом или нет?»

– В результате, несомненно, будет страдать правоприменительная эффективность, – поясняет Никита Иванов, эксперт НМП, заведующий кафедрой уголовного права и криминологии РПА Минюста России, профессор.

С такой позицией солидарен и юрист Иван Печерей, также выступающий в качестве эксперта НМП по этому вопросу. «Статья 124.1 настолько размыта, а состав преступления по ней неоднозначен. На практике будет совсем непросто установить причинно-следственную связь между причинением вреда здоровью либо смерти пациента и воспрепятствованием доступа медицинских работников к нему, особенно, например, с применением угроз. Не будет такой закон реально работать!»

Кроме того, эксперты НМП также указывают и на некоторую законодательную некорректность в оценке обстоятельств совершения преступления. В части второй законопроекта предусмотрена одновременно

и за неосторожное причинение смерти, и за причинение тяжкого вреда здоровью. По их мнению, жизнь и здоровье надо разделять в плане ответственности, как это и делает законодатель в статьях 109 и 118 УК РФ.

Крайне важно, что при оценке данного законопроекта эксперты НМП пришли к заключению, что в нём отсутствует превентивная составляющая – предложенные нормы не позволяют сделать вывод о том, что, нападая на врача, преступник понесёт за это специальное наказание. «В настоящий момент посягательства на медицинских работников приобрели столь масштабный характер, что возникла необходимость воспользоваться известным и хорошо зарекомендовавшим себя законодательным приёмом создания специальной нормы, посвящённой ответственности за посягательства именно на медицинских работников», – говорит А.Чупрова.

Сожаление вызывает и то, что рассматриваемый законопроект и его новая статья 124.1 совершенно не учитывают общественную значимость преступлений, связанных с нападением на медицинских работников. «Под охраной закона должны находиться не только конкретный врач, подвергшийся нападению, и пациент, лишённый в результате нападения своевременной медицинской помощи, но и все те пациенты, которым мог и должен был в течение своего рабочего дня оказать медицинскую помощь этот врач. Ведь в России немало случаев, когда один-единственный врач обслуживает население всего сельского района или единственный дежурный врач на всю больницу», – подчёркивает Л.Рошаль.

На сегодняшний день депутаты выступают категорически против отнесения медицинских работников к категории лиц, за причинение вреда которым предусматривается повышенная ответственность, несмотря на то что уголовный кодекс предоставляет такие меры защиты для сотрудников правоохранительных органов, военнослужащих и их близких, представителей власти и их близких.

Вместе с тем НМП надеется, что совместная работа с законодателями над данным документом позволит улучшить предложенный депутатами проект, сделав его более жизнеспособным, позволяющим по крайней мере обозначить медицинского работника как лицо, за воспрепятствование деятельности которого правонарушитель будет отвечать по специальной норме уголовного закона.

НМП уже подготовила конкретные предложения и замечания по данному законопроекту.

Но шанс изменить подход к законопроекту всё-таки есть. Недавно состоялась встреча разработчиков проекта с представителями НМП. Было принято решение продолжить обсуждение проекта закона и найти консенсус, удовлетворяющий все стороны.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Первое детское офтальмологическое отделение Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» было создано в 2001 г. Кто помнит здравоохранение 90-х в целом и обслуживание детей с проблемами зрения в частности, тот может себе представить, каким это стало событием.

Сюда хлынул такой поток маленьких пациентов, что уже с первых месяцев работы стало понятно: одним отделением не обойтись! Поэтому через несколько лет открылось второе, и вскоре оба были заполнены не только жителями Екатеринбурга, но и всей Свердловской области. Очередь растянулась почти на год...

При этом второе отделение оказалось расположенным в отдалённом промышленном районе города, куда добираться было крайне неудобно. Да ещё и находилось на площадях детской поликлиники, что жёстко регламентировало режим работы: не было возможности вести приём до 8 вечера, принимать пациентов в субботу, в праздники...

Результатом стало появление в центральной части города совершенно уникального объекта – отделения охраны детского зрения, которое, по словам генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» главного офтальмолога Минздрава Свердловской области Олега Шиловских, более правильно было бы называть детской офтальмологической поликлиникой. К слову – первой и единственной в стране!

Не случайно красную ленточку на церемонии открытия в День защиты детей перерезали вместе с будущими маленькими пациентами врио губернатора Свердловской области Евгений Куйвашев, председатель областного Законодательного собрания Людмила Бабушкина и Олег Шиловских.

Все они отмечали значимость данного отделения для города и области, важность лечения и профилактики глазных болезней именно в детстве. Особенно в таких условиях, которые созданы в новой поликлинике.



Торжественный момент открытия – ленточку перерезают Е.Куйвашев, Л.Бабушкина и О.Шиловских

## События

# Важные уроки

## Открылась первая в стране детская

Не устаёшь удивляться: каким образом взрослым удалось посмотреть на мир глазами ребёнка, представить себя на его месте, сделать всё вокруг настолько комфортным?

Даже большое количество игр и игрушек объясняется тем, что маленьким пациентам, по словам заведующей отделением охраны детского зрения, главного детского офтальмолога Управления здравоохранения Екатеринбурга Надежды Токаренко, придётся ожидать, пока подействуют расширяющие зрачок глазные капли. И это время должно быть запол-

### Мнение

Посетив отделение охраны детского зрения Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», я увидела, как много там новой аппаратуры, как замечательно работают детские офтальмологи и как глубоко они проникают в суть каждой проблемы.

Я считаю, что можно гордиться такими детскими отделениями и тем, что детская офтальмология в Екатеринбурге и Свердловской области стоит на высоком уровне.

Тамара КАШЕНКО,  
главный научный сотрудник ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова», доктор медицинских наук, профессор.

### Лечиться, играя

Когда переступаешь порог отделения охраны детского зрения, не сразу понимаешь, что ты в больнице. Тёплые пастельные тона стен, украшенных весёлыми рисунками, симпатичная мебель, интерактивная панель, где можно и поиграть, и посмотреть тематический мультфильм, игравая с яркими домиками, кубиками, шариками...

Именно такую задачу и ставил О.Шиловских: чтобы это место не было похоже на больницу. Чтобы детям хотелось тут находиться и не хотелось отсюда уходить!

Так оно, без сомнения, и будет. Потому что здесь продумана и предусмотрена каждая мелочь. Случайно услышала, как в день открытия кто-то рассказывал: «Мы поняли, что ребяташкам у входа будет дуть в спину, и поставили перегородку».

У входа расположилась и детская оптика: по словам специалистов, часто бывает так, что ребёнку на приёме выписывают очки. А ведь ещё нужно, чтобы он захотел их надеть! Значит, оправы должны быть и красивыми, и удобными, и гипоаллергенными, и износостойкими. Именно такие здесь и подобраны.

нено чем-то интересным, запоминающимся.

Но самое главное – каждая деталь несёт ещё и смысловую нагрузку.

Например, все части конструктора леги такие яркие и крупные для того, чтобы занятия с ними не требовали излишнего напряжения

### Мнение

Екатеринбургский центр «Микрохирургия глаза» – великолепная клиника, оснащённая по самым современным стандартам офтальмологии и работающая на высочайшем уровне. Оборудование – это, безусловно, очень важно, поскольку офтальмология не может обойтись без высоких технологий. Но мне бы хотелось особенно отметить сотрудников – единомышленников, энтузиастов своего дела. Коллектив очень слаженный и дружный, всё время генерирует новые идеи и находится на передовой развивающихся технологий. Офтальмология движется очень стремительно, каждый год появляются новые приборы, методики лечения. И, конечно, очень важно быть в курсе этих последних событий, чтобы обеспечивать высочайший уровень оказания медицинской помощи. Я уверен, что коллектив Екатеринбургского центра «Микрохирургия глаза» был, есть и будет на самой высокой ступени офтальмологии, на пике мировых стандартов.

Борис МАЛЮГИН,  
профессор,  
председатель Общества офтальмологов России.



(Справа налево) О.Шиловских и Н.Токаренко знакомят Е.Куйвашева с оборудованием отделения

глаз. А другая игрушка, напротив, тренирует одновременно мелкую моторику и остроту зрения. Третья способствует фиксации взгляда. И так далее...

Даже мультфильм на экране крутится познавательный, рассказывающий об устройстве глаза и объясняющий, что нужно делать, чтобы сберечь зрение и как его можно лечить. Ведь отделение для этого и создавалось!

«Многие вещи корректируются в детском возрасте. При некото-

### Мнение

Новое отделение охраны детского зрения – это подарок нашим детям, родителям, семьям, живущим на Урале. Я благодарю Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» за оперативную работу, за реализацию этого проекта. Это важный шаг, который мы делаем по улучшению качества жизни наших земляков.

Евгений КУЙВАШЕВ,  
врио губернатора Свердловской области.

рых состояниях у ребёнка можно поднять зрение на 50-60% за две недели! Во взрослом возрасте это уже не получится. Зрением надо заниматься, пока глаз и сам ребёнок растёт», – подчеркнул на открытии О.Шиловских.

Но, оказывается, этот серьёзный процесс тоже можно превратить в игру!

Несколько лет назад именно «Школа зрения» помогла восстановить одно из главных звеньев детской офтальмологической службы – диспансеризацию, прекратившуюся в Екатеринбурге из-за оттока кадров.

Более того, обычные детские офтальмологические кабинеты тогда принимали детей только

до 14 лет. А после этого возраста ребёнок переходил уже во «взрослую» поликлинику, к «взрослому» доктору, у которого совсем иной врачебный подход, там даже другие нормы на осмотр пациента – всего 10 минут вместо «детских» 30.

Поэтому специалисты Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» и решили тогда не только внедрить новый подход к лечению маленьких пациентов – «Школу зрения», но и расширить возрастные рамки пациентов детского отделения – от рождения и до 18 лет.

В новой поликлинике оборудовано два учебных класса – один на 30 посадочных мест, второй – на 20. Таким образом, в них смогут одновременно заниматься сразу 50 детей, а в день – не менее 100. Предполагается, что и на диагностику их придёт не меньше.

Да и режим работы будет, как во многих подразделениях центра, – с одним выходным и с 8:00 до 20:00. Для того чтобы на него выйти, будет расширяться штат – а это дело небыстрое; каждого претендента, по словам генерального директора, готовят специально для центра – постепенно, скрупулёзно. Он должен не только пройти серьёзное обучение, но и обладать определёнными личностными качествами. В беседе со мной министр здравоохранения Свердловской области Игорь Трофимов подчеркнул: о центре «Микрохирургия глаза» не было ни одного отрицательного отзыва, потому что там не только высококлассные специалисты, но и особая система воспитания медицинского персонала.

### Медаль от доктора

Специалисты Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» 15 лет назад разработали такую методику лечения детей, как «Школа зрения» (к слову, она до сих пор не имеет аналогов в России). Лечить, играя – вот главный принцип уникальной программы. Дети здесь не только лечатся, но и вместе со своими родителями учатся заботиться о своём зрении и беречь его. Каждый учащийся школы получает специально разработанный «Паспорт зрения ученика», куда заносятся результаты лечения.



В игровой комнате



На приёме у детского офтальмолога

реабилитировать ребёнка, важно, насколько вовремя родители привели его к врачу. Ведь острота зрения формируется до 6-8 лет, потом нам с огромным трудом приходится всё восстанавливать. Чем раньше это будет сделано, тем результат будет лучше».

В арсенале отделения – действительно уникальное оборудование. И, что не может не радовать, не только импортного производства.

Важно, что каждая выполняемая на нём процедура рассчитана именно на маленького пациента.

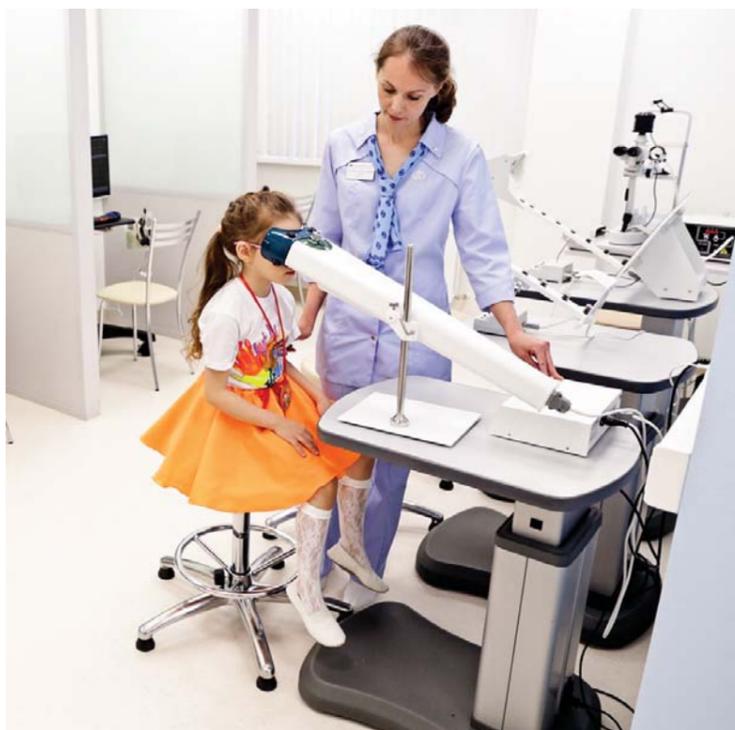
Например, на амблиотронах, которые предназначены для восстановления остроты зрения при аметропии, лечения всех форм амблиопии и связанного с ней косоглазия и нистагма, реабилитации пациентов с органическими формами патологии и т.п., дети смотрят



Новое отделение распахнуло двери

# ШКОЛЫ ЗРЕНИЯ

## глазная поликлиника



В лечебном кабинете

«Я даже не представляю, как там может оказаться человек, который будет грубо разговаривать с пациентами (я не говорю уж про детей) – начиная от вахтёра и заканчивая генеральным директором», – сказал он.

Отличает сотрудников центра увлечённость, энтузиазм, стремление к новым знаниям и гордость за свою клинику.

«У нас один из самых современ-

ных подходов к лечению детей с заболеваниями органов зрения, – рассказывает во время небольшой экскурсии по новому отделению Н.Токаренко. – Мы используем все новые методики, закупает оборудование, которое соответствует сегодняшнему дню. Таким образом, можем лечить любые заболевания: дальнозоркость, близорукость, косоглазие, амблиопию, нистагм и многие другие. Но для того, чтобы

### Мнение

*В развитии глаза участие принимают более тысячи генов. Кроме того, из 7 тыс. моногенетических заболеваний 2,5 тыс. относятся именно к глазной патологии. А сколько ещё эмбриопатий и болезней, возникающих после рождения! Это и гиперметропия, и косоглазие, и блефароптозы и многие другие. Ежегодно в нашей стране рождаются более 70 тыс. детей с дакриоциститом.*

*Всё это говорит о необходимости и большой значимости работы детских офтальмологических отделений. Если они будут вовремя выявлять и своевременно лечить детские глазные заболевания, мы будем иметь новое поколение здоровых и зрячих людей.*

*В новой детской поликлинике Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» есть всё для того, чтобы успешно выполнить эту важную миссию. На наших глазах возрождается специальность «детский офтальмолог». И это не может не радовать!*

**Виктор ОБОДОВ,**  
заместитель генерального директора по лечебной работе  
Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»,  
кандидат медицинских наук.



Отличная оправа!

фильмы про Гарри Поттера или про животных. При этом, по словам Н.Токаренко, их мозг постепенно формирует новые рефлекторные связи, обеспечивающие более высокий уровень зрительных функций за счёт стабильного повышения (при амблиопии и гиперметропии) или снижения (при миопии) возбудимости нейронов зрительной коры.

Что интересно: об окончании лечения, обучения свидетельствует торжественно вручаемая врачами отделения каждому пациенту красочная медаль «Лучшей ученице» или «Лучшему ученику!» Такой подарок за свою работу, согласитесь, ребёнок запомнит навсегда.

### Опережая время

Но не менее важным для генерального директора Екатеринбургского центра является и то, что в новом отделении созданы прекрасные условия для работы медиков. «Согласно соцопросам, сегодня первое место в мотивации труда

играет даже не зарплата, а именно комфорт на рабочем месте, свидетельствующий об уважительном отношении руководства к сотрудникам», – говорит он. Поэтому здесь есть не только все составляющие нормального быта – кухня, душевые, раздевалки, санузел, но даже стиль оформления кабинетов решён с учётом пожеланий врачей.

И надо видеть, с какой гордостью показывают медки гостям свой новый «второй дом», как увлечённо рассказывают об оборудовании и методиках лечения, с какой теплотой смотрят на ребят из подшефного детского сада – своих пациентов.

Понятно, что за всем этим стоит огромный труд и немалые вложения. «Всё сделано нашими силами. Поддержку ни от кого не ждали, не просили и не нуждались в ней, – говорит О.Шиловских. – Купили помещение, причём выбрали очень долго: и чтобы было удобно добираться горожанам, и чтобы площади соответствовали всем санитарным нормам.



Интерактивная панель задаёт вопросы

В абсолютных цифрах востребованность сейчас просчитать сложно, поскольку трудно предположить, сколько ещё детей не обследовано. К сожалению, наши люди не привыкли заботиться о собственном здоровье, особенно заранее, поэтому мы часто сталкиваемся с запущенными формами заболеваний. Я думаю, надо дать возможность получения качественной медицинской помощи, увеличить пропаганду здорового образа жизни – и тогда будет понятно, какое количество пациентов нуждается в лечении».

Подтверждением может служить такой факт: сколько бы отделений и филиалов центр «Микрохирургия глаза» ни открывал (а их уже 16), каждый заполнялся очень быстро.

Способствует этому и то, что здесь медицинская помощь не только оказывается на высоком уровне, но и является доступной для жителей области: так, 80% всех детей с проблемами зрения получают помощь в рамках территориальной программы госгарантий, 24 тыс. операций в год проводятся бесплатно по ОМС.

А О.Шиловских уже полон новых планов: необходимо расширить глаукомное отделение, также расположенное не совсем удобно для горожан. По его словам, будет построена взрослая глазная городская поликлиника, которая

займёт такие же площади, как недавно открывшееся детское отделение – 800 м<sup>2</sup>. И, конечно, один из самых грандиозных планов – провести капитальную реконструкцию самого центра, которому в следующем году исполняется 30 лет. О.Шиловских уверен: успех приходит только к тем, кто не останавливается на достигнутом и работает на опережение. Именно на такой подход ориентирует отрасль министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова: «Медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан».

### Мнение

*Это не только высокопрофессиональный коллектив, не только уникальная клиника, но ещё и социально ориентированная клиника. Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» создал уже два отделения охраны детского зрения.*

*С восхищением и удовлетворением говорю, что это новое отделение уникально, потому что здесь высокопрофессиональные специалисты, современное оборудование, и, самое главное, есть «Школа зрения», где дети в игровой форме будут получать лечение. И я хотела бы высказать слова благодарности генеральному директору Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Олегу Шиловских и его коллективу за верность своему призванию, высокий профессионализм, желание осваивать и внедрять новые высокие технологии, за чуткость и доброе отношение к пациентам.*

**Людмила БАБУШКИНА,**  
председатель Законодательного собрания  
Свердловской области.

**Алена ЖУКОВА,**  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 43 (2073)

(Окончание.)

Начало в № 45 от 23.06.2017)

При II степени активности выявляется тенденция к фиброзным изменениям различной локализации с преобладанием пролиферативных изменений (индурация кожи, индуративно-пролиферативный полиартрит, адгезивный плеврит, миокардоз и кардиосклероз, склеродермический эзофагит, дуоденит и др.), что сопровождается и менее выраженными лабораторными тестами.

I степень активности характеризуется преобладанием в клинической картине болезни функциональных, дистрофических и склеротических изменений различной локализации при отсутствии сколько-либо значительных изменений в лабораторных тестах.

Европейской группой по изучению системного склероза (European Scleroderma Study Group – EScSG) был предложен суммарный индекс активности, который включает 10 признаков с весом каждого от 0,5 до 2 баллов. При определении общей активности баллы суммируют, максимально возможный балл – 10. При показателе активности 3 балла и более заболевание расценивают как активное, менее 3 – как неактивное.

Структурная валидность индекса была подтверждена, и он используется при проведении клинических испытаний. Однако, несмотря на относительную простоту вычисления и удобство применения, не все параметры индекса информативны (например, гипоккомплементемия, которая встречается редко) и не отражают некоторых важных проявлений активности.

## Лечение

Лечение больных системной склеродермией (ССД) должно быть по возможности ранним, комплексным (с учётом сложного патогенеза заболевания) и определяться в зависимости от течения, клинической формы и характера органной патологии. Необходимо длительное лечение, которое всегда является многолетним, а иногда и пожизненным.

### Основные цели терапии:

- снижение активности и подавление прогрессирования болезни;
- профилактика и лечение синдрома Рейно и сосудистых осложнений;
- профилактика и лечение висцеральных проявлений болезни.

### Общие рекомендации

Лечение пациентов ССД должно проводиться ревматологами (в виде исключения – врачами общей практики, но при консультативной поддержке ревматолога). В случае развития нарушений функций внутренних органов лечение проводится с привлечением специалистов других медицинских специальностей (кардиологов, нефрологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, физиотерапевтов, психологов и др.) и основывается на тесном взаимодействии врача и пациента (уровень доказательности С). Следует рекомендовать пациентам избегать психоэмоциональных перегрузок, длительного воздействия холода и вибрации, сократить пребывание на солнце (уровень доказательности С). Пациентам со склеродермией строго противопоказано курение. Основное место в лечении ССД занимают сосудистые, противовоспалительные, иммуносупрессивные и антифиброзные препараты, а также локальная, реабилитационная и симптоматическая терапия.

Основное назначение рекомендаций по лекарственной терапии системной склеродермии (прогрессирующему системному склерозу) – улучшить прогноз болезни и помочь практическому врачу в эффективной курации больных на основе опыта отечественной ревматологии и международных рекомендаций, основанных на методах доказательной медицины. В соответствии с версией Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (EULAR, 2009) рекомендации по фармакологическому лечению ССД сгруппированы по системам органов или наиболее тяжёлым клиническим синдромам.

## Синдром Рейно и дигитальные язвы

Больным следует рекомендовать ношение тёплой одежды, избегать воздействия холода и стрессовых ситуаций, отказаться от курения, потребления кофе и лекарственных средств, провоцирующих вазоспазм. Характер и объём терапии зависит от интенсивности атак Рейно (частота, длительность и распространённость эпизодов вазоспазма) и осложнений. Лечение считается успешным при уменьшении выраженности вазоспазма и отсутствии появле-

ния новых ишемических повреждений. При синдроме Рейно, ассоциированном с ССД, всем больным следует проводить длительную лекарственную терапию. В лечении дигитальных язв рекомендуется одновременное воздействие на все известные механизмы их развития, вследствие чего лечение должно быть комплексным.

### Вазодилататоры

Препаратами первой линии для лечения синдрома Рейно, ассоциированного с ССД, являются блокаторы кальциевых каналов (антагонисты кальция) группы дигидропиридина, главным образом нифедипин (уровень доказательности А). Для уменьшения частоты и выраженности побочных реакций предпочтительными являются длительно действующие антагонисты кальция.

тельности В/А). Бозентан рекомендуется для лечения множественных и рецидивирующих дигитальных язв у больных с диффузной ССД при неэффективности антагонистов кальция и простаноидов.

**Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа.** Силденафил применяется в лечении выраженного синдрома Рейно и дигитальных язв при неэффективности антагонистов кальция и простаноидов. Силденафил уменьшает число атак Рейно, но изменения счёта состояния Рейно, длительности атак и счёта боли не отличались от плацебо (уровень доказательности В). В настоящее время Силденафил находит всё большее применение при выраженном синдроме Рейно. Клиническое улучшение в виде уменьшения длительности, частоты и выраженности атак Рейно наблюдалось и после лечения ингибитором фосфодиэстеразы 5-го типа пролонгированного действия – варденафилом. Показано заживление дигитальных язв и меньшая частота появления новых дигитальных язв по сравнению с плацебо после лечения тадалафилом (уровень доказательности В/А).

Одновременно с вазодилататорами рекомендуется приём препаратов, подавляющих агрегацию тромбоцитов. Для уменьшения боли при дигитальных язвах применяют НПВП,

длительным курсом – не менее 6 месяцев (уровень доказательности А).

**Микофенолата мофетил (ММФ)** в терапевтической дозе 2 г/день приводит к снижению кожного счёта (уровень доказательности В/С). Через 12 месяцев ММФ по сравнению с Д-пеницилламином приводил к большему снижению кожного счёта (уровень доказательности С).

**Кортикостероиды (КС)** показаны при прогрессирующем диффузном поражении кожи и других клинических признаках воспалительной активности (серозит, миозит, интерстициальное поражение лёгких, рефрактерный синовит и/или теносиновит) в небольших дозах – до 15 мг в сутки, так как приём КС увеличивает риск развития склеродермического почечного криза (см. ниже).

## Интерстициальное поражение легких

Основное место в лечении ИПЛ при ССД занимает циклофосфамид (ЦФ) в сочетании с КС. ЦФ назначают внутривенно в дозах 500-750 мг/м<sup>2</sup> в месяц или перорально в дозах 1-2 мг/кг/день в зависимости от эффективности и переносимости препарата (уровень

# Диагностика и лечение системной склеродермии (прогрессирующего системного склероза)

## Федеральные клинические рекомендации

Параметры общего индекса активности ССД

Параметр	Балл	Характеристика
Кожный счёт >14	1	Используется модифицированный кожный счёт (по Rodnan), оцениваемый в баллах от 0 до 3 в каждой из 17 областей тела. Максимальная сумма баллов – 51
Склередема	0,5	Утолщение мягких тканей на пальцах за счёт индукции и/или плотного отёка
Δ-кожа	2	Ухудшение кожных проявлений за последний месяц, со слов пациента
Дигитальные некрозы	0,5	Активные дигитальные язвы или некрозы
Δ-сосуды	0,5	Ухудшение сосудистых проявлений за последний месяц, со слов пациента
Артриты	0,5	Болезненная припухлость суставов
Снижение DLCO	0,5	DLCO < 80% от нормального уровня
Δ-сердце/лёгкие	2	Ухудшение сердечно-лёгочных проявлений за последний месяц, со слов пациента
СОЭ > 30	1,5	По методу Вестергрена
Гипоккомплементемия	1	Снижение уровня С3- и/или С4-компонента комплемента
Общий индекс активности, баллы		Максимально 10 баллов

**Примечание.** Δ – дельта, ухудшение симптоматики в течение последнего месяца, оцениваемое самим пациентом; DLCO – диффузионная способность лёгких для оксида углерода, % от должного

**Простаноиды для внутривенного применения** (илопрост, алпростадил) назначаются для лечения выраженного синдрома Рейно при неэффективности антагонистов кальция (уровень доказательности В). Простаноиды (преимущественно илопрост в/в) не только снижают частоту и выраженность атак синдрома Рейно по сравнению с плацебо, но и оказывают положительный эффект на заживление, поэтому рекомендуются и для лечения активных дигитальных язв (уровень доказательности А для илопроста). Простаноиды демонстрировали сопоставимый клинический эффект у больных синдромом Рейно, ассоциированным с системными заболеваниями соединительной ткани (уровень доказательности С).

У больных, леченых простаноидами, чаще отмечаются ишемические кардиоваскулярные осложнения, поэтому до начала лечения следует тщательно оценить кардиоваскулярный риск (уровень доказательности В). Антагонисты кальция и простаноиды могут вызвать одинаковые гемодинамические эффекты, что требует повышенного внимания к мониторингу возможных побочных эффектов при комбинированном применении препаратов этих классов.

### Блокаторы эндотелиновых рецепторов.

Бозентан уменьшает частоту и длительность атак Рейно, частоту появления новых или рецидивов дигитальных язв, но не влияет на заживление имеющихся язв (уровень доказа-

парацетамол и слабые опиоиды в адекватных дозах. Для снижения риска желудочно-кишечного кровотечения и нефротоксичности следует применять минимальную эффективную дозу НПВП. Инфицированные дигитальные язвы обязательно требуют санации – местного и/или системного применения антибиотиков широкого спектра.

## Поражение кожи

Основная цель фармакотерапии поражения кожи при ССД – уменьшение распространённости и выраженности уплотнения кожи. Для стандартизации оценки измеряют кожный счёт (см. раздел 4). Эффективность препаратов в отношении кожного фиброза оценивается через 6 и 12 месяцев по динамике кожного счёта.

**Д-пеницилламин** рекомендуется на ранней стадии (в течение первых 5 лет болезни) или при нарастании выраженности и распространённости уплотнения кожи у больных диффузной системной склеродермией (уровень доказательности С). Рекомендуется приём низкой или средней дозы Д-пеницилламина (250-500 мг в сутки) в зависимости от распространённости уплотнения кожи. Показано, что изменения кожного счёта не различались при приёме высокой и низкой дозы Д-пеницилламина. (уровень доказательности А).

Для лечения ранней диффузной ССД применяется **метотрексат** в дозах 10-15 мг/сут

доказательности А). Способ введения ЦФ (пероральный или внутривенный) значимо не влияет на уровень изменения показателей функциональных лёгочных тестов. Длительность курса ЦФ должна быть не менее 6 месяцев (уровень доказательности С). Имеются данные о большей эффективности более длительных курсов (12-24 месяцев) ЦФ с большей его кумулятивной дозой. Применение ЦФ в больших дозах (600-750 мг/м<sup>2</sup>) в болюсном режиме может оказывать кардиотоксическое действие, особенно у больных пожилого возраста, при этом кардиотоксическое действие наиболее выражено в течение 4-6 дней после введения ЦФ (уровень доказательности С). Частота развития угрожающих жизни или необратимых побочных реакций у пациентов с ССД незначительная. Контроль эффективности терапии осуществляют по уровню форсированной жизненной ёмкости лёгких (уровень доказательности А), которую необходимо определять не реже 1 раза в 6 месяцев (уровень доказательности В). Об эффективности терапии свидетельствует стабилизация или повышение уровня ФЖЕЛ.

В случае неэффективности или непереносимости терапии ЦФ возможно применение других иммуносупрессивных препаратов: ММФ, азатиоприна, циклоспорина А (уровень доказательности С). При применении азатиоприна в дозах 100 мг/сут в сочетании с ГК в течение 12-18 месяцев отмечалась стабилизация ФЖЕЛ с некоторой тенденцией к её нарастанию (уровень доказательности С). Основной проблемой при назначении циклоспорина А остаётся подбор оптимальной дозы, которая не вызывала бы артериальной гипертензии и нефротоксичности и в то же время обеспечивала бы необходимый терапевтический эффект. Применение циклоспорина А при ССД, особенно в дозах, равных или превышающих 3 мг/кг/сут, вызывало развитие побочных реакций более чем у половины пациентов. В то же время при длительной терапии ЦС (от 3 до 5 лет) в дозах, не превышающих 2,5 мг/кг/сут, отмечен положительный эффект в отношении лёгочной патологии при отсутствии серьёзных побочных реакций.

На фоне приёма ММФ достигается стабилизация процесса в лёгких, в связи с чем он может применяться в качестве поддерживающей терапии (уровень доказательности А). Длительность курса ММФ должна быть не менее 6 месяцев (уровень доказательности С). Ретроспективно показано улучшение 5-летней выживаемости на фоне приёма ММФ. Препарат назначают с дозы 1 г в сутки (в 2 приёма), увеличивая её до 2-3 г в сутки (в 2 приёма) в случае хорошей переносимости (уровень доказательности С).

Для лечения ИПЛ при ССД в сочетании с иммуносупрессантами применяются ГК: преднизолон перорально в дозах 10-15 мг/сут. Не подтверждено преимущество высоких доз ГК (уровень доказательности С).

При неэффективности иммуносупрессивной терапии и прогрессировании лёгочного

фиброза показана трансплантация лёгких при условии отсутствия выраженной патологии других внутренних органов и тяжёлого гастроэзофагеального рефлюкса (уровень доказательности С).

### Поражение почек

Наиболее важное почечное проявление – острая нефропатия (склеродермический почечный криз (СПК) или «острая склеродермическая почка»). Учитывая редкость развития СПК и связанную с ним высокую летальность, проведение формальных контролируемых испытаний не может быть осуществлено, поэтому все клинические рекомендации имеют уровень доказательности С. Основное место в лечении СПК занимает агрессивная гипотензивная терапия, которая может стабилизировать или улучшить функцию почек.

Препаратами первой линии в лечении СПК являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ). Лечение рекомендуется начинать с каптоприла, назначая по 6,25-12,5 мг каждые 8 часов, и постепенно увеличивать дозу до максимальной (50 мг 3 раза в сутки). В начале лечения ежедневное увеличение дозы иАПФ должно снижать уровень систолического АД на 10-20 мм рт.ст., так как слишком быстрое снижение АД (так же, как и гиповолемию) может привести к нежелательному снижению почечной перфузии (усугублению ишемии).

Каптоприл не отменяют, даже если функция почек продолжает ухудшаться. Если на фоне максимальной дозы каптоприла АД не нормализуется в течение 72 часов, добавляют блокаторы кальциевых каналов, нитраты (особенно при появлении застойных явлений в лёгких) или другие вазодилатирующие средства. При стабилизации АД можно перейти на приём иАПФ более длительного действия.

При сохранении олигурической стадии острой почечной недостаточности рассматривается вопрос о гемодиализе. Восстановление или улучшение функции почек после СПК происходит медленно, в течение 2 лет. Если после этого срока сохраняется потребность в гемодиализе, следует ставить вопрос о трансплантации почки.

Наряду с СПК при ССД могут развиваться ишемическая нефропатия на фоне стеноза почечных артерий; МР0-ANCA ассоциированный гломерулонефрит; нефропатия, ассоциированная с антифосфолипидными антителами; тромботическая ангиопатия после трансплантации гематопозитических стволовых клеток. Поэтому при развитии острой нефропатии при ССД необходим дифференциально-диагностический поиск, особенно при подозрении на ишемическую нефропатию, при которой иАПФ противопоказаны.

Приём ГК у больных ССД ассоциируется с более высоким риском развития СПК, чем у больных, не получающих ГК (уровень доказательности В). Поэтому при назначении ГК необходим тщательный контроль АД и функции почек. Назначение ГК, в особенности высоких доз, должно быть тщательно взвешено, превышение дозы более 15 мг в сутки нежелательно, а потенциально нефротоксические препараты (Д-пеницилламин, циклоспорин А) лучше не назначать больным с факторами риска СПК (к факторам риска СПК относят диффузную форму болезни, раннюю стадию заболевания, быстрое прогрессирование кожного синдрома с формированием суставных контрактур, мужской пол, пожилой возраст, наличие антител к РНК полимеразе III, приём больших доз К).

### Поражение желудочно-кишечного тракта

Качественные клинические испытания лечения больных ССД с желудочно-пищеводным рефлюксом и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) отсутствуют, но имеется обширная доказательная база, основанная на изучении этих состояний при других нозологиях и в общей популяции. Полагают, что данные могут быть экстраполированы и на больных ССД. В качестве общих рекомендаций показано дробное питание, сон на кровати с приподнятым головным концом, нежелательно ложиться в течение 2 часов после приёма пищи, нужно отказаться от приёма жирной пищи, алкоголя и курения. При желудочно-пищеводном рефлюксе, ГЭРБ, язвах и стриктурах пищевода применяют **антисекреторные препараты**, в первую очередь – ингибиторы протонной помпы (омепразол 20-40 мг). Блокаторы протонной помпы эффективнее снижают кислотность желудочного сока и уменьшают проявления ГЭРБ в сравнении с применением блокаторов H2-гистаминовых рецепторов. ГЭРБ, проявляющаяся клинически и эндоскопически, требует постоянного лечения ингибиторами протонной помпы. Длительное лечение рефлюкса у больных ССД ингибиторами протонной помпы в высоких дозах, по-видимому, безопасно и эффективно как в отношении симптомов, так и предотвращения эзофагита и стриктур. При этом следует учитывать, что блокаторы кальциевых каналов

могут усилить проявления рефлюкс-эзофагита, так как могут снижать тонус сфинктера нижнего отдела пищевода. При нарушении моторики (дисфагия, ГЭРБ, ранее насыщение, отрыжка, псевдообструкция и др.) назначают **прокинетики** – метоклопрамид, домперидон, эритромицин, которые увеличивают давление нижнего пищеводного сфинктера, ускоряют эвакуацию содержимого из желудка и увеличивают перистальтику тонкого кишечника. Применение прокинетиков ограничено наличием побочных эффектов, в том числе неврологического характера. Преимущества отдаются домперидону, антагонисту дофамина, обладающему, аналогично метоклопрамиду и некоторым нейрореплетикам, противорвотными свойствами. Однако, в отличие от этих лекарственных препаратов, домперидон плохо проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает экстрапирамидных расстройств. Прокинетический эффект имеют макролиды (эритромицин 100-150 мг 2 раза в день или азитромицин 400 мг 1 раз в день в течение 4 недель), которые уменьшают тошноту, рвоту и приступы боли в эпигастриальной области. Комбинация прокинетиков и антисекреторных препаратов улучшает состояние пациентов с рефлюкс-эзофагитом.

При развитии синдрома мальабсорбции, обусловленного избыточным бактериальным ростом, показано проведение антибиотикотерапии. Применяются следующие антибактериальные препараты: тетрациклин 250 мг 4 раза в сутки, доксициклин 0,1 мг 2 раза в сутки, миномицин 100 мг 2 раза в сутки, амоксицилин 875 мг 2 раза в сутки, цефалексин 250 мг 4 раза в сутки, ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки, норфлоксацин 400 мг 2 раза в сутки, метронидазол 250 мг 3 раза в сутки и др. Длительность курса – 10 дней, при недостаточной эффективности курс продлевают до 3-4 недель. Хирургическое вмешательство, которое эффективно для лечения идиопатической ГЭРБ, при ССД показано пациентам с наиболее тяжёлым течением этого состояния.

### Поражение сердца

Проявления кардиальной патологии обусловлены как собственно склеродермическим поражением сердца, так и ассоциацией с лёгочной артериальной гипертензией, системной артериальной гипертензией на фоне поражения почек, гипертонической болезнью или других сопутствующих коморбидных состояний с вовлечением сердца (ИБС, атеросклероз и др.). Нередко это создаёт полиморфную картину выраженной кардиоопатии сложного генеза, для интерпретации которого необходимо детальное обследование и совместное ведение больных с кардиологом. Развитие склеродермического поражения сердца (перикардит, миокардит, нарушения ритма и проводимости) ухудшает прогноз заболевания в целом. Клинически манифестное поражение сердца редко бывает изолированным, часто возникает в ранней стадии диффузной формы болезни или в сочетании с миопатическим синдромом. Лечение проводится ГК, иммуносупрессантами, широко используются антиаритмические препараты, а также весь арсенал сердечно-сосудистых препаратов с учётом их индивидуальных особенностей снижать потребление миокарда кислородом, оказывать противоварикозное и вазодилатирующее действие, улучшать диастолическую функцию миокарда и повышать толерантность к физическим нагрузкам без снижения сердечного выброса.

### Поражение суставов

Лечение поражения суставов при системной склеродермии сходно с терапией суставного синдрома при РА. В зависимости от выраженности артрита назначаются гидрохлорохин, метотрексат (с осторожностью при одновременном поражении лёгких!) или сульфосалазин в виде монотерапии при общей низкой активности болезни или в сочетании с низкими дозами ГК.

### Воспалительная миопатия

При воспалительных миопатиях назначают КС как монотерапию или в сочетании с метотрексатом. Дозы ГК, необходимые для купирования симптомов ССД, могут быть ниже, чем при идиопатических воспалительных миопатиях, особенно у пациентов, позитивных по РМ/ScI – антителам. Тактика ведения больных с тяжёлой миопатией и факторами риска развития СПК не разработана.

### Реабилитация

Основная цель реабилитации – восстановительное лечение и профилактика осложнений, направленные на уменьшение сосудистых осложнений и прогрессирование фиброза. Реабилитация показана для всех пациентов с минимальной (хроническая форма) и умеренной (подострая и обострение хронической формы) степенью активности. Реабилитационные мероприятия состав-

ляются физиотерапевтом и врачом ЛФК и координируются ревматологом. Комплекс реабилитационных мероприятий основывается на имеющихся в момент осмотра клинических проявлениях заболевания и их выраженности, степени активности, стадии развития, сопутствующей патологии и может быть представлен активной, умеренной или пассивной реабилитацией.

**Активная реабилитация** показана пациентам с хроническим течением заболевания, минимальной (I) степенью активности (вазоспастические и трофические нарушения, СОЭ до 20 мм/ч). При активной реабилитации мероприятия включают ЛФК, массаж, физиотерапию, рефлексотерапию, трудотерапию, образовательные программы (уровень доказательности В/С). ЛФК состоит из комплекса упражнений для органов дыхания, внутренних органов, коррекции движения, мимики лица, гимнастики для кистей и стоп, занятий на тренажёрах. Физиотерапевтические методы лечения включают электрофорез и ионофорез с сосудистыми, антиоксидантными, антифиброзными и противовоспалительными препаратами, парафином (уровень доказательности В/С). Местно на наиболее поражённые области (кисти, стопы и др.) рекомендуется использовать 50-70%-ный раствор диметилсульфоксида (ДМСО) в виде аппликаций, возможно его сочетание с сосудистыми и противовоспалительными препаратами: на курс 10 аппликаций по 30-40 минут; при хорошей переносимости – повторные курсы или длительное применение ДМСО в течение года. Возможно применение электропроцедур – электрофорез или ионофорез с лидокаином на кисти и стопы, использование ультразвука, лазерной терапии, акупунктуры и др.

**Умеренная реабилитация** показана пациентам с системной склеродермией при подострой и обострении хронической формы, умеренной степени активности (артралгии, артриты, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ в пределах 20-35 мм/ч). Реабилитационные мероприятия состоят из ЛФК, трудотерапии, образовательных программ. ЛФК состоит из комплекса упражнений для органов дыхания, мимики лица, гимнастики для кистей и стоп. Пассивная реабилитация показана пациентам с острым течением системной склеродермии, высокой степенью активности (лихорадка, полиартрит, миозит, кардиопатия, нефропатия, СОЭ более 35 мм/ч). Проводится психокоррекция и ЛФК в частично постельном режиме.

**Санаторно-курортное лечение**, которое показано в основном больным с хроническим течением ССД, включает реабилитационные мероприятия с дифференцированным использованием бальнео-, физиотерапии, грязелечения и других курортных факторов. При преимущественном поражении кожи хороший эффект дают сероводородные и углекислые ванны, при поражении преимущественно опорно-двигательного аппарата – радоновые ванны, при наличии фиброзных контрактур – пелоидотерапия. Бальнеогрязелечение обычно сочетается с назначенной ранее медикаментозной терапией и другими видами лечения: проводится на курортах Пятигорска, Сочи, Евпатории, Сергиевских минеральных водах и др.

### Новые направления терапии системной склеродермии

**Биологические препараты.** Роль и место биологической терапии в лечении ССД активно изучаются. Для лечения ССД применялись блокаторы TNF- $\alpha$  (инфликсимаб, этанерцепт), ритуксимаб, антигемоглобиновый иммуноглобулин, интерфероны ( $\alpha$ - и  $\gamma$ ), релаксин, иматиноб, антитела к трансформирующему фактору роста  $\beta 1$  и др. По данным систематического обзора, при выраженном суставном синдроме воспалительного характера было отмечено улучшение симптомов артрита и функционального состояния после применения генноинженерных биологических препаратов.

Имеющиеся предклинические и клинические данные свидетельствуют о перспективности В-клеточной деплеции в терапии тяжёлой диффузной формы ССД, современные возможности лечения которой крайне ограничены и мало эффективны, а также при поражении лёгких, в том числе при неэффективности терапии КС и иммуносупрессантами (уровень доказательности С). При использовании **ритуксимаба** (моноклональное антитело к поверхностному рецептору В-лимфоцитов – CD20) в сочетании с малыми дозами ГК получен отчётливый клинический эффект на кожные проявления болезни. В рандомизированном клиническом испытании доказано улучшение функции лёгких при их фиброзирующем интерстициальном поражении. Показано также, что лечение ритуксимабом в течение 2 лет (по 2 г через 6 месяцев) приводит к постепенно нарастающему положительному эффекту на проявления фиброза кожи и функцию лёгких (включая достоверное нарастание диффузионной способности). Лечение проводили тяжёлым больным с высокой степенью риска развития и прогрессирования тяжёлых органических поражений, но все больные остались стабильными (без ухудшения и появления

новых висцеритов), что предполагает стабилизирующий (болезнь-модифицирующий) эффект терапии ритуксимабом на склеродермический процесс.

Применение **иматиноба** (оказывающего подавляющее действие на избыточный синтез экстрацеллюлярного матрикса, опосредованного трансформирующим фактором роста  $\beta 1$  и рецептором тромбоцитарного фактора роста) при диффузной форме ССД привело к уменьшению кожного синдрома и улучшению лёгочной функции (уровень доказательности В).

**Трансплантация гематопозитических стволовых клеток** изучается в рамках качественного РКИ. Предварительные результаты показали, что эффективность этой терапии превосходит лечение циклофосфаном, однако летальность, связанная с лечением, составила 10%, что ставит вопрос об уместности показаний к этому методу лечения и оптимизации протокола (уровень доказательности А).

**Трансплантация мезенхимальных стволовых клеток** вызвала улучшение у больных ССД и в настоящее время рассматривается как перспективный метод лечения тяжёлых диффузных форм болезни с плохим прогнозом.

Имеются данные о терапевтическом и профилактическом влиянии длительного приёма статинов на периферические сосудистые проявления. Длительный, в течение 12 месяцев, приём аторвастатина при ССД оказывал существенное противовоспалительное и ангиопротективное действие (уровень доказательности С).

### Профилактика

Профилактика ССД включает в себя широкий круг общеоздоровительных мер и воспитание населения с высоким уровнем нейроадаптационных механизмов и естественных защитных сил, выявление так называемых факторов риска и угрожаемых в отношении заболевания лиц, проведение вторичной профилактики обострений и генерализации склеродермического процесса.

В меры **первичной профилактики** целесообразно включить:

1) Профилактические осмотры и диспансерное наблюдение угрожаемых в отношении заболевания лиц, включая соответствующие промышленные контингенты; особое внимание следует обращать на подростков с наличием факторов риска.

2) Рациональное трудоустройство лиц, подозрительных в отношении ССД, и своевременная профориентация подростков угрожаемых групп.

3) Наблюдаемым из групп риска лицам рекомендуется избегать охлаждений, травм, перенапряжений, проведение прививок по строгим показаниям; лицам с факторами риска развития ССД следует рекомендовать здоровый образ жизни (рациональное питание, дозированные физические нагрузки, закаливание и др. с целью повышения естественной резистентности; исключить курение и другие неблагоприятные воздействия на сосудистую систему).

**Для вторичной профилактики** – профилактики обострений и генерализации процесса – необходимо возможно раннее выявление заболевания и своевременное активное лечение в стационаре, а затем в амбулаторных условиях. Рекомендуется строгое соблюдение больными правил диспансеризации:

1) Обращаться к врачу при ухудшении самочувствия и в назначенные сроки, оптимально – 1 раз в 3 месяца.

2) Строго соблюдать рекомендованный режим, диету и лечение.

3) Не изменять дозу ГК и других активно действующих средств без согласования с врачом.

4) Не охлаждаться, не переутомляться, избегать стрессовых и аллергизирующих факторов (беременность, аборт, прививки и др.).

5) Проводить одновременно реабилитационную терапию и разумное закаливание организма путём систематической лечебной физкультуры, повторных курсов массажа, прогулок на свежем воздухе и т.д.

6) В случае необходимости хирургического вмешательства иммуносупрессанты нужно временно отменить, по показаниям проводить профилактику инфекционных осложнений антибиотиками и в случае длительного приёма ГК проводить профилактику надпочечниковой недостаточности.

Правильное своевременное лечение и трудоустройство улучшают прогноз заболевания в целом, позволяют сохранить работоспособность и поддержать жизненный уровень больных ССД. При активном, остром и подостром течении заболевания больные нетрудоспособны, и их переводят на инвалидность, а при хроническом течении они ограничено трудоспособны и должны быть освобождены от тяжёлой физической работы, охлаждения и температурных колебаний, соприкосновения с химическими агентами, металлом и т.д.

Под редакцией  
главного ревматолога  
Минздрава России  
академика РАН Евгения НАСОНОВА.

Локальные войны, терроризм, чрезвычайные ситуации, происходящие сегодня в разных концах планеты, оказывают прямое психогенное и опосредованное влияние на психическое здоровье больших групп населения. В современном мире эти явления стали обыденностью, к которой, увы, трудно привыкнуть. В самых различных формах проявляется и терроризм, он многопланов, многоаспектен и связан с исторической, религиозной, экономической, политической, социальной, культурной, бытовой ситуациями. Перед обществом встали вопросы, рассмотрение которых входит и в компетенцию психологов и психиатров, которые начали их активно разрабатывать в начале XXI века.

Недавно в Италии состоялась международная конференция, на которой обсуждались вопросы такого масштабного явления, как терроризм. Сегодня наш корреспондент Валентина ЗАЙЦЕВА беседует с её участником, заместителем директора по научной работе Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России членом-корреспондентом РАН Юрием АЛЕКСАНДРОВСКИМ.

– Юрий Анатольевич, когда мы видим террориста на экранах телевизора, перед нами предстаёт ничем не примечательный, обычный человек. Разве можно, глядя на него, распознать является ли он психически больным человеком, а его поведение – следствием нарушения психики? Обязательны ли для террориста типичные психические расстройства?

– Результаты обследования лиц, совершивших террористические акты, позволяют утверждать, что террорист – не психически больной человек, и акты совершаются им не вследствие влияния психопатологических проявлений. Террористы-смертники действуют не в состоянии патологического аффекта. Это не исключает агрессивного криминального поведения, требующего судебно-психиатрического экспертного рассмотрения. Галлюциаторно-бредовые расстройства, нарушение восприятия окружающего, другие болезненные проявления определяют отсутствие у человека ориентировки в собственной личности, окружающей обстановке, течении времени. Террористические же акты, в отличие от этого, спланированы здоровыми людьми и имеют своей целью устрашение и принуждение. Это можно проследить и в период средневековой инквизиции, и при безостановочной работе яковинской гильотины, и при репрессиях в СССР, и при террористических актах, потрясших в последние десятилетия Россию, Израиль, США, Сирию, арабские страны, когда убийство становится способом разрешения индивидуальных или групповых противоречий.

В современной террористической деятельности используются не только банальные угрозы физического нападения на отдельных лиц, характерные для уличного бандитизма, но и специально разрабатываемые сложные системы, предусматривающие собственно террористический акт и все его последствия. Создание таких систем во многих случаях возможно только при участии квалифицированных специалистов-организаторов.

Любые террористические акты, в том числе при революционных преобразованиях с массовыми убийствами, жёсткий религиозный экстремизм в некоторых культурах новообразованиях и сектах, стихийные бунты, погромы, криминальные разборки с использованием оружия, а также так

– Террористы, как правило, не испытывают сомнений, свойственных интеллигентным и высокообразованным людям, склонным подвергать обсуждению верования и многие собственные решения. Главное для них – безусловное подчинение идейному руководителю. При этом вера террористов не может быть объяснена психопатологическими категориями. Их самопожертвование объясняется как героический поступок, в основе мотивации которого лежит мысль о собственном возвышении и убежденность в значимости собственного жертвования для других.

религиозная убежденность, месть, ревность, нажива, выполнение приказа и т.д. Многие вне ситуации террористического акта ничем не выделяются и не привлекают внимания окружающих. Некоторые из них рассматривают свою деятельность как опасную, но нужную (с точки зрения реализации сверхцели) или очень хорошо оплачиваемую работу. Другие, наоборот, не скрывают своих стремлений и всячески подчёркивают готовность к борьбе за идею с использованием террора. Третья группа состоит из пассивных участников, идущих вслед за лидерами и, как правило, действующих только вместе с соучастниками. К числу тер-

однако, не является основанием для диагноза психических заболеваний. По заявлениям многих террористов, они равнодушны и к окружающим, которым суждено погибнуть, и к собственной судьбе, особенно если исходной установкой является борьба за «народолюбивые идеи». Адекватная эмоциональная реакция обычно отсутствует, что нередко объясняется приёмом наркотического средства и алкоголя. Вот сделанное прокурором описание последних минут жизни студента Ивана Каляева, убившего в 1905 г. губернатора Москвы: «Возвратился священник и сказал, что меня просит к себе осуждённый Каляев. Я сейчас же к нему пошёл. Несмотря на сделанное ему страшное объявление о близкой смерти, он с тою же печальной и покорной улыбкой спокойно сидел на кровати,пил стоявший перед ним чай и ел белый хлеб. Ни страха, ни гнева не было на его лице».

Строки из предсмертного письма Каляева к матери: «Итак, я умираю. Я счастлив за себя, что с полным самообладанием могу отнестись к моему концу. Пусть же ваше горе потонет в лучах того сияния, которым светит торжество моего духа». Такова была сила убежденности этого юноши в правоте своего террористического действия.

– Юрий Анатольевич, к какому выводу пришли участники конференции в Италии, где обсуждали вопросы борьбы с терроризмом?

– Цели террористов, а особенно технология действий, включающих в себя безадресные массовые убийства, на протяжении столетий претерпевают значительные изменения, хотя существо терроризма – устрашение общества ради достижения цели – сохраняется. Современные террористы нередко служат оружием умело сомкнувшегося государственного или индивидуального (частного) терроризма. Они стремятся к публичности, представляя себя героями-освободителями, мстителями, страдальцами за прогрессивную идею. В ряде случаев эти люди находят понимание и признание среди людей, непосредственно не вовлечённых в ситуацию. Широко известен так называемый стокгольмский синдром – психологическое сближение террористов и их жертв, поверивших в героизм и благородство своих потенциальных насильников и убийц. В этом отношении можно упомянуть и убийство в 1878 г. петербургского градоначальника Трепова Верой Засулич за то, что он приказал высечь розгами политзаключённого. На суде вскрылись вопиющие факты издевательств над заключёнными, что заставило оправдать убийцу.

На прошедшей в Италии конференции участники её пришли к мнению, что социальная оправданность некоторых террористических действий не исключена, хотя с этим трудно согласиться. Однако предвидеть такую возможность необходимо. Общечеловеческие демократические ценности современной цивилизации немаловажно защищать с помощью террора, наоборот, цивилизация нуждается в защите от агрессивных действий.

## Авторитетное мнение

# Когда смерть идёт рядом...

## Терроризм и психическое здоровье в современном мире



После теракта в питерском метро

называемый тайный терроризм, без общественной значимости, имеют подготовительный период. В этом периоде, во-первых, обосновывается социальная, идеологически оправдываемая основа теракта с формулировкой сверхцели, которая выше, чем собственная жизнь будущих террористов-смертников. Во-вторых, с помощью пропаганды формируется романтический ореол борцов (мстителей) за достижение сверхцели. Общепринятая в современном мире ценность прав человека заменяется нетерпимостью к оппонентам и стремлением к их уничтожению ради достижения сверхцели.

– Влияют ли социальные условия на формирование у террористов фанатизма, решительности и бескомпромиссности в принятии решений, веры в начатое дело?

– И всё же, как выделить террориста в толпе, среди тех, кто рядом?

– Общие, типичные для них черты характера обозначить трудно. Установки человека с разными характерологическими особенностями, в том числе стереотип криминального поведения, жизненные цели и направленность действий формирует социальное воспитание. У человека с определённой психопатической почвой (в первую очередь возбудимые и истероподобные черты) воспитание в духе терроризма занимает меньше времени и не сопровождается астеническими и тревожными расстройствами, создающими неуверенность и нередко препятствующими активной противоправной деятельности.

В основе террористического акта могут лежать долг перед своими единомышленниками,

рористов можно отнести и людей, непосредственно не участвующих в «грязной работе», но готовящих её и получающих наибольшую выгоду при успешном совершении террористического акта.

Большинство террористов всех указанных групп оценивают свои действия не только как справедливые, но и как героические, направленные на решение важных (государственных, служебных, семейных) проблем. Они уверены в высокой оценке своих действий единомышленниками в настоящее время и в будущем. Характерными примерами такого рода террористических действий являются публичные казни. По существу, нет разницы между казнью царской семьи после октябрьского переворота в России, показательными убийствами заложников в арабских странах, уничтожением тысяч мирных жителей во время массовых терактов. Во всех этих случаях организаторы тщательно готовят исполнителей действия, героизируют их. Выработывается установка на выполнение определённой идеи, которая во многих случаях может называться социальным бредом. При этом может наблюдаться сужение сознания, эмоциональный паралич, состояние экстаза.

Проявление отдельных психопатологических симптомов,

## Тенденции

# Потребление наркотиков снижается

В последние годы в Алтайском крае наметилась тенденция к стабилизации распространения немедицинского потребления наркотиков.

Так, в 2013 г. среди субъектов Российской Федерации с наиболее высоким уровнем распространения наркомании Алтайский

край занимал 9-е место. В 2015 г. по аналогичному показателю он переместился на 17-е.

– В 2016 г. показатель зарегистрированных больных наркоманией в крае снизился к уровню 2014 г. на 15% и составил 248,2 на 100 тыс. населения, что в абсолютных числах составляет 5900 человек (но, к сожалению, пока

это выше показателя по РФ на 16,4%), – рассказывает главный психиатр-нарколог Алтайского края главный врач Алтайского краевого наркологического диспансера Андрей Иванов.

Стоит также отметить, что за последние 5 лет в регионе отмечается устойчивая тенденция к снижению смертности от острых

отравлений наркотическими веществами. Здесь результат весомый: она уменьшилась на 71,4% в 2016 г. по сравнению с 2012 г., что ниже показателя по РФ на 42,9%.

Смертность от отравлений алкоголем в 2016 г. по отношению к 2012 г. снизилась на 34,5% и составила 9,1 на 100 тыс. населения (абсолютное число – 217 человек).

Большую работу для достижения таких показателей проводят все подразделения наркологической службы Алтайского края. Это государственные учреждения здравоохранения – наркологические диспансеры в Барнауле, Бийске, Заринске, Рубцовске и 64 наркологических кабинета в медицинских организациях края.

Елена ОСТАПОВА.

Алтайский край.

**Совсем недавно в Национальном научно-практическом центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко – крупнейшем в Европе – состоялся 4-дневный Международный форум и образовательный курс Всемирной федерации нейрохирургических обществ (ВФНО), связанный с 85-летием основания Московского института нейрохирургии и открытием комплекса его новых зданий. Присутствовали 637 нейрохирургов из 24 стран Европы, Америки, Азии, Африки. Доклады и лекции читали крупнейшие отечественные и зарубежные специалисты, среди них действующий и почётные президенты ВФНО.**

### Взгляд в историю

Представить конкретные возможности нейрохирургии в современной России можно, рассмотрев деятельность Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (ныне Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко).

Наше учреждение располагает 300 койками, распределёнными между 10 клиническими отделениями. Операционный блок насчитывает 16 операционных. Ещё 7, оснащённых интраоперационными КТ и МРТ, откроются в этом году. Ежегодно в институте осуществляется около 8 тыс. больших операций на головном и спинном мозге, а также на периферических нервах. Их количество за последние 20 лет утроилось. В то же время послеоперационная летальность снизилась в 11 раз, составив в 2016 г. 0,54%.

Доминируют микрохирургические вмешательства по поводу опухолей головного мозга, среди которых большой удельный вес принадлежит новообразованиям труднодоступной локализации. Серии наблюдений института по опухолям ствола, пинеальной области, третьего желудочка являются одними из крупнейших в мировой нейрохирургии.

Накоплен колоссальный опыт (свыше 5 тыс. наблюдений) по эндоскопическому эндоназальному удалению аденом гипофиза, а также хордом ската.

Развита педиатрическая нейрохирургия, включая весь спектр опухолей головного и спинного мозга, гидроцефалии, эпилепсии, а также реконструктивных операций на черепе. Особо отметим превентивные вмешательства у младенцев при клинически асимптомных новообразованиях с хорошим отдалённым катамнезом.

Широко используются все модификации прямых и эндоскопических операций при аневризмах и АВМ головного мозга. Институту принадлежит самый большой в мире опыт – 1750 наблюдений эндоскопического выключения АВМ и дуральных фистул спинного мозга. Усовершенствованы хирургические вмешательства для реконструкции брахиоцефальных сосудов при их окклюзии и иной патологии.

Разработаны оригинальные доступы, используемые для тотального удаления гигантских краниофациальных опухолей и околостволовых новообразований задней черепной ямки.

Применяется весь современный спектр минимально инвазивной, эндоскопической, стабилизирующей и реконструктивной хирургии при патологии спинного мозга и позвоночника.

Развито направление конгруэнтной краниопластики обшир-

ных и особо сложных дефектов черепа с использованием компьютерного моделирования, стереолитографии и других аддитивных технологий, а также новых пластических материалов.

Осуществляется хирургия фармакорезистентной эпилепсии и различные методы стимуляционной, моделирующей и противоболевой функциональной нейрохирургии.

В институте создан крупнейший в Восточной Европе центр стереотаксической радиохирургии и радиотерапии, располага-

Конечно, обольщаться не следует: предстоит решить ещё много сложных задач.

### Новое в нейрохирургии

Внедрение в последние десятилетия в практику методов нейровизуализации и минимально инвазивной хирургии с широким применением микрохирургической, эндоскопической и эндоваскулярной техники преобразили нейрохирургию, сделав, с одной стороны, более радикальной, а с другой – гораздо более гуманной.

Блистательными были выступления по сосудистой патологии головного мозга академика РАН Владимира Крылова, члена-корреспондента РАН Шалвы Элиавы, профессора Сергея Яковлева, а также профессора Йонг-Кванг Ту (Тайвань).

Хирургической вертебрологии посвятили свои сообщения профессор Конченцио ди Рокко (Германия), Гарри Шаффлебаргер, Томас Фриман, Сергей Некриш (США) и Артём Гуца (Россия).

Михалакис Спиру (Кипр) выдвинул и обосновал важное положение о недопустимости

учёным с мировым именем. Прооперировал более 15 тыс. больных со сложнейшей патологией головного мозга. На его счету и уникальные операции: весь мир обошло его успешное 19-часовое разделение краниопагов – маленьких сиамих близнецов из Литвы, опасно сращённых головками. Пионер отечественной микронеурологии, создатель большой школы нейрохирургов. Около 40 лет (!) был директором крупнейшего в Европе нейрохирургического учреждения – Института им. Н.Н.Бурденко, который преобразовал, осовре-

### Деловые встречи

# Лидеры нейрохирургии заявляют о себе

## Для этого они собрались в Москве



На форуме директор центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Александр Потапов (слева) вручает почётную медаль А.Н.Коновалова Йоко Като

ующий всем комплексом современной аппаратуры (кибер-нож, гамма-нож и др.). Диагностическая и хирургическая деятельность непременно сочетается с научными исследованиями.

Мощное нейрорадиологическое отделение, лаборатории электрофизиологии, биохимии, ультразвуковых исследований, патоморфологии, нейрохирургической анатомии и другие работают вместе с нейрохирургами, неврологами, нейроофтальмологами, отоневрологами, психиатрами, эндокринологами над изучением прикладных и фундаментальных проблем нейронаук.

Институту принадлежат мировые научные приоритеты: здесь родились нейропсихология, нейропсихиатрия, реаниматология, функциональная нейростология, количественная неврология, эндоваскулярная нейрохирургия. Институт постоянно расширяется: в 2017 г. введены в строй новый операционный блок, учебный и исследовательский корпус, конференц-зал на 550 мест. Таким образом, общая площадь института увеличилась за последние 18 лет в 6 раз и составляет около 100 тыс. км<sup>2</sup>.

Это положение было главным тезисом политематического форума. Прорывным технологиям в нейроонкологии посвятили свои доклады профессора Вадим Шиманский, Василий Черкаев, Павел Калинин. Можно было восхищаться результатами хирургии, чётко и даже красиво документированных труднейших для удаления опухолей основания черепа и краниофациальной локализации. Уникальные материалы по операциям опухолей шеи с компрессией сосудисто-нервного пучка представил член-корреспондент РАН Дмитрий Усачёв. Профессор Алексей Шкарубо убедительно показал эволюцию в хирургии хордом основания черепа и краниовертебрального сочленения, порождённую эндоскопическими эндоназальными доступами.

Проблемам хирургического, радиологического и химического лечения злокачественных внутримозговых опухолей ЦНС уделили внимание профессора Давид Пицхелаури, Григорий Кобяков и член-корреспондент РАН Андрей Голанов.

Современные возможности в оперативном лечении различной патологии спинного мозга раскрыли член-корреспондент РАН Николай Коновалов, профессора Теодор Тиссен, Юрий Кушель.

постоянной стабилизации позвоночника, ибо это эволюционно подвижная система.

Глубокое впечатление произвели лекции мэтров мировой и отечественной нейрохирургии профессоров Маджида Самии, Гельмута Берталанфри (оба – Германия), Йоко Като (Япония), академиков Александра Коновалова, Александра Потапова, Игоря Пронина (все из России).

Особое внимание получила острая черепно-мозговая травма и её последствия. Доклады профессоров Александра Кравчука, Олега Зайцева, Наталии Захаровой (все – Россия), Франко Сервадея (Италия) и других открыли много новаций в подходах к патогенезу и уточнённой диагностике, показаниях к хирургической агрессии и реконструктивной нейрохирургии.

### Два первых героя

На московском форуме произошла знаменательная встреча двух Героев Труда – Александра Коновалова и Серика Акшулакова.

Оба они мои друзья. Талантливый, трудолюбивый и целеустремлённый А.Коновалов стал известным нейрохирургом,

мнил и многократно расширил. И передал дело достойному преемнику – академику РАН Александру Потапову для дальнейшего развития теперь уже национального центра нейрохирургии.

Находясь так долго на Олимпе, избалованный наградами и регалиями, Саша не растерял ни свою доброту, ни свою теплоту, ни свою совестливость.

Когда в мае 2013 г. Президент РФ Владимир Путин присвоил А.Коновалову – первому среди медиков России – звание «Герой Труда Российской Федерации», чувство гордости за друга охватило меня, как и всё нейрохирургическое сообщество. Элитарность несколько не изменила его.

У А.Коновалова и у меня есть общий друг и ученик – С.Акшулаков. Его первым учителем был выдающийся нейрохирург профессор Сергей Фёдоров, передавший нам эстафету. Воспитанник института нейрохирургии, Серик защитил в Москве и кандидатскую, и докторскую диссертации. А потом поехал на Родину – создавать современную нейрохирургию свободного Казахстана. Прекрасный нейрохирург, масштабно мыслящий создатель, Серик добился строительства в Астане Института нейрохирургии – по образу и подобию московской alma mater.

Я был на открытии института в 2008 г. и ещё не раз потом. И поражаюсь сверхъестественному Сериком. Многому теперь нам надо у него учиться. Нет, не зря президент Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев первому среди медиков страны в 2016 г. присвоил звание «Герой Труда Республики Казахстан» С.Акшулакову. А Серик всё такой же – простой, доступный, деятельный.

Получается, что высокие награды, звёзды героев не испортили их как личностей. И это тоже предмет моей гордости за друзей – А.Коновалова и С.Акшулакова.

**Леонид ЛИХТЕРМАН,**  
профессор,  
заслуженный деятель науки РФ,  
лауреат Государственной  
премии России.

**Национальный  
научно-практический центр  
нейрохирургии  
им. Н.Н.Бурденко.**

Фото Анатолия ШЕВЧЕНКО.

### Вариации на панкреатическую тему

В рамках диалога с коллегами во время открытия конференции академик В.Ивашкин отметил, что у всех людей без исключения есть тот или иной генетический полиморфизм, который в совокупности с другими факторами (в основном средовыми – например курение и алкоголь) может привести к развитию панкреатита. А началось его выступление с представления различных форм этого заболевания.

– Наследственный панкреатит – рецидивирующий острый или хронический у индивидуума, в семье которого этот фенотип наследуется посредством генной мутации, экспрессируемой в форме аутосомно-доминантного наследования. Ключевое положение в диагностике наследственной формы заболевания – это обнаружение аутосомно-доминантного наследования или аутосомно-доминантной мутации, – отметил В.Ивашкин.

Семейный панкреатит – это заболевание, вызываемое разными причинами и диагностируемое в семье с частотой, превышающей частоту заболевания внутри определённой популяции. Данная форма может возникать как при наличии генетического дефекта, так и без генной мутации.

Тропический панкреатит – форма раннего неалкогольного хронического панкреатита, диагностируемого преимущественно в тропических регионах. Нередко концентрируется среди членов одной семьи, что указывает на возможность наличия сложной семейной генетической основы. Вариантами тропического панкреатита являются фиброкалькулёзный тропический диабет и тропический болевой кальцифирующий панкреатит. Первый тип можно представить как диабет у пациента с фиброзом ПЖ и выраженной кальцификацией. Это частая форма алкогольного панкреатита. Однако тропический панкреатит является неалкогольным, то есть данная форма может напоминать алкогольный панкреатит, но, по сути, он таковым не является.

– Панкреатиты с классическим менделевским наследованием включают аутосомно-доминантный наследственный и аутосомно-рецессивный панкреатит при кистозном фиброзе. Но в целом комплексные генетические нарушения не следуют менделевским формам моногенной генетики, – подчеркнул Владимир Трофимович. – Надо помнить, что большинство случаев хронического панкреатита возникают на основе генетических нарушений. Тот или иной пациент в той или иной степени как бы «зарабатывает» свой панкреатит не только на основании средовых факторов (злоупотребление алкоголем, курением и т.д.), но и исходным полиморфизмом того или иного гена. Фенотип таких панкреатитов обусловлен полигенными мутациями в 2 и более генах или взаимодействием генетических факторов с факторами окружающей среды. При полигенных панкреатитах болезнь вызывается мутантными аллелями более чем одного гена, и при этом ни один из мутантных генов сам по себе не способен вызвать болезнь.

### О самом главном

Выделяют 3 основные категории факторов риска, которые при комбинации могут привести к возникновению панкреатита: недостаточная защита от внутриклеточной активации трипсиногена (мутации генов PRSS1, CFTR, SPINK1), повторные экспозиции метаболических и средовых стрессоров (курение, злоупотребление алкоголем),

В Москве состоялась XXIII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Pancreas 2017». Как сохранить жизнь больным с патологией поджелудочной железы». Проводилась она по традиции под руководством ведущего эксперта нашей страны в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения, главного гастроэнтеролога Минздрава России, заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академика РАН Владимира Ивашкина.

Программа включала лекцию мастер-класса В.Ивашкина,

### Экспертный уровень

# В поисках оптимального подхода

## Особенности диагностики и лечения различных форм панкреатита



Выступает академик В.Ивашкин

а также изменённый иммунный ответ (TGF, IL-10), приводящий к ускорению фиброгенеза. Комбинация неадекватной защиты с изменённым иммунным ответом, как правило, не приводит к панкреатиту.

При сочетании метаболических и средовых стрессов с изменённым иммунным ответом заболевание также не возникает. Но если имеется комбинация метаболических и средовых стрессов с неадекватной защитой, то возможно развитие рецидивирующего острого панкреатита. А комбинация всех трёх факторов может привести к формированию хронического рецидивирующего панкреатита. Следовательно, для его возникновения необходима комбинация целого ряда факторов.

Рецидивирующий панкреатит часто наблюдается на фоне семейного гиперпаратиреоза и семейных гиперлипидемий, которые, в свою очередь, могут приводить к развитию острого и хронического панкреатита.

Общим механизмом всех этих форм гиперлипидемического панкреатита является повышение триглицеридов в сыворотке ПЖ, активация липазы, появление в избыточном количестве токсических ненасыщенных жирных кислот, которые в условиях избыточного притока кальция приводят к повреждению ПЖ и далее – к развитию панкреатита.

Ведущим методом лечения является назначение капсулированных ферментных препаратов. Но в зависимости от тяжести внешнесекреторной недостаточности доза должна быть достаточно высокой – не менее 30-50 тыс. единиц липазы на каждый приём пищи. Кроме того, важным компонентом лечения является контроль за стеатореей, поскольку

она является интегративным индикатором неблагоприятного состояния поджелудочной железы. В случае неэффективности назначения дозы её необходимо увеличить. Если повышенная доза не приводит к должному эффекту, переходят на частый и дробный приём пищи. Чтобы повысить эффективность препаратов, добавляют назначение ингибиторов протонной помпы с целью понизить продукцию соляной кислоты и создать в двенадцатиперстной кишке более благоприятные условия. Если и этого недостаточно, необходимо снизить потребление жира до 1 г на 1 кг веса с последующим повышением.

### Общий враг

– За последние 2-3 десятилетия в большинстве стран мира происходит настоящая эпидемия хронических панкреатитов. Значительную роль здесь играют неблагоприятные факторы окружающей среды. Но, наверное, важнейшей причиной этого катастрофического увеличения частоты заболевания (в 2-3 раза) является фактор увеличения употребления алкоголя и курения. Эти панкреатотоксические факторы очень тесно связаны, – начал своё выступление заведующий отделением хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Олег Шифрин.

Возникают серьёзные микроциркуляторные нарушения по 2 причинам: с одной стороны, они связаны с развитием оксидативного стресса (следствие снижения уровня антиоксидантов), который приводит к нарушению микроциркуляции ПЖ. С другой стороны, алкоголь непосредственно вызывает ухудшение кровоснабжения ПЖ. Снижается защитный механизм, уменьшается выработка растворителя бикарбоната, сок ПЖ сгущается, снижается активность ингибитора трипсина – важнейшего протективного механизма. Воздействие алкоголя приводит к длительному воспалительному

посвящённую проблеме генетических, врождённых и наследственных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ). Кроме того, были подробно рассмотрены проблемы аутоиммунного и алкогольного панкреатита, а также ранних стадий хронического панкреатита. Детально обсуждались вопросы применения на практике национальных и международных стандартов и методических рекомендаций по диагностике и лечению экзокринной недостаточности ПЖ, в том числе методические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, была представлена оптимальная тактика обследования и выбора метода лечения заболеваний ПЖ.

заболеванию ПЖ, которое приводит к нарушению морфологического строения и нарушениям функций ПЖ, то есть к хроническому панкреатиту.

Хронический панкреатит уменьшает продолжительность жизни человека и в то же время резко ухудшает её качество. Прежде всего это связано с абдоминальной болью. Кроме того, качество жизни больного с алкогольным панкреатитом ухудшают нарушение трофологического статуса и панкреатогенный диабет (довольно-таки редкий фактор). Всё это приводит к развитию депрессии.

– Уровень абдоминальной боли (2-3 балла) существенно чаще приводит к развитию алгической депрессии, нежели случаи заболевания с менее выраженным уровнем абдоминальной боли. При алкогольном панкреатите развитие алгической депрессии происходит, как правило, чаще, чем при других формах. Гастроэнтерологам нередко приходится обращаться за помощью к психиатрам при ведении подобных пациентов с алкогольным панкреатитом и ввиду развития алгической депрессии, и ввиду избыточного употребления алкоголя, – добавил О.Шифрин.

У пациентов с длительным течением алкогольного панкреатита происходит существенное снижение массы тела. При алкогольном панкреатите, что характерно, факторы развития трофологической недостаточности превышают подобные факторы при других этиологических вариантах развития заболевания.

– Какие дозы алкоголя являются панкреатотоксическими? Этот вопрос остаётся дискуссионным. Во всяком случае, считается, что две трети пациентов с алкогольным панкреатитом употребляют ежедневно около 150 г чистого алкоголя. Даже относительно низкое употребление алкоголя (менее 20 г в сутки) чаще вызывает развитие панкреатита, нежели это происходит у лиц, абсолютно не употребляющих алкоголь, то есть пороговые дозы алкоголя, которые могут повреждать ПЖ, остаются неясными, – отметил О.Шифрин.

Безусловно, очень важное значение придаётся генетическим факторам. Развитие морфологических изменений, прежде всего фиброза, кальциноза, также напрямую связано с дозами употребляемого алкоголя. Считается, что для развития кальциноза в целом необходимо употребление алкоголя в дозах от 80 до 120 г в сутки на протяжении по крайней мере 8-12 лет. Но это также связано с сугубо индивидуальными наследственными факторами того или иного пациента.

Как правило, у одного пациента присутствует несколько панкреатотоксических факторов. Алкоголь часто соседствует с курением. Во многих случаях это равнозначные факторы, и очень трудно выделить ведущий. У ряда пациентов, злоупотребляющих алкоголем, фактор курения тем не менее превалирует. Когда они прекращают употреблять алкоголь, но продолжают курить, морфологические изменения продолжают нарастать. Даже без ассоциации с алкоголем курение у молодых пациентов в 2 раза чаще вызывает развитие заболевания, нежели у некурящих.

– Помимо курения, конечно, ведущее место имеет наследственность. Также очень важным фактором является питание. С одной стороны – высокое потребление животных жиров, а с другой – низкое потребление белков, что нередко встречается у алкоголиков, повышая вероятность развития алкогольного панкреатита, – сказал О.Шифрин.

Для того чтобы оценить, насколько выражено человек употребляет алкоголь, используется всемирно известный опросник Audit. По его данным, о том, что табакокурение вредно влияет на лёгкие, знают практически все. То, что табакокурение снижает потенцию у мужчин, знает половина опрошенных, а то, что оно может вызвать у них развитие острого панкреатита, знают только 10%. Лишь 1 из 10 больных хроническим панкреатитом осведомлён о том, что табакокурение – это панкреатотоксический фактор.

\* \* \*

Традиционно каждая секция конференции завершается ответами на вопросы слушателей. Один из них звучал так: «Классическое определение лечебных подходов включает голод, холод и покой. Остаётся ли эта триада актуальной при лечении больных на стадии обострения острого панкреатита?» Академик В.Ивашкин, отвечая на него, отметил, что это очень архаичная триада, примерно позапрошлого столетия. Уже в середине – конце минувшего века стало понятно, что нельзя «морить» голодом больных с панкреатитом. Поэтому показано трансанальное питание, необходимое для купирования пареза кишки, который, как правило, сопровождается панкреатитом. Установить парез кишки без необходимого энтерального питания практически невозможно.

Гипотезы

# Освещённое сердце

Красная волчанка, или эритроматозный люпус является примером аутоиммунных расстройств, могущих затрагивать и мозг человека. Тот представляет собой совокупность множества нейронов, каждый из которых, по оценке сотрудников Института изучения мозга во Франкфурте, имеет до тысячи точек коммуникации, или синапсов, буквально усеивающих тела и отростки нервных клеток. Нейронные сети, сформированные благодаря росту как самих отростков, так и синапсов на них, регулируют наши суточные и жизненные циклы, сон и бодрствование, ум и эмоции, «технической» поддержкой которой которой мозговая активность обязана своей эмоциональной сфере. В Дрексельском университете Филадельфии исследователи «просветили» мозг 26 добровольцев с помощью инфракрасного излучения, благодаря чему выяснили, что даже простое рисование возбуждает систему вознаграждения.

В Гарварде занимаются более фундаментальными проблемами, пытаясь выяснить механизмы возникновения и развития аутистических расстройств (ASD). Известно, что вирус Зика убивает нервные стволовые клетки, что, возможно, и приводит к микроцефалии, или рождению детей с недоразвитым мозгом. Микроглия, кстати, защищает мозг от вирусных и иных атак. Не так давно специалистами Колумбийского университета (Нью-Йорк, США) было показано, что риск рождения ребёнка с аутизмом повышается после перенесённой будущей матерью лихорадки. В Гарварде и бостонском Детском госпитале при обследовании 1946 детей с аутизмом выяснили, что клетки микроглии прежде всего «нападают» на синапсы, уменьшение числа которых уже давно подозревали нейробиологи. Появилась даже новая статья под названием «Потеря синапсов зависит от микроглии».

Её авторы возлагают основную вину за это на интерферон-альфа, который у здоровых детей увеличивает активность 44% генов, снижая 34% (у аутистов соответственно 10,5 и 11), отвечающих за расщепление макромолекул и транспорт белков, синтез клеточных компонентов и регуляцию различных процес-

сов в клетках, деление клеток, что немаловажно для функции нервных стволовых клеток, а также ответ на стрессы и обмен веществ во всём организме. Ген Lair, например, кодирует синтез рецептора лейкоцитов, а TREM – белкового рецептора воспаления, являющегося «триггером» рецепторных протеинов на мембране клеток микроглии.

«Генераторами» воспаления выступают зачастую и всем привычные кишечные палочки, которые, проникая из толстого кишечника в мочевую систему, вызывают стойкие повторяющиеся инфекции, с которыми из-за резистентности к антибиотикам трудно бороться. Микробиологи Свободного университета в Брюсселе и их коллеги из Университета Вашингтона в Сент-Луисе опубликовали в сентябре 2016 г. сообщение об успешном испытании на грызунах вакцины против микробного протеина (FmlH), сидящего на конце выростов-пилюса, с помощью которых палочка присоединяется к клеточной поверхности. Такой же эффект имело выключение микробного гена данного белка, в результате чего инфицированность мочевого пузыря упала в тысячу раз, а почеч – в сто!

Менее чем через год после этого открытия учёными был опи-

сан принципиально новый подход к лечению урогенитальных инфекций без... антибиотиков. Вместо них они давали мышам маннозид, являющийся производным сахара маннозы, который не даёт микротрубочкам пилюса прикрепляться к клеточной поверхности. Это привело к снижению числа болезнетворных палочек в кишечнике в сотни раз, а в пузыре – в миллион.

Но микроорганизмы, как известно, могут и помогать человеку, например пострадавшему от инфаркта. Миллиарды лет в океане живут и здравствуют сине-зелёные одноклеточные кокки, в клетках которых имеются «карбоксисомы», в протеиновых оболочках которых содержатся молекулы фермента двойного назначения карбоксилаза/оксигеназа (знаменитый Rubisco – он «фиксирует» CO<sub>2</sub> и расщепляет воду, «выбрасывая» в атмосферу живительный кислород). Сотрудники Стэнфордского университета сначала вызвали экспериментальный инфаркт миокарда у крыс, а затем вводили непосредственно в зону ишемического поражения удлинённые клетки сине-зелёного *Synechococcus elongates*. Уже после 10-минутного освещения сердца содержание O<sub>2</sub> в зоне инфаркта выросло в 25 раз (по сравнению с трёхкратным без освещения). Функция левого желудочка при этом восстанавливалась уже через три четверти часа. Авторы надеются, что микробное восстановление инфарктного сердца можно будет осуществлять с помощью световода, подводящего к инфарктному поражению сердца.

Игорь ЛАЛАЯНИ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Methods,  
Science Advances.

Выводы

# Морфологический субстрат дислексии

Нарушения работы головного мозга, вызывающие дислексию, могут быть ещё более значительными и распространёнными, чем считалось ранее. К такому выводу пришли учёные из Массачусетского технологического института (США), результаты исследования которых были недавно опубликованы.

В рамках эксперимента учёные с помощью аппарата МРТ сканировали головной мозг взрослых людей с дислексией и без данного расстройства во время выполне-

ния ими нескольких задач. Вначале испытуемые прослушали ряд слов, затем просмотрели записанные слова, а также фотографии предметов и лиц людей. Периодически слова и изображения повторялись.

Как показали результаты эксперимента, мозг здоровых участников адаптировался к повторяющимся сигналам и объектам, в то время как у людей с дислексией это произошло в недостаточной степени. Причиной этого учёные называют снижение нейропластичности головного мозга.

По словам авторов исследования, любопытно то, что головной мозг людей с нарушением способности к овладению навыком чтения и письма по-разному реагировал не только на произнесённые или написанные слова, но и на повторяющиеся изображения. Это позволяет сделать вывод, что дислексия затрагивает области головного мозга, отвечающие не только за языковые способности.

Учёные планируют провести дальнейшие исследования, чтобы определить, происходит ли снижение нейропластичности мозга при других нарушениях, к примеру, слуха или зрения, а также изучить мозг детей, которые ещё не умеют читать.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По материалам журнала Neuron.

Игеи

Группой исследователей из Университета Вашингтона (США) было обнаружено, что такое вещество, как дисахарид трегалоза, положительно влияет на клетки иммунной системы, а именно – повышает их потенциал. Это даёт возможность активировать естественную защитную функцию организма в борьбе с атеросклерозом.

Трегалоза, как известно, представляет собой натуральный сахар, который содержит в себе всего несколько молекул глюкозы и уже давно не запрещён к употреблению человеком. Последние

# Активатор иммунитета

изучения свойств подобного вещества показали, что оно влияет на активацию такого клеточного процесса, как аутофагия.

Тем не менее до конца неизвестно, как именно подобный дисахарид это делает. Благодаря проведению специфического эксперимента на лабораторных мышках было установлено, что у грызунов с атеросклерозом после инъекционного введения им

трегалозы произошло уменьшение размера бляшек.

Примечательно, что при таком заболевании они локализуются в артериях и без своевременного лечения приводят к нарушению двигательных функций. Для того, чтобы это выяснить, подопытных разделили на несколько групп – первая получала дисахарид, а вторая – нет. Стало известно, что у животных из второй груп-

Эксперименты

Калифорнийским учёным (США) удалось на месяц остановить эмбриональное развитие мышей. Для этого они использовали ингибитор клеточного роста mTOR. После того, как действие препарата прекратилось, эмбриональное развитие возобновилось – бластоцисты были вновь пересажены самкам мышей, которые благополучно выносили потомство.

# Репродукция под контролем

Ранее бластоцисты удавалось сохранять в лабораторных условиях не более 2 дней, но под действием mTOR они выжили целых 4 недели, пояснила Айдан Булут-Карслиоглу. В среднем беременность у мышей продолжается всего 20 дней, а в этом случае эмбриональное развитие удалось затормозить на целый месяц. Авторы считают, что можно добиться и более длительной паузы, продолжительность которой будет зависеть от добавленных в культуральную среду метаболитов.

Учёные считают, что в дальнейшем они смогут использовать полученные данные при совершенствовании методик вспомогательных репродуктивных технологий,

а также в регенеративной медицине. Так, использование ингибиторов при проведении ЭКО поможет отказаться от замораживания эмбрионов, а кроме того, даст эмбриологам больше времени на выявление генетических дефектов. Пока, однако, испытания на человеческих эмбрионах не проводились, не исключено, что их результаты окажутся отличными от результатов, полученных в опытах на животных.

Авторы рассказали, что сейчас mTOR-ингибиторы уже проходят несколько клинических испытаний в качестве препаратов для лечения некоторых форм рака. Они опасаются, что полные или частичные результаты могут повлиять на оценку эффективности препаратов в качестве противоопухолевых ингибиторов. Вполне вероятно, что такие ингибиторы действительно будут тормозить развитие раковых клеток, но после прекращения терапии раковые клетки вновь начнут развиваться.

Герман АКОДИС.

По информации UPI.

Почему бы и нет?

# Омоложение кровью

Эксперименты по омоложению проводятся не первый год. В позапрошлом году Тони Висс-Корей и его команда объявили о том, что им удалось омолодить мышей с помощью введения животным плазмы крови других, более молодых грызунов. Стало известно о новых экспериментах, которые провели учёные. В этот раз для омоложения они использовали человеческую кровь, которую вводили старым животным. Такая процедура улучшила память мышей и их физическую активность. Исследователи полагают, что таким образом можно будет омолодить и человека.

Рассказывая об эксперименте, исследователи объясняют, что они взяли образцы крови 18-летних молодых людей и ввели их годовалым мышам. Этот возраст соответствует 50 человеческим годам. У животных начали проявляться признаки старения – походка замедлялась, а память ухудшалась.

Инъекции плазмы крови делали животным дважды в неделю. Через 3 недели таких процедур мыши прошли серию тестов, в которых их результаты сравнивались с результатами более молодых грызунов, а также мышей того же возраста, которые не получали инъекции.

Улучшения действительно были заметны: мыши, которым вводили кровь, были более активны, их поведение напоминало поведение более молодых животных. В тестах,

направленных на оценку памяти, они тоже показали более хорошие результаты, чем их ровесники, не получавшие инъекций.

Авторы изучили головной мозг мышей – у пожилых животных, прошедших курс инъекций, в гиппокампе присутствовали новые нейроны. Это значит, что введение плазмы стимулировало нейрогенез и усиливало его, считают учёные.

Исследователи сообщили, что им удалось идентифицировать несколько факторов, присутствующих в «молодой» крови, но они не уточнили, какие это были факторы. Авторы считают, что в дальнейшем они смогут использовать такую методику и для омоложения людей.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации New Scientist.

выработки органелл. Именно они выполняют функцию «уборщиков мусора».

Дальнейшие исследования будут направлены на создание лекарства от атеросклероза с содержанием сахара. В этом процессе есть две проблемы. Первая – неэффективность при пероральном приёме, по причине влияния пищеварительных ферментов. Вторая – некомфортный способ приёма лекарств путём введения инъекции.

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению ABC News.

## Открытие

## Не только дыхание

Учёные из Калифорнийского университета в Сан-Франциско (США) обнаружили, что лёгкие у млекопитающих жизненно важны не только для дыхания, но и для кроветворения. В научной работе использовались трансгенные мыши, тромбоциты которых после модификации испускали зелёный свет. Специалисты планировали изучить, как движутся тромбоциты внутри лёгких, но неожиданно для себя нашли больше, чем искали.

Оказалось, что лёгкие непосредственно участвуют в процессе кроветворения, а также содержат большое количество стволовых клеток крови, которые могут восстановить этот процесс, если их запас в костном мозге истощается. Профессор медицины Марк Луни заявил, что лёгкие мышей могут играть ключевую роль в производстве крови и что результаты исследования позволяют предположить, что у людей этот орган работает так же.

Исследование подобного типа стало возможным благодаря двухфотонной интравитальной визуализации, технике, недавно разработанной М.Луни и его коллегой, профессором патологии Мэтью Краммелом. С помощью этой методики можно наблюдать за единичными клетками внутри тончайших кровеносных сосудов в лёгких живых мышей. Специ-

алисты планировали рассмотреть, каким образом иммунная система взаимодействует с курсирующими по сосудам лёгких тромбоцитами, и в процессе наблюдения выявили гигантскую популяцию клеток-производителей тромбоцитов, которые называются мегакариоцитами.

Ранее мегакариоциты уже находили в лёгких, но считалось, что они «живут и работают» в костном мозге. Одна из исследовательниц в лаборатории профессора Луни, Эмма Лефрансе, пояснила, что она и её коллеги сразу поняли – необходимо продолжить наблюдения именно здесь. Более детализированная визуализация показала, что мегакариоциты работают и в лёгких – за час они производили свыше 10 млн тромбоцитов, а это более чем половина всего объёма производства тромбоцитов в мышном организме. С помощью видеомикроскопии учёные выявили, что за пределами кровеносных сосудов лёгких находится около миллиона клеток-прародителей мегакариоцитов, а также стволовых клеток крови.

Чтобы понять, как работают лёгкие в качестве источника тромбоцитов, исследователи провели серию трансплантаций. Сперва они пересадили лёгкие нормальной мыши животному-реципиенту со светящимися мегакариоцитами. Вскоре светящиеся клетки были замечены в кровеносных сосудах лёгких, что позволило сделать вы-

вод о том, что всё же мегакариоциты производятся в костном мозге. Затем донором стала мышь, у которой светились клетки-прародители мегакариоцитов, а реципиентом – трансгенная мышь с низким содержанием тромбоцитов в крови.

Уровень тромбоцитов у мыши-реципиента поднялся почти до нормального и оставался таким в течение нескольких месяцев (срок был больше продолжительности жизни отдельных мегакариоцитов). Таким образом, заявили учёные, прародители мегакариоцитов были активированы из-за низкой концентрации тромбоцитов у реципиента и начали работу по производству мегакариоцитов, чтобы восстановить нормальный уровень тромбоцитов.

На финальной стадии работы лёгкие мыши-донора, все клетки которых были «помечены», пересадили реципиенту, чей костный мозг был модифицирован так, чтобы в нём не хватало стволовых клеток крови. Клетки из донорских лёгких переместились в костный мозг реципиента и начали производство других клеток – не только тромбоцитов, но и В-клеток, Т-лимфоцитов и нейтрофилов.

Открытие может помочь в изучении, например, тромбоцитопении, а также теперь учёные задались вопросом, как стволовые клетки крови, располагающиеся в лёгких, могут влиять на реципиентов после трансплантации.

## Ракурс

В ходе исследования, проведённого командой учёных из Школы медицины Университета Северной Каролины (США), был определён генетический локус нервной анорексии, а также выяснилось, что у этого потенциально смертельного заболевания есть и метаболическая подоплёка.

вызываются одними и теми же генами. Нервная анорексия часто генетически коррелируется с невротизмом и шизофренией, что говорит в поддержку утверждения о том, что анорексия – это психическая болезнь. Однако мы также обнаружили сильные генетические корреляции с различными метаболическими чертами, включая

## Новый пункт на генетической карте

Исследователи осуществили полногеномный анализ ДНК около 3,5 тыс. людей с анорексией и 10 982 человек без неё. Если какие-то генетические вариации значительно чаще встречаются у людей с какой-то болезнью, чем у здоровых, эти вариации считаются «связанными» с данным заболеванием.

«Мы идентифицировали один полногеномный локус нервной анорексии в 12-й хромосоме – ранее эта зона связывалась с сахарным диабетом 1-го типа и аутоиммунными расстройствами», – отметила Синтия Булик, директор Центра по изучению расстройств пищевого поведения в Университете Северной Каролины и профессор Каролинского института в Швеции. – Мы также просчитали генетические корреляции – степень, до которой различные черты и расстройства

конституцию (индекс массы тела) и метаболизм инсулина-глюкозы. Это говорит о том, что нужно изучать то, как метаболические факторы повышают риск развития нервной анорексии».

Исследование провела рабочая группа под названием Psychiatric Genetics Consortium Eating Disorders Working Group – международная команда учёных из различных профильных авторитетных научно-клинических учреждений по всему миру. «В эпоху командной науки мы объединили более 220 учёных и врачей с целью обеспечить такую большую выборку. Без этого сотрудничества мы бы никогда не смогли обнаружить, что у анорексии одновременно психические и метаболические причины», – заявил профессор Джером Брин из Королевского колледжа Лондона (Великобритания).

## Однако

В Великобритании открылась специализированная клиника-роддом, которая будет принимать беременных женщин – жертв изнасилования. Будущим мамам помогут прошедшие специальные тренинги акушерки, психологи и педиатры. Одна из работниц, акушерка Индержит Каур, пояснила, что дополнительная поддержка очень важна, так как рождение ребёнка может стать триггером для возвращения воспоминаний о моменте насилия.

Роддом создан на базе Королевской больницы Лондона. Встречи с врачами и другими медиками будут продолжаться дольше, кроме того, женщинам при необходимости будут больше рассказывать о расположении их палат и давать юридические консультации относительно того, что с ними делают врачи и зачем. Это сделано для того, чтобы жертвы насилия чувствовали себя в безопасности.

Официальная статистика гласит, что каждая пятая женщина в Англии в возрасте от 16 до 59 лет хотя бы один раз подвергалась сексуальному насилию в одной

## Роддом для изнасилованных

из его форм. Неофициальной статистики нет. Несколько женщин рассказали о различных ситуациях, которые заставляли их заново переживать травму. Одной насилие сказал: «Расслабься, и всё закончится быстрее». То же самое она услышала в больнице, и это обернулось для неё серьёзным стрессом. Ещё одна будущая мать рассказала, что во время родов просто не могла раздвинуть ноги, потому что всё, что её окружало, напоминало ей об изнасиловании. У третьей же пациентки во время родов начались галлюцинации, также вернувшие её в момент изнасилования. Жертвы изнасилования редко говорят о пережитом опыте, и поэтому персонал медицинских учреждений может нанести им психологическую травму, даже не подозревая об этом.

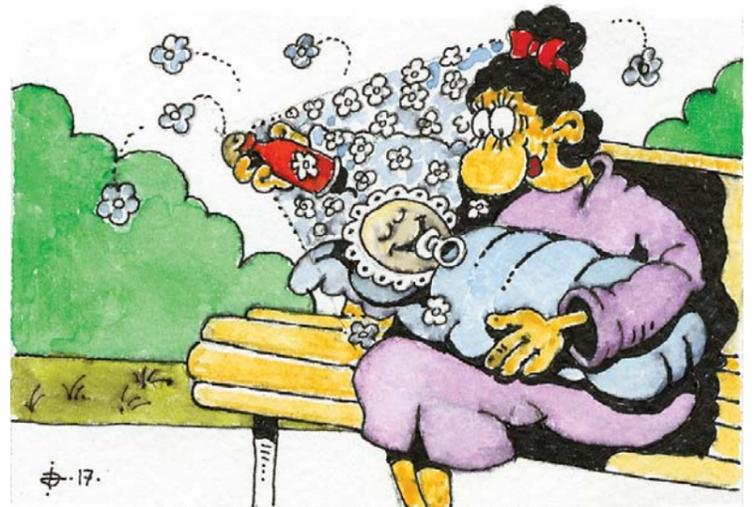
Основательница клиники Паван Амара сама была изнасилована в подростковом возрасте. Для

своих коллег по несчастью почти год назад она открыла отделение сексуального здоровья в одной из больниц, и с тех пор его услугами воспользовались уже более 800 женщин. Теперь будет работать ещё и роддом, где помощь пациенткам будут оказывать не только до, но и после родов. В клинике, кроме всего прочего, можно будет пройти курсы для беременных, воспользоваться молокоотсосом, посетить гинеколога, который будет особенно осторожен, зная о прошлом опыте женщины, обратиться к психологу.

Записаться на приём можно по электронной почте. Для женщин из других городов и стран будут доступны единые видеоконсультации. Если услуги специализированной клиники будут пользоваться спросом – такие отделения появятся и в других больницах Великобритании. Дополним, что проблема изнасилований – это проблема мирового масштаба.

## Ну и ну!

## Посредством обоняния



Сотрудники Детской больницы Кентукки (США) предложили новый способ снять стресс у детей, страдающих абстинентным синдромом новорождённых.

После извлечения из матки, где на плод воздействовали вызывающие зависимость наркотические препараты, ребёнку требуется длительный период восстановления, который проходит в палате интенсивной терапии или реанимации.

В это время, по информации американских врачей, целесообразно в дополнение к основному лечению применять ароматерапию – она помогает малышу бороться со стрессом. Эфирное масло лаванды действует как успокоительное, а эссенция ромашки нейтрализует эмоции.

Всего в небольшом исследовании участвовали 40 детей с

абстинентным синдромом новорождённых.

Каждого ребёнка вместе со стандартной терапией лечили также с помощью запахов. Результаты были впечатляющими – в среднем такие дети проводили в палате интенсивной терапии почти на неделю меньше, что с учётом стоимости таких медицинских услуг в США (около 5 тыс. долл. в сутки) давало существенную экономию средств, во-первых, а во-вторых, общее время реабилитации сокращалось. Кроме того, получавшим ароматерапию детям требовалось меньшее количество медикаментов для снятия интоксикации.

Подготовил  
Марк ВИНТЕР.

По материалам News Medical,  
UCSF, Medical Xpress, BBC.

## Ситуация

## Зона заикания

Заикание представляет собой нарушение речи, которым страдает 1% населения мира. Основным симптомом этого заболевания – изменения в ритме речи, повторение или затягивание отдельных звуков или целых слов, а также частые остановки в речи. Заикание часто диагностируют у детей 2-5 лет, чаще у мальчиков, чем у девочек, и многие дети «перерастают» заболевание, а кроме того, помогает также речевая терапия.

Учёные из США во главе с Брэдли Петерсоном, директором Института развития разума Детской больницы Лос-Анджелеса, использовали новый метод диагностики, чтобы увидеть, чем отличается мозг страдающих заиканием от мозга здоровых людей.

В исследовании участвовали 47

взрослых и 47 детей, как заикающихся, так и нет. Снимок мозга каждого участника получили в результате спектроскопии протонного магнитного резонанса (ранее подобная работа проводилась с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии).

Данные экспериментов показали, что при заикании поражён не только речевой центр мозга, но и регионы, ответственные за регулирование внимания и эмоций, – это также подтверждали предыдущие исследования на тему заикания. Тяжесть заболевания, по словам Б.Петерсона, варьировала в зависимости от того, насколько все три региона были повреждены.

Ведущий автор исследования рассказал, что он был поражён полнотой информации, полученной по итогам использования метода ПМР-спектроскопии. Доктор Петерсон добавил, что заикание можно считать, скорее, не расстройством развития, а расстройством нейронсихиатрического характера.

**Среди персонажей Тиёми Хасигути (псевдоним Нэкодзиру) есть маленькая обезьянка, которая всё время бьёт себя молотком по голове, и на её лбу вскакивают шишки. Она отрезает их и раздаёт окружающим как угощение. И всё время улыбается. На вопрос: «Вкусна ли я?» обезьянка постоянно слышит в ответ: «Средненькая».**

Самооценка низка. Депрессия наглядна и перманентна. Социальное одиночество очевидно. Обезьянка хочет, чтобы её полюбили, но не знает, как сказать об этом и не находит иного способа попытаться вызвать к себе интерес, кроме как отрезая от себя куски. Но части её тела не вызывают большого интереса со стороны окружающих. Социум отвергает приношение обезьяны. И следующим её шагом закономерно становится ненависть к этому безразличному миру, ведь «от любви до ненависти – один шаг». Индифферентность социума с какого-то момента начинает казаться враждебностью.

Автобиографичность этого персонажа кажется ясной после того, как узнаешь о том, что психиатры поставили Хасигути диагноз «маниакально-депрессивный психоз». У этого заболевания есть так называемая континуальная форма, при которой одна психопатологическая фаза переходит в другую без перерыва, не оставляя зазора, как в перетекающих друг в друга названиях двух японских столиц: Токио – Киото. ТоКиоТоКиоТо... На стыках фаз возникают непростые клинические конструкции, часто отличающиеся от хрестоматийных описаний в учебниках психиатрии. «Холодный дождь без конца/ Так смотрит продрогшая обезьянка/ Будто просит соломенный плащ» (Мацуо Басё).

Друг Хасигути, литератор Ёсиаки Ёсианага, вспоминал: «Нэкодзиру, словно крошечному, хрупкому зверьку, требовался кто-то, кто мог её защитить. Но за внушающей любовью женской оболочкой скрывалась пугающая тьма. Нечто странное и страшное пустило корни в глубине её души. Немота охватила меня, когда я узрел бездну тёмных страстей, разделяющую нас».

Время от времени Хасигути говорила: «Мне нужен нож». Мир стал для неё местом, наполненным враждебными людьми с их лживыми поступками. Каждый миг следовало быть начеку. Виртуальный мир японских комиксов (манга) был более безопасен и к тому же управляем. Автор превращался в демиурга собственного альтернативного бытия.

Странное раздвоение, амбивалентность психики: с одной стороны – хрупкость и ранимость, а с другой – деструктивность, бесцеремонность и жестокость. Она ненавидела ложь, толстых людей и поп-музыку. Она любила пить суп через трубочку, рисовать (до тех пор, пока это занятие стараниями издательств

не превратилось в коммерческую рутину). Она мечтала о ноже и избивала своего кота плёткой. Понять (почувствовать?), как в одной психике сочетаются эти, казалось бы, взаимоисключающие характеристики, можно лишь вспомнив: ТоКиоТоКиоТо...

Она была «чистым и нравственным человеком», по воспоминаниям Ёсианаги. Он же писал: «Обычно ей никто не нравился, и она вела себя одинаково неприятно для каждого и была удивительно чиста в своём эгоизме». Странно ли то, что в окружении Хасигути почти не оказалось людей, способных от-

а думают другое; улыбаются, не испытывая симпатии; безразлично сочувствуют; восхищаются вслух, презируя про себя... Большинство из нас привыкло к этому, так как усвоило странную игру двусмысленности и взаимного недоверия (если мягче – неискренности), облечённого вежливыми формальными словами: «Как я рад вас видеть!», что вовсе не всегда соответствует действительности.

«Однажды она телефонным звонком подняла среди ночи редактора крупного журнала, дабы объявить: «Мне нужен другой представитель от вашего жур-

В своём современном виде манга начала становление в 1940-е годы. На её развитие повлияли европейская карикатура и американские комиксы. Сегодня в Японии манги читают все. Она уважаема и как вид изобразительного искусства, и как литературный феномен. Её тематика весьма разнообразна: приключения, спорт, история, юмор, фантастика, ужасы, эротика и пр.

Да, Нэкодзиру не была типичным мангаку – безобидным очкариком, рисующим наивные сказки. Её манга, по мнению рецензентов, вскрывает пороки социума при том, что

Её мир радикального неприятия чужих недостатков и пороков выглядел феодализмом, пассивистской ностальгией по которому порой сквозит в японском искусстве (можно вспомнить хотя бы фильмы Такеси Китано или жизнь и творчество Юкио Мисимы). Силует древней столицы время от времени проступает на фоне столицы нынешней. ТоКиоТоКиоТо...

Действие манги Нэкодзиру происходит в мире, где коты, собаки, свиньи и так далее – уподоблены людям и имеют разные социальные права. Хищники могут убивать безропотных травоядных. На низшей ступени находятся бесправные свиньи, которых все унижают и обижают. Герои манги Нэкодзиру – котята: братец Няте и сестрица Няка. Один из сюжетов рассказывает о том, как они приходят в гости к доверчивому кротёнку, а после убивают его мать за то, что она дала им пирожки с землёй и червями. Папа кротёнка разводит руками: «Что ты хочешь, мы же не хищники». Впрочем, котята почти никого не убивают без особых причин. Поводом может быть невкусная еда или полученное замечание. Лишь свиньи могут уничтожаться только за то, что они – свиньи (жирные и тупые).

В середине 90-х годов Японию охватила «Нэкодзируманья». Для описания её работ было изобретено странное слово – «жутко-миленькие» (abunakawaii – «милый + опасный») – тоже, между прочим, амбивалентность парадокса. «Прикольные» котята стали любимыми персонажами для многих читателей. Парочка казалась столь симпатичной, что зрители были готовы мириться с их жестокостью, не обращая внимания на то, что злые игры рисованных персонажей разрушают существующий мир.

То, чего Хасигути не могла сделать со свиньями в человеческом облике, она реализовала для людей, приняв вид рисованных свиной и енотов. Впрочем, реальный окружающий мир от этого не изменился, по-прежнему оставаясь переполненным отвратительными для художники людьми. Но она всё же смогла уничтожить и его.

10 мая 1998 г. Хасигути покончила с собой, повесившись на верёвке, привязанной к ручке двери. Попытки суицида имели место в её жизни и прежде. Аутодеструктивное стремление не покидало её в течение многих лет – до тех пор, пока не реализовалось окончательно. В гроб мангаку положили диски с музыкой и клипами Arhex Twin. Так она велела в последнем из обнаруженных завещаний.

Бедная обезьянка без плаща, продрогшая на осеннем ветру...

**Игорь ЯКУШЕВ,**  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.

Архангельск.

## Тайны творцов

# ТоКиоТоКиоТо...

50 лет назад родилась японская художница  
Тиёми Хасигути, женщина без «иммунной системы»



Тиёми Хасигути и персонажи её манги



нести к ней как к замерзающей без плаща одинокой обезьянке.

У неё не было иммунной системы, защищавшей от трений о социум, ей было плохо среди людей. Может быть, наркотики возникли в её жизни именно по этой причине. Впрочем, скорее всего, они нужны были ей в качестве катализаторов, позволяющих ускорить время пути в альтернативный мир. Но при этом Хасигути была заносчива, резка в суждениях, бескомпромиссна в оценках, не обинуясь тем, что может вести себя оскорбительно и жестоко по отношению к кому-то. Её психике была присуща своеобразная эмоциональная слепота, не различавшая нюансов социального общения, не позволявшая понимать «фигуры умолчания» и мешавшая следовать правилам «хорошего тона», который нередко выглядит со стороны фарисейским и лживым. Как раз с этой стороны художница и смотрела на мир, в котором люди говорят одно,

а думают другое; улыбаются, не испытывая симпатии; безразлично сочувствуют; восхищаются вслух, презируя про себя... Большинство из нас привыкло к этому, так как усвоило странную игру двусмысленности и взаимного недоверия (если мягче – неискренности), облечённого вежливыми формальными словами: «Как я рад вас видеть!», что вовсе не всегда соответствует действительности.

«Однажды она телефонным звонком подняла среди ночи редактора крупного журнала, дабы объявить: «Мне нужен другой представитель от вашего жур-

нала». «Почему?» – воскликнул редактор. «Он жирный».  
За естественность и непосредственность, многим казавшиеся высокомерием и спесью, её окрестили «Королева-дитя».

Уже первый её комикс имеет абсурдно-шокирующее содержание: папа-кот вбегает в лавку, где торгуют супами, держа в зубах котёнка, которого просит кастрировать. Сначала лавочник отказывается, но в конце концов всё же втыкает нож в котёнка. В лавку входит покупатель и заказывает: «Суп с котом». Лавочник оживает: «Как раз сейчас будет готов!»  
Японский комикс вырос из раннего японского искусства. Первые упоминания об историях в картинках с подписями относятся к XII веку, когда буддийский монах Тоба нарисовал тушью на бумажных свитках четыре юмористических цикла, рассказывающих о животных, которые ведут себя, подобно людям, и о буддийских монахах, нарушающих устав («Тёдзюига»).

в работах художницы нет плоского морализаторства. Читатель может интерпретировать текст манги так, как сочтёт нужным. Рисованный мир Хасигути – не антиутопия, напротив, это социальный строй, построенный автором для себя, для того, чтобы иметь право убивать тех, кто ему не по душе. Жестоко, но честно! Нож, взыскуемый художницей, оказался виртуальным и был применён к рисованным персонажам, но каждый из этих героев манги символизировал то, что Хасигути было не по душе в реальных людях. Она корректировала свой мир, не имея возможности влиять на мир реальный. И в принципе она готова была взять настоящий нож. Её манга – протест против политкорректности, фарисейства и правил «хорошего тона», обернувшихся всепоглощающей ложью взаимного общения, сделавшего понимание другого необязательным: когда все говорят не то, что думают, взаимопонимание ни к чему.

# Аллея героев в госпитале

## Память

**В Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко создаётся аллея героев. Недавно здесь торжественно открыт памятник главному терапевту Советской Армии в 1941-1950 гг. генерал-майору медицинской службы Мирону Вовси.**

Мирон Семёнович (Меер Си-монович) Вовси (1897-1960 гг.) – советский терапевт, заслуженный деятель науки РСФСР, академик АМН СССР, доктор медицинских наук. В 1919 г. окончил медицинский факультет Московского государственного университета и на всю жизнь связал свою судьбу с армией. Участник Гражданской войны – старший врач полка 6-й Петроградской пролетарской дивизии.

С 1936 г. – заведующий кафедрой терапии Центрального института усовершенствования врачей. Во время Великой Отечественной войны М.Вовси участвовал в разработке и внедрении системы терапевтических мероприятий в войсках, изучал особенности заболеваний у военнослужащих в действующей армии. Автор научных работ, преимущественно о лечении болезней почек, лёгких, органов кровообращения; разработал основные положения военно-полевой терапии, одним из создателей которой и является.

Открытый обелиск пополнил ряды создаваемой в военном госпитале аллеи героев. На ней уже установлены монументы, посвящённые Петру I, Н.Бидлоо (голландский доктор медицины, придворный врач Петра, основатель и в течение почти 30 лет руководитель первого в России государственного лечебного учреждения. – прим. ред.), Н.Пирогову и Н.Бурденко.

«Свыше 10 млн советских бойцов были возвращены на фронт усилиями фронтowych терапевтов в годы Великой Отечественной

войны, и сегодня мы восстанавливаем историческую справедливость, возводя памятник первому фронтovому терапевту», – сказал на церемонии открытия памятника главному терапевту Министерства обороны РФ Юрий Овчинников.

Во время войны 1941-1945 гг. через госпитали прошли более 22 млн человек, из них 17 млн вернулись в строй. По данным Минздрава России, благодаря работе медиков армия не потеряла 72% раненых и 90% заболевших на поле боя.

За годы войны погибли или пропали без вести более 85 тыс. медиков, в том числе 5 тыс. врачей, 9 тыс. средних медработников и 71 тыс. санитарных инструкторов и санитаров. Смертность медиков во время войны была на втором месте после гибели на полях сражений бойцов стрелковых подразделений.

За подвиги в годы войны 47 медиков получили звание Героя Советского Союза.

**Иван МЕЖГИРСКИЙ.**

**МИА Сито!**

Кто о тебе вздыхает?

Ты много раз пыталась убедить меня, что не войти в одну и ту же реку, и невозможно жить, начав с нуля, грешившему напропалую человеку.

Что: «смолоду прореха, к старости – дыра», как приговор, как точка, как сигнал, клеймо, как знак, не только как эпиграф

к «Капитанской дочке». Запомни, заруби: «не сотвори себе кумира»,

довольствуйся огрызком малым и наступи, пока слаба, на горло лире и краской чёрной проведи по розам алым. Я не пророк и не судья, я самый грешный человек, стою пред Богом и тобою на коленях. Если и пою нездешним голосом, то лишь порою.

На цыпочках всю жизнь не простоять, и соловей когда-то отдыхает... Но так необходимо ощущать, что кто-то о тебе, пусть иногда, вздыхает...

Моим детям в Армении

Мы здесь, вы там, где взор пленит вершина Арарата, И от рассвета до заката, Раздан без усталости узор Водой рисует на земле армян, А на холсте копирует Сарьян. Мы здесь, вы там, где Ереван, В цвету сирени утопая, Вас туфом нежно обнимает И дышит ласково Севан, О шторме, может быть, мечтая, Как грезил морем Айвазян. Вы там, где на земле армян Кровавый, синий, с цветом абрикоса, Под плач – мольбу католикоса –

На литературный конкурс

На краю, у последней черты...

Александр ПОХОДЕНЬКО

Стяг осеняет братьев-христиан. А ныне знамя Хайастана Хранить поручено Саргсяну. Орёл, вытягивая шею на закат, Всё ищет разлетевшихся орлят И, как гласит народная молва, Скрывает слёзы за спиною льва. Не оттого ль весёлое «бон жур» Поёт с печалью Азнавур. Мы здесь, вы там, казалось бы, – изъян, Но общее у нас светило, Одна земля нас приютила, Равняя русских и армян, И, как бы «зелень» ни претила, Объединил всех Серобян. Армения – древнейшая Наира, Ты первой ощутила ногу Ноя, И не могло произойти иное: Ведь не было в подлунном мире Ни пирамид в пустынном зное, И горы не маячили в Сибири. Вершины гор укутывает снег: Зимой толще, летом тая, И лишь один, времён не замечая, Приякорился намертво ковчег, Своей судьбой напоминая: Остановись, опомнись, человек!

Мне тебя не хватает

Мне тебя не хватает порой: Когда холод зимы, лета зной, Когда ветер навстречу иль в спину Низвергает корабль мой в пучину.



Мне тебя не хватает порой: Ранним утром, вечерней зарёй, Когда внуки теребят седины, Словно птицы плоды у рябины. Мне тебя не хватает порою, Когда надобно силы утроить, Чтобы вытащить душу из тины, Не согнуть под невзгодами спину. Мне тебя не хватает порой, Когда нужно стать камнем, горой, Чтобы факелом быть, не лучиной, Чтоб не мальчишком быть, а мужчиной. Мне тебя не хватает порою, Когда хочется сердцу покоя, Когда хватит, подобно герою, Вновь и вновь завоевывать Трою! Мне тебя не хватает порою, Сам себя от себя я не скрою, Мне тебя не хватает сегодня, Как в тот праздничный день новогодний... Мне тебя не хватает сейчас, Когда скачет под ручкой Пегас. Пусть и кажется жизнь быстротечной, Мне не будет хватать тебя вечно.

\* \* \*

Не болел я пока, чтоб на грани, На краю, у последней черты, Чтобы спёрло от боли дыханье, Чтоб не звёзды в глазах, а кресты. Не послал мне Господь испытаний... Видно, слабым считает меня, И мой крест сверх моих ожиданий Очень мал, хоть большая спина. Он баланс этот держит от века, Соразмерив успех и суму, Сотворив для себя человека, Но свободу оставив ему. Я боялся просить: дай мне, Боже, Чуть побольше, чем ты мне давал,

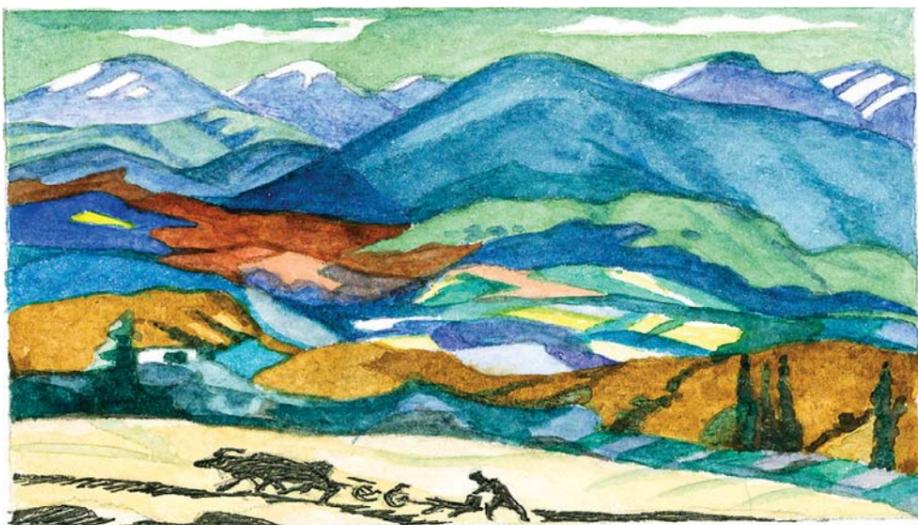
Но, признаюсь, года подытожив, – Ты мне дал – только я растерял. Растерял я свободу и волю: Об одном лишь сегодня прошу: Дай мне, Господи, малую долю – Дай мне веру, пока я дышу.

Деревня моя

Деревня, комары, вода, Сосна у старого пруда... Чуть слышно шепчут камыши. На всю округу – ни души. Была часовня, люди жили, Стояла школа, в ней учили. Грустит, чуть покосившись, крест, И ни одной души окрест. Был магазин – в нём торговали. Кино и клуб, где танцевали... То утка крикнет, то брехнёт собака, Но ни одной души, однако. Босые ноги «нежатся» в росе, Смычком брусок играет на косе... Пчела хлопочет над цветком. А здесь ли был наш дом? Вот где-то фыркнул жеребёнок, Заплакал жалобно ребёнок, И кто-то шепчется в копне... Неужто грезится всё мне? Как ни бросай пылливый взор, Ты не увидишь конный двор, И только ветер над простором Шумит теперь немым укором.

Нижегородская область.

**ОБ АВТОРЕ.** Александр Походенько родился в 1957 г. В 1981 г. окончил Горьковский государственный медицинский институт. Работает неврологом в Тоншаевской районной больнице Нижегородской области.



Сизо-воронка					Специализация актера	Сердечный гликозид	<b>СКАНВОРД</b>										Жук-дровосек		“Укром. строптивый”, перс.																			
	Оксалидин	Арбузов, пьеса	Господ, вкусы				Ковер	Карбомер									Норв. композитор	Вероятность успеха	Акация		Востор. слово																	
					Авербух				Елец	Рос. адмирал		Угол, направление	Сапоги у ненцев	Приток Иртыша							Генетический																	
	Франц. драматург	Тумба на палубе	Нотный знак				Тиски					Сернобык									Плеч канат в Аиде																	
			Место для автомобиля		Вот тебе ...!				Летучая мышь	Жен. шарф			Город, Иванов. обл.	Удобный порядок	Публий Овидий ...																							
	Сдобное печенье	Парусник					Жесткий волос в шерсти	Электронная лампа	Столица на Ниле	Греч. буква	Фригийское божество										“Двор, гнездо”, перс.																	
			Город, Италия					Китайская флейта	Подобно (стар.)		Калашников																											
	Рахманинов, опера	Тонкие доски				Энгр, картина																																
Автор Валерий Шаршуков			Рос. судостроитель	Бей-сингер, фильм					Угроза																													
													К	А	Т	Т	А	У						Г	У	П	П	И	С									
													А	А	К	О	З	А	А	Р	С	Е	З	А	М	Л	Е	У	Е									
													Д	Р	Е	К	Ы	Н	Е	Л	Р	П	Е	С	Д	О	М	И	К									
													А	С	А	Н	Т	И	М	Г	Л	У	М	Г	Р	О	М	А	Д	А	Б	Р	А					
													М	И	Т	О	З	У	К	А	У	Х	А	Б	У	Р	А	Б	Н	Е	Р	О	Н					
													С	Л	И	Т	Р	З	О	Л	А	М	С	З	О	Н	Т	А	Н	С								
													И	Б	О	М	А	К	И	П	З	В	О	Н	Б													
													Т	С	В	О	Я	К	Н	У	Г	А	Р	А	Д	И												
													Ы	В	О	К	А	С	С	В	Е	Т	О	Ч														

Ответы на сканворд, опубликованный в № 42 от 14.06.2017.

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК. Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55. Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-05-00204 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – А.ИВАНОВ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.