

# Медицинская

27 апреля 2016 г.  
среда  
№ 29 (7649)

# 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)

Работают мастера

## Маленькие пальчики спасены И всё – благодаря умению детских хирургов



В Челябинской областной детской клинической больнице заведующий отделением гнойной хирургии Михаил Погорелов и хирург Дмитрий Даниловских провели сложнейшие пластические операции, которые позволили спасти пальцы четырёхлетнему мальчику из города Снежинска.

Как сообщили в ЧОДКБ, юный «испытатель» решил проверить, что будет, если вязальную спицу засунуть в... электрическую розетку. Этот «эксперимент» он провёл, когда мама отвернулась, а через минуту уже увидела обугленные пальцы сына.

Счастливые мама и малыш благодарят медиков за спасительные операции

Сначала Вову госпитализировали в Снежинскую городскую больницу, но травма – ожог IV степени – была настолько серьёзная, что местные врачи сочли нужным обратиться к коллегам из Челябинска. Михаил Погорелов – опытный детский хирург, которому чуть ли не каждый день приходится иметь дело со сложными ситуациями, спасать жертв родительской невнимательности. Он творит чудеса, восстанавливая обмороженных, обожжённых детей.

Страшный прогноз для Вовы – остаться без пальцев был очевиден,

но его не принимали хирурги. Потребовались пересадка кожи и многочасовые пластические операции. Многолетний опыт, знания, ювелирное мастерство позволили врачам «отстоять» пальцы ребёнка. Пока мальчик находится в больнице под наблюдением медиков, но уже резво бегает по коридорам отделения, играет со сверстниками.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото  
Олега КАРГАПолова.



Сергей РЕМИЗОВ,  
председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы:

Отраслевое соглашение мы рассматриваем как инструмент, позволяющий отстаивать права и интересы работников отрасли.

Стр. 7



Николай НЕЗНАНОВ,  
директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, профессор:

Мне бы хотелось, чтобы слова «психушка» и «дурдом» ушли в небытие.

Стр. 10–11

Акценты

## Главное – предупредить болезнь

В Алтайском крае подведены предварительные итоги работы профилактической службы в регионе. Вот что рассказали на пресс-конференции главный врач краевого Центра медицинской профилактики Татьяна Репкина и главный специалист по профилактической медицине Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Осипова.

– Сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхолёгочные и онкологические болезни, ожирение становятся причиной 75% всех смертей взрослого населения в нашей стране. Этого можно избежать! Согласно данным ВОЗ, в половине случаев состояние здоровья и долголетие зависят от образа жизни человека. Данная проблема обусловила необходимость создания у нас в прошлом году краевого Центра медицинской профилактики, – напомнила Татьяна Репкина. – Казалось бы, с момента открытия прошло немного времени – более полгода, но сотрудники центра уже успели сделать многое. В городах Алтайского края были проведены

различные мероприятия: школы, мастер-классы, акции, разъясняющие пользу здорового образа жизни. Одно из значимых – начало работы трамвая здоровья в Бийске «Время быть здоровым», где пассажиры смотрят ролики о здоровом образе жизни.

Т.Репкина сообщила, что подобный проект начнёт работать в ближайшем будущем и в Барнауле.

Межведомственное взаимодействие в создании единой профилактической среды осуществляется при тесном сотрудничестве со многими управлениями Алтайского края. Например, с пищевой отраслью: разъясняется польза правильного питания и пропагандируются здоровые алтайские продукты. На уровне общеобразовательных кластеров проводятся уроки здоровья.

После пресс-конференции специалисты центра профилактики провели мастер-класс по оказанию первой помощи при внезапной смерти. Журналисты на симуляционном тренажёре-манекене делали закрытый массаж сердца.

Наталья ВДОВИНА,  
внешт. корр. «МГ».  
Барнаул.

События

## Больше грудного молока для младенцев

Представителям шести российских федеральных перинатальных центров переданы сертификаты на 145 клинических молокоотсосов.

Мероприятие состоялось в ходе проведения II Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной перинатологии: сложный случай». Поставка оборудования производится на безвозмездной основе в рамках программы Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) «Безопасное сцеживание», направленной на поддержку вскармливания младенцев грудным молоком в стационарах.

Такое оборудование уже получили ряд региональных учреждений, теперь пришла очередь федеральных ЦЦ.

– За истекший год выделено профильным стационарам Санкт-Петербурга, Татарстана, Краснодарского края, Московской и Воронежской областей 325 клинических молокоотсосов, – прокомментировал событие президент РАСПМ академик РАН Николай Володин. – Мы исходили из реальной потребности ЛПУ регионов в оборудовании: количество поставляемых аппаратов определяли специалисты на местах. В конце сентября на конгрессе РАСПМ подведём

итоги акции и представим результаты практического использования молокоотсосов с учётом показателей сохранения грудного вскармливания в регионах.

– В нашем лечебном учреждении мы делаем акцент на грудном вскармливании для недоношенных детей, – сказала главный врач перинатального центра Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Ольга Ли.

Наталья ЕЛИНА.

Санкт-Петербург.

**DIXION**  
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

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

## Новости

Возрастной рекорд  
ВИЧ-инфицирования

В Кемеровском областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом зарегистрирован самый возрастной житель Кузбасса, у которого выявлена ВИЧ-инфекция: мужчина в возрасте 90 лет.

Анализ показал, что заражение произошло сравнительно недавно. Учитывая преклонные годы пенсионера, врачи изначально предположили внутрибольничный путь передачи вируса. Однако в процессе эпидемиологического расследования было установлено, что в больницу мужчина не обращался уже 5 лет. Но при этом его регулярно видели в общежитии, пользующемся сомнительной репутацией... Таким образом, был побит прежний возрастной рекорд заражения через незащищённые сексуальные контакты, ранее установленный другим, 78-летним кузбасским пенсионером.

Специалисты областной службы антиСПИД уточняют, что в настоящее время в области растёт половой путь передачи ВИЧ: по итогам прошлого года он сравнялся с наркотическим. Тогда как в 2014-м на долю заражений через совместное употребление наркотиков пришлось 56% всех новых случаев ВИЧ-инфекции.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

## Чтобы день донора запомнился

В Челябинске очень ярко прошла публичная акция, посвящённая Национальному дню донора.

Областная станция переливания крови разместила мобильный пункт заготовки крови в центре города. За три с небольшим часа, несмотря на дождь, его посетили около ста человек. По медицинским показаниям 52 из них смогли стать донорами и сдали 25 л биоматериала.

В числе желающих сделать доброе дело первыми оказались министр образования и науки Челябинской области Александр Кузнецов, первый заместитель министра социальных отношений региона Татьяна Ильина и заместитель руководителя аппарата губернатора, начальник управления пресс-службы и информации областного правительства Димитрий Федечкин.

В это же время всех желающих принимали в помещении областной станции переливания. В учреждение пришли 117 человек, 86 из них были допущены к донации и сдали 40 л крови.

Как известно, Национальный день донора отмечается каждый год 20 апреля. Именно в этот день, в 1832 г., состоялось первое успешное переливание крови в России. Манипуляцию провёл молодой петербургский акушер Андрей Вольф: донором для женщины, потерявшей при родах много крови, стал её супруг.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

## «На зарядку становись!»

Своеобразно прошло недавнее утро в Ставропольской краевой клинической психиатрической больнице №1: пациенты и медики с целью профилактики заболеваний организовали совместную физзарядку на площадке перед зданием главного корпуса.

Под ритмы спортивной музыки, звуки которой доносились из открытых окон актового зала, зрелище выглядело впечатляюще: «прыгающие» белые халаты вперемешку с пёстрым одеянием пациентов, яркое солнце, зелень весны...

Как пояснил главный врач СККПБ №1 кандидат медицинских наук Олег Боев, «для этой категории пациентов лучшей терапией, чем живое искреннее общение и совместное времяпровождение, наука пока ещё не придумала».

– Этой зарядкой мы хотели приобщить наших пациентов к активному и здоровому образу жизни, ну и конечно, очень важно эмоциональное сплочение коллектива, – добавила клинический психолог Анна Горштейн. – Все в этот день получили заряд бодрости, энергии и хорошего настроения.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

## Итоги столичной диспансеризации

Чаще всего во время диспансеризации в минувшем году столичные врачи выявляли у москвичей сердечно-сосудистые заболевания и пищевые расстройства. Их количество оказалось примерно одинаковым – около 49 тыс. Об этом сообщила главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Москвы, руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, профессор Нана Погосова.

«В прошлом году более 2 млн столичных жителей прошли диспансеризацию, у них было выявлено 142 тыс. различных заболеваний. Чаще всего выявлялись патологии сердца и сосудов – почти 49 тыс., а также болезни расстройства питания, их было выявлено примерно такое же количество», – отметила Н.Погосова.

По её словам, 35% прошедших диспансеризацию признаны абсолютно здоровыми, 45% москвичей имеют различные заболевания, ещё 20% находятся в группе риска по различным группам неинфекционных заболеваний.

«Среди прошедших диспансеризацию в 2015 г. – 43% мужчин и 57% женщин. Возрастной состав: 34% – 21-36 лет, 41% – 39-60 лет и остальные – люди старше 60», – подчеркнула Н.Погосова, напомнив, что диспансеризацию положено проходить раз в 3 года.

Марк ВИНТЕР.

Москва

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

## Профилактика

## «Марш здоровья» зовёт всех

На его зов откликнулись сотни жителей Ульяновска

В Ульяновске прошло грандиозное мероприятие – «Марш здоровья». Акция стартовала с массовой зарядки под руководством инструкторов по лечебной физкультуре областного врачбно-физкультурного диспансера в центральном парке, на которую собрались сотни и сотни жителей города.

Также в городе работала открытая площадка здоровья, где специалисты центра здоровья городской поликлиники № 1 им. С.М.Кирова измеряли рост, массу тела и артериальное давление всем желающим.

– Я с удовольствием приняла участие в марше. Несмотря на возраст, стараюсь как можно больше двигаться, делаю по утрам зарядку, – прокомментировала председатель совета Ульяновского регионального отделения «Движение против рака» Раиса Полудневич.

Кроме того, в этот день состоялась акция «Шаги к здоровью». В ходе пешей прогулки ульяновцев проконсультировали невролог, кардиолог, онколог, эндокринолог и пульмонолог.

– Эта акция, приуроченная к Всемирному дню здоровья, проходила под девизом «Победим диабет».



«Марш здоровья» в самом разгаре

Я рассказала о том, как можно предотвратить это заболевание. Ведь очень часто его можно обойти с помощью здорового питания, регулярной физической активности, поддержки нормальной массы тела. Поэтому мы делаем очень нужное дело, – уверена эндокринолог областного клинического госпиталя ветеранов войн Наталья Чурсанова.

– Сегодня каждый человек должен понимать, что его самочувствие зависит, в первую очередь, от него самого: от его образа жизни, ответственного отношения к собственному организму, – комментирует

акцию заместитель председателя регионального правительства – министр здравоохранения Павел Дегтярь. – Мы настроены на максимальное вовлечение населения в оздоровительные мероприятия. Врачи рассказывают горожанам об основах здорового образа жизни, негативном влиянии вредных привычек на организм, а также дают рекомендации о том, как предотвратить хронические неинфекционные заболевания.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

## «Круглый стол»

## Осветили красным светом

«Круглый стол» на тему «Достижения и проблемы в лечении гемофилии», приуроченный к Всемирному дню гемофилии, состоялся в Москве. Ведущие отечественные специалисты отметили, что одной из основных причин смерти стали не кровотечения, а гепатит С, которым были заражены 95% пациентов старше 18 лет, получавших лечение до вступления в силу программы «Семь нозологий».

Открывая «круглый стол», руководитель отделения лечения коагулопатий Гематологического научного центра Минздрава России Надежда Зозуля отметила:

– Сейчас в России действует централизованная система обеспечения пациентов препаратами, и все больные получают необходимое лечение. Программа «Семь нозологий» позволяет контролировать весь процесс и планировать терапию. К настоящему времени обеспеченность, например, по VIII фактору, достигает 5,8 МЕ на душу населения, что выше мирового уровня и сопоставимо со средневропейским. Более того, мы проводим не только лечение, но и профилактику. В результате больные гемофилией ведут практически обычный образ жизни, работают, имеют семьи.

Однако так было не всегда. До 2005 г. при лечении использовались компоненты крови, не прошедшие вирусную инактивацию. В результате чего 95% пациентов были инфицированы гепатитом С.

Профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медицинского стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Ирина Шестакова сказала, что гемофилия – основная группа риска по гепатиту С. Она также подчеркнула, что в области лечения гепатитов в России уже есть положительные достижения. Стоимость современных препаратов для лечения гепатита С у нас ниже, чем в Европе. Снижение цен в этой группе происходит несколько раз в год. В нашей стране обследовано 18% населения. Тогда как, например, в США – 12%. В 46 субъектах действует единый регистр пациентов.

Президент Всероссийского общества гемофилии Юрий Жулёв посетовал:

– К сожалению, моё поколение и поколение старше меня не получало должного по качеству лечения. В результате чего мы все инфицированы гепатитом С. Это расплата за выбор – или умереть без препаратов крови или получить риск инфицирования. Всё больше

и больше больных гемофилией умирают от гепатита С.

Сегодня в нашей стране рождение ребёнка с гемофилией – не приговор. Продолжительность жизни не отличается от здорового населения. И это уже реальность. Мы очень надеемся, что гепатит С тоже не станет приговором для наших пациентов. Это ужасно победить одно заболевание и получить другое, связанное с лечением основного недуга.

Кроме того, Юрий Жулёв рассказал, что Всероссийское общество гемофилии получило согласие руководства Останкино на то, чтобы телебашня была подсвечена красным светом в честь дня гемофилии. Таким образом Москва приняла участие в акции «Освети красным», чтобы привлечь внимание общественности к Всемирному дню гемофилии и проблемам людей, страдающих заболеваниями крови.

– Наша совместная с Останкино акция – это способ подчеркнуть достижения России в области лечения гемофилии и привлечь внимание к актуальным проблемам нашего сообщества, – прокомментировал Ю.Жулёв.

Василиса АВЕРЬЯНОВА.

Москва.

## Особый случай

## Только благодаря роботизированной операции

В Краснодарскую краевую больницу № 1 был срочно госпитализирован 54-летний житель села Белая Глина с огромной злокачественной опухолью. Рак захватил весь мочевой пузырь. Как было в этом случае избежать тяжёлой инвалидности?

Руководитель уронефрологического центра НИИ – КББ № 1 профессор Владимир Медведев предложил необычное решение,

для которого потребовалась роботизированная хирургическая система «Да Винчи». Сперва поражённый орган был благополучно удалён, но тут же бригада онкоурологов изготовила ему замену. Новый мочевой пузырь был искусно выкроен из части тонкой кишки больного! И самое главное – создание имплантата проходило прямо в брюшной полости живота оперируемого, с помощью оптической системы и тонких манипуляторов робота.

Такие операции во всём мире – штучные. Для Южного федерального округа это первое роботизированное вмешательство подобного рода.

В настоящее время пациент проходит реабилитацию в онкоурологическом отделении краевой клиники. По его словам, новый орган работает хорошо, а сам мужчина уверенно идёт на поправку и готовится к выписке.

Дмитрий АНДРЕЕВ.

Краснодар.

Официально

## Стандарт спортивного врача

Министерство спорта РФ совместно с Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА) до конца нынешнего года разработают профессиональный стандарт спортивного врача. Таким образом чиновники надеются улучшить работу медиков со спортсменами, чтобы избежать в будущем скандалов, подобных разразившемуся в марте этого года, когда десятки российских атлетов были обвинены в употреблении запрещенного Всемирным антидопинговым агентством препарата мельдоний.

«Мы заинтересованы в повышении статуса спортивного врача. В этом году нам предстоит завершить работу по разработке профессионального стандарта спортивного врача, – отметил за-

меститель министра спорта РФ Юрий Нагорных на расширенном заседании коллегии ФМБА. – За время, прошедшее с момента передачи спортивной медицины в ведение ФМБА, этой организацией было сделано многое. Но жизнь нам бросает новые вызовы. Следует усилить взаимодействие между Минспортом и ФМБА. Это позволит нам ещё теснее работать и в будущем избегать негативных ситуаций, подобных мельдониевой, которая случилась в начале этого года. Мы понимаем, что нам совместно нужно сделать».

Как, в свою очередь, заявил министр спорта РФ Виталий Мутко, ситуация с мельдонием показала, что в России необходимо готовить и выпускать больше спортивных врачей. «Мы озабочены этой работой», – признался он на расширенном заседании Комитета

Совета Федерации по социальной политике.

Кроме того, по мнению Ю.Нагорных, помимо углубленного медицинского обследования спортсменов необходимо добавить и аналитическую работу с состоянием атлетов на всём протяжении их карьеры. «Наряду с прочим нам необходимо проводить согласование перечня фармакологических препаратов. Особенно в условиях, когда Всемирное антидопинговое агентство ежегодно вводит новые вещества в список запрещенных. Необходимо также продолжить работу по стандартизации медико-биологического обеспечения на всех этапах работы с командами», – полагает чиновник.

Яков ЯНОВСКИЙ.  
МИА Сити!

Проекты

## Что ожидает телемедицину

Министерство здравоохранения РФ разработало законопроект, направленный на частичную легализацию услуг телемедицины. Предполагается, что врач не сможет дистанционно назначать лечение, а только осуществлять мониторинг, консультации и профилактику, при необходимости вызывая пациента на очный приём. Впрочем, участники рынка медуслуг говорят, что вопрос давно назрел, и они будут рады даже такой «урезанной» версии закона о телемедицине.

Как следует из текста законопроекта, услуги телемедицины могут предусматривать обмен медицинскими документами в электронном виде между врачами и пациентами при условии идентификации личности обоих и сохранении тайны персональных данных.

В документе говорится и о том, что дистанционная врачебная консультация может проводиться только в целях профилактики, диагностики или наблюдения за состоянием здоровья пациента, но не его лечения. Таким образом, авторы законопроекта подчёркива-

ют, что основной целью дистанционного приёма является принятие решения врачом о необходимости назначения пациенту очной консультации. Предполагается, что новый закон должен вступить в силу 1 января будущего года.

Примечательно, что представители частного сектора отрасли положительно отнеслись к инициативе Минздрава России узаконить телемедицину. «Это сделает медицинскую помощь доступнее, пациенты с хроническими заболеваниями смогут наблюдаться у лечащего врача без потери времени на дорогу. Однако дистанционная консультация не сможет полностью заменить очный осмотр и функциональную диагностику, телемедицина – это вариант медицинской помощи на крайний случай, если пациент не может лично прийти к врачу. Кроме того, нужно отработать тарифы на услуги телемедицины, в том числе со страховыми компаниями», – полагает руководитель крупной сети частных российских медучреждений. По его мнению, легализация телемедицины является необходимой мерой.

Над альтернативной версией

закона о телемедицине работают Институт развития Интернета, Фонд развития интернет-инициатив (ФРИИ), Леонид Левин из Комитета Госдумы РФ по информационным технологиям и советник Президента РФ по Интернету Герман Клименко.

Авторы альтернативного документа предлагают обозначить понятие телемедицинских технологий рамочно, чтобы федеральный Минздрав мог поэтапно разрешать те или иные технологии и услуги при лечении различных заболеваний. Нынешний документ Минздрава ограничивает телемедицину в России только предварительными консультациями и тем самым закрывает возможности для дальнейшего развития этой услуги в стране. Ранее сообщалось о намерении Минздрава собрать предложения регионов по развитию телемедицины в стране.

Кстати, на сегодняшний день в 68 субъектах РФ уже оказываются телемедицинские услуги.

Ян РИЦКИЙ.  
МИА Сити!

Ситуация

## Для ИВЛ нужны деньги

Минздрав России прокомментировал возможность применения аппаратуры для искусственной вентиляции лёгких на дому.

Сегодня в нашей стране такую помощь получают более 200 человек, из них более 100 детей. Нормативная база в Российской Федерации позволяет проводить ИВЛ на дому, однако важно отметить, что главным лимитирующим фактором в

обеспечении аппаратами ИВЛ всех нуждающихся является наличие необходимых средств в региональных бюджетах, поэтому в основном эти аппараты на дому закупаются на средства благотворителей.

Кроме того, анализ поступающих обращений родителей детей, которым необходима ИВЛ, показывает, что важными факторами для её проведения являются наличие соответствующих бытовых условий,

готовность родителей к организации круглосуточного наблюдения за ребёнком и правильной работой аппарата.

В данном вопросе нужен сбалансированный подход. Наряду с просьбами обеспечить соответствующими аппаратами поступают также обращения родителей детей, находящихся на ИВЛ в больнице, которые категорически возражают против выписки их детей на ИВЛ домой.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сити!

Дословно

## Без права на жизнь?

Только 10% пациентов проводят трансплантацию в России, остальные либо очень долго стоят в очереди, либо просто не доживают, заявил главный трансплантолог Минздрава России, директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, академик РАН Сергей Готьё, добавив, что в данный момент в большинстве регионов нашей страны просто не выявляются пациенты, которым нужна пересадка того или иного органа.

«Они просто умирают от разных заболеваний, зачастую даже не попав на гемодиализ, потому что их

туда не направляют. Или, скажем, они ждут освобождения диализных мест. А это значит, что другой

пациент, находящийся на диализе, должен либо получить новую почку, либо умереть», – констатировал С.Готьё.

Трансплантологи надеются на законопроект об органном донорстве, разрабатываемый Министерством здравоохранения РФ, который должен обеспечить реальный механизм изъятия своей воли относительно донорства, а информация об этом должна заноситься в единую базу.

Валентин СТАРОСТИН.  
МИА Сити!

Из первых уст

## Учиться делу профилактики

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян принял участие в открытии 2-го Московского учебного курса по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) в странах Центральной Азии и Восточной Европы. В ходе своего выступления он отметил ведущую роль нашей страны в глобальном процессе по борьбе с НИЗ.

«Россия приняла на себя ответственность по выдвиганию этой проблематики в число ключевых вопросов, рассматриваемых не только в ВОЗ, но и в ООН, – сказал И.Каграманян. – Только за последние 3 года в рамках глобальной программы ВОЗ по профилактике и контролю НИЗ Россия оказала поддержку 24 странам в регионах Центральной Азии и Восточной Европы».

Наряду с этим И.Каграманян акцентировал, что для продолжения эффективного международного сотрудничества крайне необходимо наращивать кадровый потенциал в области профилактики.

В этой связи он отметил создание на базе Первого Московского

государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Сотрудничающего центра ВОЗ по подготовке и обучению специалистов, формирующих политику здравоохранения в сфере профилактики и борьбы с НИЗ.

«Открытие данного центра позволит аккумулировать наилучшие практики в области общественного здоровья и трансформировать полученный опыт», – подчеркнул заместитель министра, напомнив замещавшимся, что российской командой специалистов при поддержке экспертов ВОЗ в феврале 2014 г. был разработан и успешно проведён уникальный 1-й Московский учебный курс по профилактике и борьбе с НИЗ в странах Центральной Азии и Восточной Европы, который был по достоинству оценён специалистами высокого уровня.

«Успех первого курса стимулировал разработку и второго подобного учебного курса, на торжественном открытии которого мы все сейчас присутствуем», – сообщил И.Каграманян.

Борис БЕРКУТ.  
МИА Сити!

Санитарная зона

## Заболеваний пока не выявлено. Однако...



Несмотря на то, что число обротившихся по поводу укусов клещами россиян увеличилось по сравнению с аналогичным периодом прошлого года в 3 раза, заболеваний клещевым вирусным энцефалитом пока не зарегистрировано.

Как сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), в 64 субъектах Российской Федерации в медицинские организации обратились 1478 пострадавших от укусов клещей, в том числе 652 ребёнка. Увеличение таких обращений в 3 раза связано с ранним потеплением и осторожностью населения благодаря санитарно-просветительной работе.

Вместе с тем уже зарегистрировано 100 случаев заболевания иксодовым клещевым боррелиозом.

Роспотребнадзор обращает внимание, что жизнедеятельность клещей – переносчиков опасных инфекционных заболеваний, в том числе и клещевого вирусного энцефалита (КВЭ), иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) и других заболеваний, передающихся при

укусе клещами, в связи с наступлением потепления на территории РФ активизировалась.

Для предупреждения КВЭ и других заболеваний, передающихся при укусе клещами, в субъектах Федерации специалистами Роспотребнадзора проводится комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Одними из важнейших направлений неспецифической профилактики инфекций, передающихся клещами, остаются индивидуальная защита людей, в том числе соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории, ношение специальной защитной одежды, применение современных акарицидных и акарицидно-репеллентных средств для обработки верхней одежды и снаряжения. Роспотребнадзором подготовлены памятки по профилактике инфекций, передающихся с укусом клещей.

Ситуация остаётся на контроле Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

## Ситуация

## «Частники» в медицине Кузбасса

С этого года в системе ОМС здесь работают уже 70 медицинских организаций негосударственной и частной формы собственности

## На первом месте – интересы пациента?

В России частные компании, работающие в формате мини-станций скорой помощи, не новость. Но в большинстве регионов эти структуры изначально создавались для обслуживания более состоятельного населения, то есть за деньги. Тогда как ООО «Скорая помощь № 1» Кемерово ещё на этапе своего создания рассматривала возможность вхождения в систему ОМС. Что означало бы следующее: для пациентов её услуги будут бесплатными, рассчитываться с «частником» за оказанную помощь станет государство. Именно по такой схеме она и работает с 1 января. И не только она: в областном центре Кузбасса действует ещё одна частная мини-«скорая».

«Ничего удивительного в этом нет, – считает заместитель директора по медицинским вопросам ООО «Скорая помощь № 1» Сергей Киреев. – В ряде зарубежных стран давно выстроена единая система здравоохранения, в которую интегрированы медицинские организации разной формы собственности: государственной, муниципальной и частной. Пациенту по большому счёту всё равно, в какой больнице получать бесплатную помощь. Главное, чтобы она была своевременной и качественной. Форма собственности говорит лишь о том, на чьи деньги создавалась медицинская организация и кто отвечает за её развитие».

Между ООО «Скорая помощь № 1», Управлением здравоохранения Кемерово и городской клинической станцией скорой медицинской помощи заключён трёхсторонний договор. В соответствии с ним частная «скорая» должна обслуживать 30 вызовов в сутки. А на год ТФОМС Кемеровской области утвердил для мини-станции план в 10 900 выездов.

Выбирать вызовы полегче «частники» не могут: пациенты звонят на «03», и диспетчеры городской станции распределяют выезды по свободным бригадам. Частная «скорая» точно так же может выехать «на температуру», а в итоге застать на дому инфаркт. Или по дороге на вызов переключиться на оказание помощи пострадавшему в ДТП, если первой окажется рядом с местом происшествия. Впрочем, есть у неё и отличие.

«Наши бригады в круглосуточном режиме не работают, до начала



эпидемии гриппа вообще обслуживали по 15 вызовов каждая и заканчивали рабочий день, – уточняет заместитель директора С.Киреев. – В период эпидемии нагрузка выросла практически вдвое, но мы не отказывались, понимая, что сможем уменьшить количество выездов в дальнейшем. Главное для нас – удержаться в цифрах годового плана».

## Стратегия выживания

Основное место работы сотрудников частной «скорой» – городская станция скорой помощи, то есть все они – «муниципалы». А здесь подрабатывают в свободное время. Это не означает, что, едва вернувшись с дежурных суток, люди тут же заступают на частную вахту. В зависимости от загруженности на городской станции они указывают дни, когда могли бы подежурить здесь. И руководство ООО распределяет между ними смены, стараясь никого не обидеть. Сегодня может работать врач Иванов и фельдшер Петров, а завтра – врач Кузнецов и фельдшер Сидоров... Главное, что бригады выходят на линию ежедневно.

Казалось бы, что мешает этим энтузиастам брать больше дежурств на основной работе? Ведь тарифы в системе ОМС едины для всех, кто участвует в реализации программы госгарантий бесплатной медицинской помощи. И выезд частной «скорой» к пациенту оплачивается ровно так же, как выезд муниципальной.

«Тариф-то один, но распределяются заработанные средства по-разному, – поясняет С.Киреев. – Руководство частной фирмы само решает, какую сумму отдать на зарплату персонала, какую оставить на развитие...»

Сам Сергей Николаевич, к слову сказать, тоже совмещает работу руководителя в ООО с работой в муниципальном здравоохранении. Он – заведующий центральной подстанцией скорой помощи в столице Кузбасса. А ещё, будучи педиатром по специальности, берёт дежурства как рядовой врач: дефицит кадров в государственно-муниципальном секторе медицины давно стал притчей во языцех.

В эпидемию гриппа частные мини-«скорые» забирали на себя часть общей нагрузки на службу,

уменьшая время доезда на вызовы и повышая тем самым доступность медицинской помощи для населения. Это подтвердил и главный врач Кемеровской городской клинической станции скорой помощи Евгений Аверьянов. Хотя его как руководителя и не устраивает, что «благодаря» частникам коэффициент внутреннего совместительства в возглавляемом им учреждении понизился. В итоге какую-то часть денег городская станция потеряла.

Но это уже вопрос не к частной организации, а к государству. Работать на полторы-две ставки – право медиков, но никак не обязанность. И на совместительстве они соглашаются не для того, чтобы занять свой досуг, а чтобы выжить. Средняя зарплата врачей в Кузбассе не сегодня-завтра достигнет предписанного дорожной картой двукратного превышения средней по региону. Но надо быть честными: доктора зарабатывают «длинный рубль» отнюдь не на ставку...

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

## Комментарий «МГ»

## Почему система ОМС привлекает «частников»?

– Первая частная медицинская организация вошла в систему ОМС Кузбасса в 2004 г. Сегодня мы говорим об интеграции уже 70 частных и негосударственных компаний, – комментирует первый заместитель директора ТФОМС Кемеровской области Ирина ДРУШЛЯК. – До организации всех форм собственности, работающих в системе ОМС, ежегодно доводится план по оказанию медицинских услуг, который подкрепляется финансово. И организациям, включая частные, уже не нужно нести расходы на рекламу для привлечения пациентов.

Переход здравоохранения на одноканальное финансирование позволил наполнить тарифы в системе ОМС. А если сравнить некоторые тарифы на платные медуслуги в отдельных частных организациях и аналогичные тарифы в системе ОМС, то по ряду позиций последние даже более привлекательные. Так, тариф на проведение экстракорпорального оплодотворения у «частника» составляет 120 тыс. руб., а в системе ОМС – около 128 тыс. руб.. Малые операции на коже у «частника» – 8 тыс. руб., в системе ОМС – 11 тыс. руб. Всё это влияет на приток «частников» в ОМС.

В качестве тенденций можно отметить, что в Кемерово появились частные медицинские «скорые», в Прокопьевске – частные организации, которые оказывают стационарную помощь. В области получил развитие проект государственно-частного партнёрства по лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью методом диализа. Выросло число частных амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикреплённое население: их теперь 7. Но в целом основной объём помощи, оказываемой частными медиками Кузбасса, приходится на консультативные и лабораторные услуги.

В прошлом году финансирование частных медорганизаций из средств ОМС за помощь, оказанную застрахованным гражданам, составило 473 млн руб. Для сравнения: вся программа бесплатной медицинской помощи по ОМС стоила в Кемеровской области 26 млрд руб.

## Накануне

## Детский онкоцентр заработает в следующем году

Правительство России выделит за 2 года на строительство комплекса НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России почти 2,8 млрд руб. Соответствующее постановление опубликовано на официальном портале правовой информации.

Общая сметная стоимость объекта – 14 млрд руб. В 2016 г. из федерального бюджета будут выделены 2,08 млрд руб., в 2017 г. – 0,7 млрд руб. В 2014 – 2015 гг. на строительство центра было направлено 6 млрд руб. Предельный размер субсидий из федерального бюджета составит 8,83 млрд руб. Центр планируется ввести в эксплуатацию в 2017 г.

Решение о строительстве центра детской онкологии на Каширском шоссе в Москве было принято в 1990 г., работы начались спустя 5 лет, но в 1998 г. строительство было заморожено. К долгострою вернулись лишь в 2008 г., когда Московский государственный строительный университет обследовал техническое состояние строительных конструкций. Работы возобновились в 2011 г. Как сообщает Мосгосстройнадзор, на данный момент заканчивается прокладка инженерных коммуникаций внутри зданий, а также ведётся отделка внутренних помещений, устанавливается оборудование.

Общая площадь комплекса – 103,6 тыс. м<sup>2</sup>. Центр детской онкологии рассчитан на 250 коек. В клинике будут свои операционные, реанимационный блок, приёмное отделение, лабораторно-диагностическое отделение и поликлиника. Также в центре разместят ядерно-медицинский диагностический центр с научно-исследовательскими лабораториями, на территории института также возведут кислородную станцию. Кроме того, там же запланирован пансионат для родителей на 100 мест.

Иван МЕЖГИРСКИЙ,  
МИА Сити!

## Пресс-конференции

В Москве в рамках III конгресса гематологов России состоялась пресс-конференция с участием ведущих мировых специалистов-гематологов.

В пресс-конференции приняли участие выдающиеся российские, европейские и американские учёные.

Мировые специалисты отметили, что онкогематология является самой прогрессирующей областью в медицине, где достигнуты наибольшие успехи. 60% пациентов с лейкозами полностью излечиваются благодаря прогрессу в молекулярных технологиях, хотя 10-15 лет назад об этом не могло быть и речи.

Что касается доступности лекарственного обеспечения, то, по словам академика В.Савченко, на данный момент в рамках программы «Семь нозологий» все пациенты (в том числе страдающие болезнью

## Платформа для прогресса

Гоше и гемофилией) в той или иной степени обеспечены необходимой терапией.

Однако, к сожалению, не все препараты входят в эту программу. Вопрос о том, как быть, например, пациенту с хроническим миелоидным лейкозом, если у него возникла резистентность к терапии первой линии и лечение оказалось неэффективным, прокомментировал профессор Элиас Джабур. Он напомнил: «При назначении лечения есть два очень важных момента – проведение тщательного мониторинга терапии и отслеживание соблюдения назначенного режима терапии, особенно когда речь идёт о пероральных препаратах. Должен вестись регулярный мониторинг пациентов, чтобы оценивать эф-

фективность лечения. Если по результатам мониторинга терапия оказывается неэффективной, необходимо своевременно сменить один лекарственный препарат на другой, не дожидаясь перехода заболевания в бластную фазу».

Специалисты считают, что глубинное изучение основ развития заболеваний на молекулярном уровне позволит усовершенствовать методы диагностики и лечения ряда тяжелейших заболеваний, таких, как острые лейкозы, миелодиспластические синдромы, апластическая анемия и др.

Ряд вопросов журналистов был связан с ситуацией в области детской гематологии.

– Хотя кажется, что основные проблемы детской гематологии, по

крайней мере на уровне выживаемости, для большинства пациентов решены, наши достижения – это не более чем хорошая стартовая площадка для дальнейшего прогресса, – отметил профессор А.Масчан. – Химиотерапия – это не только приём в течение 2 лет токсических лекарств, это ещё и 18 наркозов, десятки пункций, еженедельные анализы крови. Это также 10-15% вторичных опухолей, чаще всего опухолей мозга в 20-40-летнем возрасте.

III Конгресс гематологов России объединил около полутора тысяч участников со всей России, а также зарубежных гостей. По словам профессора И.Поддубной, он является уникальной площадкой для обмена опытом энтузиастов,

подвижников в области гематологии, совершенствования уровня фундаментальных и прикладных исследований и использования их на практике с целью обеспечения качественной и доступной специализированной гематологической помощи населению страны.

Профессор Дитгер Нидервизер с гордостью отметил тот факт, что число участников Конгресса с момента последней встречи удвоилось, а количество новых разработок возросло благодаря тесному сотрудничеству специалистов.

Трёхдневная конференция дала возможность укрепить связи гематологического сообщества, обсудить самые новейшие достижения в области гематологии за последние 2 года.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Ежегодно с первичным звеном акушерско-гинекологической помощи контактирует более 6 млн женщин. Вряд ли ещё какая служба может похвастаться столь высоким уровнем посещаемости! И этот момент нужно максимально эффективно использовать.

### От потребностей до возможностей

Такая мысль красной нитью проходила через все заседания недавно завершившегося Всероссийского конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика: диагностика, лечение, профилактика», посвящённого охране репродуктивного здоровья семьи. Основная цель конгресса, по словам сопредседателя этого мероприятия, заместителя директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии, профессора Веры Прилепской, – улучшение качества амбулаторно-поликлинической помощи в области акушерства и гинекологии, совершенствование знаний и навыков практикующих врачей, освещение достижений мировой и отечественной науки, внедрение новых медицинских технологий. Спектр вопросов, нашедших отражение на этом профессиональном мероприятии, простирается от профилактики абортот, современных методов контрацепции до лечения генитальных инфекций, рационального ведения беременности.

По словам кандидата медицинских наук Марины Шуваловой, в последнее десятилетие основные усилия были направлены на обеспечение квалифицированной помощи во время родов, поддержание высокого уровня стационарных учреждений, в то же время антенатальной помощи уделялось недостаточное внимание.

Анализ 85 клинических рекомендаций, посвящённых антенатальному наблюдению, показал, что 70 из них затрагивали вопросы осложнений, заболеваний, сопутствующих беременности, и только 15 клинических рекомендаций были направлены на оказание медицинской помощи женщинам с физиологически протекающей беременностью.

Сложившаяся практика антенатального ухода может обеспечить лишь малую часть тех потребностей, которые необходимы женщине при физиологически протекающей беременности. Требуется пересмотр концепции антенатальной помощи, которая в основном ориентировалась на выявление и лечение патологии и не обращала внимание на поддержание и укрепление здоровья беременной женщины. Новая концепция должна охватывать три важные области: медицинскую помощь, современное адекватное информирование женщин и социальную, психологическую, эмоциональную поддержку.

### Связующее звено

Как подчеркнула М.Шувалова, потенциальная польза от качественной антенатальной, постнатальной помощи выходит далеко за рамки беременности и родов. Для некоторых женщин наблюдение во время беременности – это первый осознанный опыт взаимодействия с системой здравоохранения, следовательно, предоставляется уникальная возможность проинформировать её о принципах здорового образа жизни, методах контрацепции, профилактике инфекций, передающихся половым путём. Женщина является связующим звеном между системой здравоохранения и всеми слоями населения, поэтому эффект от этих вмешательств может быть увеличен в 2-3 раза, учитывая влияние на здоровье всего населения страны.

К сожалению, как отметила профессор Волгоградского медицинского университета Маргарита Андреева, в малых городах России происходят негативные изменения в оказании лечебно-профилактической

помощи беременным женщинам, уменьшилось число больничных учреждений, снижается количество коек круглосуточного стационара.

При изучении показателей работы женских консультаций по профилактике абортов установлено, что их количество уменьшилось, но увеличился удельный вес абортов по медицинским показаниям. Ос-

татистика свидетельствует, что 80 тыс. пациентов ежегодно погибают именно по причине взаимодействия лекарственных средств.

По словам Р.Шмакова, наиболее часто используют во время беременности поливитамины и фолиевую кислоту, препараты магния и

частоту до 50%, а при приёме 10 препаратов риск лекарственного взаимодействия достигает 100%.

Доказано, что приём фолиевой кислоты, причём из расчёта 400 мкг в день перед зачатием и в первые 12 недель беременности снижает риск дефекта нервной трубки. А вот витамин А, если применяемая доза более 700 мкг, может вызвать тератогенный эффект. Впрочем, существенное превышение

ленты. Они играют значимую роль и в предупреждении перинатальных нарушений, и в пролонгировании беременности.

При дефиците омега-3-ПНЖК происходит задержка роста плода. Витамин В<sub>12</sub> и омега-3-жирные кислоты влияют на формирование нейрокогнитивных функций, уже начиная с внутриутробного развития. Для того чтобы внутриутробно полноценно развивалась сетчатка глаза, тоже необходимы ПНЖК.

Характер питания, образ жизни матери во многом изменяют программу развития эмбриона.

К сожалению, у беременных всё чаще регистрируются болезни щитовидной железы, сахарный диабет, болезни мочеполовой системы, анемии. Причём врачи не обращают порой внимания на низкие цифры гемоглобина у беременных, а это ведёт к рождению ребёнка с перинатальной патологией, – отметила главный специалист по детской реабилитологии Минздрава России, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Москвы профессор Татьяна Батышева.

По её словам, детская инвалидность в стране растёт. В числе причин профессор назвала и недостаточную эффективность дородовой диагностики, нежелание женщин прерывать аномальную беременность, увеличение численности рождения недоношенных детей.

Т.Батышева призвала как можно раньше детей из группы риска направлять к нужным специалистам.

### Если делать, так сразу

– Если мы в первый год жизни не компенсируем перинатальные нарушения, – сказала она, – то на втором году уже отмечается темповая задержка развития, грубые нарушения психомоторного и речевого развития. А к третьему году жизни мы получаем настоящего инвалида. – Первый год жизни ребёнка – это уникальное терапевтическое окно, период самой высокой нейропластичности мозга, когда мы можем творить чудеса. Остеопатическая философия гласит: «То, что можно сделать сразу после родов за три минуты, через день можно сделать за три недели, а через месяц – не сделаешь и за три года». Поэтому чем быстрее вы направите ребёнка в Научно-практический центр детской психоневрологии на реабилитацию с самого рождения, тем больше вероятность, что ребёнок будет здоровым.

Т.Батышева в качестве примера привела случай с Дядей Фёдором (так доктора называют маленького пациента). Он из-за неправильного ведения родов появился на свет с тяжёлой кефалогематомой, полным параличом правой руки и субарахноидальным кровоизлиянием – в общем инвалидом. Но благодаря тому, что малыш был направлен в центр на 5-е сутки после рождения, благодаря ранней комплексной коррекции и реабилитации он сейчас абсолютно здоров, более того опережает своих сверстников (ему уже 3,5 года).

Профилактика детской инвалидности – это, в том числе, и повышение качества дородовой диагностики, совершенствование ведения родов, – подчеркнула Т.Батышева.

Профессор призвала акушеров-гинекологов больше внимания уделять просветительской работе с населением, и прежде всего с подростками. По её словам, сейчас самая часто запрашиваемая тема в интернете – «Я беременная, мне 16 лет. Что делать?»

Ведь основная задача первичного звена акушерско-гинекологической помощи – это поддержание здоровья женщины, пропаганда здорового образа жизни, проведение медико-санитарного просвещения, предупреждение, раннее выявление и реабилитация наиболее распространённых нозологических форм, а также наблюдение за течением беременности.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».  
Фото автора.

### Деловые встречи

# Смена парадигмы

Переосмысление организационных подходов с ориентацией на пациента



Перед началом конгресса (вверх по лестнице)

новной причиной досрочного прерывания беременности послужили экстрагенитальные заболевания. Это может свидетельствовать о недостаточной профилактической работе акушеров-гинекологов женских консультаций, невыявлении патологии на ранних этапах терапевтами и узкими специалистами.

Примечательно, что подавляющее большинство беременных женщин оценивали своё здоровье как удовлетворительное и хорошее. А по объективным данным у них выявлена высокая частота различной патологии.

По мнению М.Андреевой, для того, чтобы улучшить амбулаторно-поликлиническую помощь на уровне женских консультаций малых городов России, необходимо повышать квалификацию акушеров-гинекологов, узких специалистов, проводить разьяснительную работу среди беременных, активизировать деятельность участковых акушеров-гинекологов по планированию желанной беременности.

Главный врач НЦАГИП доктор медицинских наук Роман Шмаков своё выступление посвятил полипрагмазии при ведении беременности на амбулаторном этапе. Избыточное, порой необоснованное назначение лекарственных препаратов – весьма актуальная проблема. Ещё И.П.Павлов писал: «Когда я вижу рецепт, содержащий пропись трёх и более лекарств, я думаю: какая тёмная сила заключена в нём!» По мнению Павлова, полипрагмазией следует считать одновременное назначение больному трёх и более препаратов, а по мнению немецкого врача-бактериолога Пауля Эрлиха – более одного.

Сегодня же как-то так принято, если врач не назначил лекарства, значит, это плохой врач. И доктора старательно назначают. По данным одного из исследований, в России среднее количество препаратов, получаемых беременной, составило 2,9. Одновременно женщины принимали от 1 до 14 лекарств. Причём 40% из них представляли потенциальный риск для плода, у 28% риск не был известен, и только 4% ЛС можно считать безопасными.

### Что показали исследования

Другое исследование показало, что лекарственную терапию назначали 100% беременных, из них 5% пациенток получали 21-26 препаратов! 62% беременных – 6-15 препаратов. Тогда как фармакологи говорят, что одновременный приём 2 препаратов приводит к лекарственному взаимодействию у 6% больных, 5 – увеличивает его



Фото на память (в центре В.Прилепская),

железа, антимикробные препараты (местно), антиагреганты, антибактериальные ЛС, прогестерон, токолитики, низкомолекулярные гепарины, кортикостероиды, иммуноглобулины.

Взять, скажем, токолитики. В них возникает необходимость при преждевременных родах. Но назначать их зачастую необоснованно, неверно истолковывая факт наступления таких родов.

Гипердиагностикой нередко объясняется и использование низкомолекулярных гепаринов. Их прописывают по результату теста на D-димеры. А этот результат колеблется в течение суток и вообще зависит от лаборатории, от техники забора.

– Кто изобрёл назначение по D-димеру, тому фармкомпаниям должны поставить памятник, – считает Р.Шмаков. – Сейчас всем абсолютно здоровым женщинам при первом повышении D-димера (так называемом повышении, кто эти нормативы устанавливал в стране) назначаются низкомолекулярные гепарины, что совершенно не нужно.

В список лекарств с недоказанной терапевтической эффективностью входят: актовегин, биофарокс, виферон, бифидумбактерин, линекс, рибоксин, кокарбоксилаза, эссенциале и др. Между тем доктор очень любит их назначать беременным. Тот же актовегин, препарат, полученный из крови телят, не прошёл полноценных независимых исследований по правилам GCP, не применяется в Европе и США, продаётся только в странах СНГ, Китае и Южной Корее. В кожановской библиотеке нет ни одного исследования актовегина. При этом у нас он назначается практически всем женщинам, ожидающим ребёнка.

Остаётся спорным вопрос назначения поливитаминов. До сих пор нет единого мнения: нужны поливитаминовые комплексы или отдельные витамины, в зависимо-

суюточной дозы фолиевой кислоты тоже не безопасно, оно приводит к нарушению психомоторного развития плода. Поэтому министерства здравоохранения 36 стран и ВОЗ рекомендуют использовать 0,4 мг фолиевой кислоты в день. Тогда как в популярных поливитаминовых комплексах, наиболее широко применяемых у беременных, имеется превышение и по витамину А и по фолиевой кислоте (в 2 раза). Причём иногда акушеры-гинекологи помимо поливитаминового ком-

плекса назначают ещё и фолиевую кислоту.

Роль фолатов, безусловно, высока в предупреждении ряда патологий, но надо чётко знать меру. Об этом говорила и профессор Читинской государственной медицинской академии Татьяна Белокриницкая.

– Мы все привыкли считать, что фолатзависимые заболевания – это дефекты развития нервной трубки у плода, – сказала она. – Однако приём фолиевой кислоты снижает не только риск развития этого дефекта, но и других осложнений: пороков сердца, челюстно-лицевых аномалий, низкого веса при рождении, преждевременных родов. Аутизм – патология, которая тоже связана с дефицитом фолатов. Фолиевая кислота является важной составляющей репродуктивного здоровья как мужчин, так и женщин.

Мужчины со сниженным уровнем фолиевой кислоты чаще имеют сперматозоиды с анеуплоидией.

Новое исследование продемонстрировало, что приём фолиевой кислоты до зачатия подавляет воспалительный процесс и повышает уровень липопротеинов высокой плотности (основной источник холестерина для синтеза стероидных гормонов) в фолликулярной жидкости человека.

### По современной стратегии

Современная стратегия предусматривает назначение фолатов и мужчине, и женщине, планирующим беременность. Женщине не менее чем за месяц до зачатия и в течение первых 3 месяцев беременности. А мужчине – не менее чем за 3,5 месяца до зачатия, потому что период сперматогенеза составляет 73-75 дней.

Профессор Татьяна Белокриницкая сделала акцент на фетальном программировании, подчеркнув, что не только фолиевая кислота является важной частью фетального программирования, но и омега-3-полиненасыщенные жирные кис-

## Ориентиры

# Лестница из парашютных строп

Читинские медсёстры учат коллег и их родственников ухаживать за маломобильными пациентами

Мастер-классы по уходу за маломобильными пациентами и инвалидами с применением правил эргономики и биомеханики организованы в краевом госпитале ветеранов войн. Разумеется, обучение проводится бесплатно. За два с лишним года его прошли более 300 медицинских специалистов и около 20 родственников пациентов.

Программа обучения предусматривает современный подход к проблеме ухода за малоподвижными пациентами, находящимися не только в стационарах, но и в домашней обстановке. Инициатором её разработки и проведения обучения стала Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты». Госпиталь ветеранов войн для проведения мастер-класса был выбран случайно, ведь именно здесь немало пациентов, которым необходим такой специальный уход.

В ближайших планах ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» – открытие на базе офиса ассоциации школы по уходу за маломобильными пациентами и инвалидами. Сейчас там уже завершается оборудование симуляционного центра, приобретены необходимые муляжи, скоро поступит специальная кровать. С их помощью медики будут показывать, как правильно кормить больного, переворачивать, мыть и переодевать. Транспортировка, перекаldывание и переворачивание в кровати, перемещение пациента одним человеком – всё это также будет входить в программу обучения.

– Сегодня симуляционный центр практически готов к работе, имеются литература и все необходимые для обучения материалы, разработаны стандарты, позволяющие профессионально обучать



Мастер-класс по перемещению пациентов госпиталя в постели с применением правил эргономики и биомеханики

специальных приспособлений в комнате. На практике показываем, как использовать скользящую простыню и трубу, как из парашютных строп самим изготовить специальную лестницу. Мастер-классы мы проводим не только в госпитале, но и во время профессиональных конференций.

В.Вишнякова пояснила, что мастер-класс по уходу за малоподвижными пациентами размещён на сайте организации, с ним могут ознакомиться и медицинские сёстры из других территорий.

Есть у членов ассоциации и успешный опыт интервенции с пациентами, поэтому на очереди – создание сайта по уходу за инвалидами и оказанию им необходимой медицинской помощи в быту. Таким образом, с помощью Интернета медики планируют бороться ещё и с нехваткой общения – одной из самых больших проблем малоподвижных пациентов.

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ, внешт. корр. «МГ».

медицинских специалистов и родственников уходу за инвалидами и маломобильными пациентами, – рассказала президент ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» Валентина Вишнякова. – Конечно, в первую очередь мы будем обучать медицинский персонал и учащихся Читинского медицинского колледжа, ведь такие навыки

должны приобретаться ещё со студенческой скамьи, поэтому процессу ухода за инвалидами они будут привлекаться как волонтеры. А поскольку далеко не всегда рядом с маломобильными пациентами находится кто-то из родственников, есть планы и по обучению таких больных самому.

В.Вишнякова пояснила, что мастер-класс по уходу за малоподвижными пациентами размещён на сайте организации, с ним могут ознакомиться и медицинские сёстры из других территорий.

Есть у членов ассоциации и успешный опыт интервенции с пациентами, поэтому на очереди – создание сайта по уходу за инвалидами и оказанию им необходимой медицинской помощи в быту. Таким образом, с помощью Интернета медики планируют бороться ещё и с нехваткой общения – одной из самых больших проблем малоподвижных пациентов.

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ, внешт. корр. «МГ».

Чита.

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

## «Круглый стол»

# Профилактика для сельчан

Жители отдалённых уголков Алтайского края с пониманием идут на приглашение врачей

В Смоленском районе Алтайского края по инициативе Краевого центра медицинской профилактики и при поддержке заместителя губернатора Даниила Бессарабова прошёл межведомственный «круглый стол» по здоровому образу жизни.

Акция обусловлена необходимостью продвижения профилактической медицинской помощи сельскому населению, особенно в отдалённых сёлах. Популяционная работа, направленная на формирование ответственного отношения к здоровью, является одной из самых важных. Об актуальности данной проблемы лучше всего говорят цифры, которые были приведены главным врачом краевого Центра медицинской профилактики Татьяной Репкиной.

– 75% всех смертей в РФ происходит из-за хронических неинфекционных заболеваний, а 40% приходится на лиц, не достигших возраста 60 лет. По последним данным, мужчины живут на 19 лет меньше, чем женщины. Это же просто катастрофа! Ранней смертности способствуют различные болезни, но многие из них можно было предотвратить. Для этого нужно только прийти к врачу на профилактическое обследование, – сообщила она.

Скусающих на «круглом столе» не было – мероприятие собрало практически весь руководящий состав района, как государственных структур, так и бизнеса. Обсуждалась необходимость профилактики хронических неинфекционных заболеваний, важность своевременного выявления факторов риска, приводящих к ранней инвалидизации населения. По словам исполняющего обязанности главного врача Смоленской ЦРБ Андрея Колесова, проблема формирования ответственного отношения к своему здоровью стоит остро: зачастую за помощью к врачу обращаются люди на поздних стадиях заболевания, когда помочь уже почти невозможно.

Каждому человеку необходимо обращать внимание на изменения в организме, отказаться от курения и алкоголя, придерживаться здорового, рационального питания. Если соблюдать эти несложные правила, то можно увеличить продолжительность жизни как минимум на 10 лет. И долголетие будет активным и безболезненным.

Своеобразной поддержкой теоретической части стала начавшаяся в тот же день в районе работа мобильного центра здоровья. В комплекс профилактического обследования были включены определение веса, индекса массы тела, артериального давления, уровня глюкозы и холестерина в крови, оценка работы сердца и сосудов, лёгких, оценка состояния полости рта, консультации врачей-специалистов.

Жители с радостью приняли возможность пройти обследование и получить информацию по коррекции выявленных факторов риска. Работа оказалась очень плодотворной. За 3 дня медицинских работников посетило около 70 человек. В основном это работающее население села Смоленское и близлежащих посёлков.

Профилактическая работа стала приоритетом медицинских организаций и стилем жизни наших граждан. В крае выросло число участников школ по вопросам здорового питания, отказа от курения, формирования физической активности, профилактики гипертонии. Я уверен, что число сторонников здорового образа жизни в Алтайском крае с каждым годом будет только расти. Убедившись на собственном опыте, могу сказать, что своевременное прохождение профилактических осмотров имеет большой эффект, – прокомментировал важность подобных мероприятий заместитель губернатора Даниил Бессарабов.

Елена ЛЬВОВА.

Алтайский край.

## Проблемы и решения

В Москве 11-14 апреля 2016 г. состоялся XXIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», являющийся масштабной научной площадкой. В рамках программных научно-практических мероприятий Конгресса под эгидой Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России 13 апреля был проведен симпозиум «Современные технологии организации и оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях».

Важность и востребованность данного научно-практического мероприятия подтверждается многочисленной аудиторией и широким представительством ученых, врачей-организаторов и клиницистов, практических высококвалифицированных работников здравоохранения. В работе симпозиума при-

# Повышение качества оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях

няли участие специалисты служб медицины катастроф Минздрава России и Минобороны России, Московского НИИ скорой помощи имени Н.В.Склифосовского, Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А.М.Никифорова МЧС России, МВД России и других медицинских организаций.

С докладами на симпозиуме выступили представители службы медицины катастроф Минздрава России: М.В.Быстров, первый заместитель директора ВЦМК «Защита», О.В.Федоткин, директор ГКУЗ «Пермский краевой центр медицины катастроф», В.В.Деменко, заместитель главного врача ПМГ ВЦМК «Защита», И.П.Шилкин, начальник



Представители Всероссийской службы медицины катастроф в зале заседаний

Центра управления в кризисных ситуациях Штаба ВСМК ВЦМК «Защита», Ю.Н.Саввин, главный специалист ВЦМК «Защита».

В выступлениях было представлено состояние в современных условиях и перспективы развития организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС, лечения политравмы в ЧС. Рассмотрены предложения по необходимому объему помощи ожоговым больным в период подготовки их к медицинской эвакуации. Доложены перспективы развития федеральной телемедицинской системы. Сообщены результаты интеграции службы медицины катастроф и скорой медицинской помощи в

Пермском крае. П.И.Попов, главный специалист ВЦМК «Защита», продемонстрировал оборудование для эвакуации лежачих больных и пострадавших рейсовыми самолетами.

От Минобороны России выступили Л.К.Брыжань, главный травматолог Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, А.В.Щеголев, начальник кафедры анестезиологии и реаниматологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Докладчиками освещены вопросы новых подходов в лечении боевых поврежденных опорно-двигательного аппарата, особенности эвакуации тяжелораненых и тя-

желопораженных с применением специальных устройств для авиамедицинской эвакуации.

Представители НИИ СП им. Н.В.Склифосовского М.Л.Роголь, заведующий научным отделением острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы, П.А.Иванов, заведующий научным отделением сочетанной и множественной травмы в своих выступлениях, рассказали о современных принципах и методах специализированного лечения повреждений внутренних органов и сочетанных травм конечностей и таза у пострадавших в ЧС.

С.Г.Шаповалов, главный комбустиолог МЧС России, заведующий ожоговым отделением ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России представил концепцию организации и современных технологий оказания медицинской помощи при ожоговой травме пострадавшим в ЧС.

Председательствующие на симпозиуме С.Ф.Гончаров, директор ВЦМК «Защита», главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России, и Н.А.Ефименко, хирург-консультант ГВМУ МО РФ, поблагодарили всех участников и отметили высокую практическую и научную направленность симпозиума.

Борис БОБИЙ, заместитель директора ВЦМК «Защита».



Выступление участников симпозиума

Извлечения из соглашения.  
В области развития социального партнёрства.

Стороны обязуются:

1.1. Развивать и совершенствовать систему социального партнёрства на отраслевом региональном уровне.

1.2. Официально информировать друг друга о принимаемых решениях, нормативных правовых актах по вопросам, которые являются предметом настоящего соглашения, а также по вопросам регулирования социально-трудовых и связанных с ними экономических отношений. Проводить взаимные консультации по реализации правовых актов органов исполнительной власти Москвы, связанных с социально-трудовыми и экономическими отношениями в отрасли.

1.3. Оказывать содействие заключению коллективных договоров в организациях департамента.

#### Департамент:

1.4. В целях создания условий для осуществления представительства интересов медицинских работников направляет для согласования в профсоюз проекты нормативных правовых актов, затрагивающих социально-трудовые права и экономические интересы работников.

1.5. Обеспечивает профсоюзным инспекторам труда условия для осуществления общественного контроля за соблюдением работодателями трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права.

1.6. Включает в состав рабочих групп по подготовке нормативных правовых актов, затрагивающих социально-трудовые права и экономические интересы работников организаций департамента, представителей профсоюза.

1.7. Обсуждать с профсоюзом планы социально-экономического развития организации, в том числе порядок расходования финансовых средств, предназначенных на оплату труда работников, поступающих из всех источников в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

#### Профсоюз:

1.8. Представляет интересы работников организаций департамента на отраслевом, региональном уровне в пределах полномочий, установленных законом.

1.9. Осуществляет общественный контроль за соблюдением работодателями законодательства о труде.

#### В области оплаты и нормирования труда работников

В целях повышения уровня жизни и заработной платы работников Стороны обязуются:

##### Департамент:

2.1. Установить размер минимальной заработной платы, определённый в городе Москве.

2.2. Размер минимальной заработной платы в городе Москве включает минимальную сумму выплат работнику, отработавшему месячную норму рабочего времени, установленную законодательством Российской Федерации, и исполнившему свои трудовые обязанности (норма труда), включающую тарифную ставку (оклад) или оплату труда по бестарифной системе, а также доплаты, надбавки, премии и другие выплаты, за исключением выплат, производимых в соответствии со статьями 147, 151, 152, 153, 154 Трудового кодекса Российской Федерации.

2.3. Обеспечить выплату ежемесячной заработной платы работникам, полностью отработавшим норму рабочего времени за месяц в нормальных условиях и выполнившим норму труда, в размере не ниже размера минимальной заработной платы, установленной в соответствии с пунктом 2.1. настоящего соглашения.

2.4. Не допускать задержку выплаты заработной платы, оплаты отпуска, выплат при увольнении и (или) других выплат работникам, обеспечивать начисление и выплату денежной компенсации за задержку выплаты заработной платы и других выплат, причитающихся работникам, в соответствии с действующим трудовым законодательством РФ.

2.5. Установить размер следующих компенсационных выплат:

– не менее 4% от должностного оклада (ставки) работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда в соответствии с трудовым законодательством РФ, иными нормативно-правовыми актами, содержащими нормы трудового права, по результатам специальной оценки условий труда (действующими результатами аттестации рабочих мест по условиям труда);

#### Официально

## Курс — на социальную стабильность

Между Департаментом здравоохранения и Профсоюзом работников здравоохранения Москвы подписано отраслевое Соглашение о сотрудничестве



– за работу в ночное время (с 22 часов до 6 часов) в повышенном размере, но не ниже 20% часовой тарифной ставки (части оклада (должностного оклада), рассчитанного за час работы) за каждый час работы в ночное время. Конкретные размеры повышения оплаты труда за работу в ночное время устанавливаются коллективным договором, локальным нормативным актом, принимаемым в организациях департамента с учётом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации, трудовым договором (эффективным контрактом);

– оплата сверхурочной работы за первые два часа работы не менее чем в полуторном размере, за последующие часы – не менее чем в двойном размере.

2.6. Стимулирующие выплаты, в том числе премии и ежемесячные надбавки за эффективность, могут устанавливаться работникам в соответствии с Коллективным договором, иными локальными нормативными актами при условии выполнения количественных и качественных показателей в пределах экономики фонда оплаты труда.

2.7. Заработная плата конкретного работника зависит от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы, продолжительности фактически отработанного времени, максимальным размером не ограничивается и может быть, как выше, так и ниже показателя по организации и установленного целевого значения по отрасли.

2.8. Сохранить бесплатный проезд на городском транспорте врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам-фтизиатрам участковым и медицинским сёстрам участковым амбулаторно-поликлинических учреждений, подведомственных департаменту, непосредственно при оказании медицинской помощи на дому взрослому и детскому населению. Работодателям обеспечить контроль за целевым использованием работниками проездных документов.

2.9. Рекомендовать работодателям при установлении стимулирующих выплат работникам организаций департамента определять показатели эффективности труда работников с учётом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации.

2.10. Рассматривать вопросы премирования и установления стимулирующих выплат

руководителям организаций департамента по согласованию с профсоюзом.

2.11. Устанавливать системы оплаты труда в организациях департамента коллективными договорами, локальными нормативными актами с учётом мнения выборных органов первичных профсоюзных организаций.

2.12. Обеспечить создание организационных и правовых условий для достижения целевых показателей уровня средней заработной платы категорий работников, определённых Указом Президента Российской Федерации № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

2.13. Учитывать мнение профсоюза при разработке нормативных правовых актов, регламентирующих оплату и нормирование труда работников.

##### Профсоюз:

2.14. Осуществлять профсоюзный контроль за своевременной и в полном объёме выплатой заработной платы работникам организаций департамента.

2.15. Принимать участие в разработке проектов законов и иных нормативных и правовых актов в сфере социально-трудовых отношений и связанных с ними экономических отношений, в том числе по вопросам оплаты труда и уровня жизни работников организаций департамента.

#### В области охраны труда

3.1. В целях обеспечения безопасных условий и охраны труда, снижения уровня производственного травматизма и профессиональных заболеваний стороны обязуются взаимодействовать:

– в разработке и выполнении отраслевых городских программ улучшения условий и охраны труда;

– в организации и проведении совместных мероприятий;

– в разработке и внедрении систем управления охраной труда и управления профессиональными рисками.

3.2. Вопросы, связанные с производственным травматизмом и профессиональной заболеваемостью работников, ежегодно рассматривать на совместном заседании коллегии Департамента здравоохранения Москвы и президиума Профсоюза.

##### Департамент:

#### Комментарий председателя региональной общественной организации Профсоюза работников здравоохранения Москвы Сергея Ремизова:

– Это соглашение – результат совместной работы отраслевой комиссии департамента и профсоюза по регулированию социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения. Мы его рассматриваем как инструмент, позволяющий отстаивать права и интересы работников отрасли. А работа с коллегами в конструктивном ключе позволяет решать много конфликтных ситуаций, которые неизбежно возникают в деятельности медицинских организаций. Конечный их итог, как правило, удовлетворяет и трудовой коллектив, и администрацию.

Какие особые моменты можно отметить в новой редакции соглашения. К ним можно отнести обязанность департамента обсуждать с профсоюзом планы социально-экономического развития медицинской отрасли столицы. Предусмотрена недопустимость задержки выплаты заработной платы медицинским работникам. Основные выплаты конкретизированы с действующим законодательством. Определены гарантии на компенсационные выплаты с размерами, установленными ТК (за вредность, за работу в ночное время, оплата сверхурочной работы и т.д.). Несмотря на современную турбулентность в экономике, стороны договорились и сохранили льготы для медицинских работников. Как пример – оплата проезда участковым терапевтам, педиатрам фтизиатрам. В соглашении чётко прописан принцип надбавок за эффективный труд.

Важно отметить, что впервые установлены отраслевые основы правового регулирования в сфере труда, касающиеся режима рабочего времени медицинских работников.

Благодаря социальному партнёрству, переговорному процессу, пониманию между департаментом и профсоюзом в свет вышел очень важный документ, исполнение которого приведёт к социальной стабильности в медицинском сообществе. Это сегодня главное.

3.3. В соответствии с действующим законодательством РФ города Москвы обеспечить финансирование мероприятий по улучшению условий и охраны труда. Определить размер средств, выделяемых на каждого работника, не ниже размера минимальной заработной платы, установленной в городе Москве.

3.4. Обеспечить выплату единовременной денежной компенсации, сверх предусмотренной федеральным законодательством, Московским трёхсторонним соглашением между правительством Москвы, московскими объединениями профсоюзов и московскими объединениями работодателей, семье в случае смерти работника, наступившей от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, в размере не менее 20 размеров минимальной заработной платы, в городе Москве на соответствующий календарный год. В случае трудового увечья, полученного работником от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, размер единовременной денежной компенсации определяется в соответствии со степенью утраты трудоспособности, исходя из 70 размеров минимальной заработной платы, установленной в городе Москве на соответствующий календарный год, и уменьшается в зависимости от степени вины пострадавшего, но не более чем на 25%.

3.5. Работникам, трудовая функция которых в соответствии с занимаемой должностью связана с постоянной работой за компьютером, предоставлять специальные перерывы для отдыха с учётом требований санитарно-эпидемиологических правил и нормативов «Гигиенические требования к персональным электронным вычислительным машинам и организации работы с СанПин 2.2.2/4.1340-03», которые включаются в рабочее время.

3.6. Обеспечить рассмотрение результатов расследования несчастных случаев на производстве работодателем с участием выборного органа первичной профсоюзной организации для принятия решений, направленных на устранение причин и предупреждение травматизма.

3.7. Разработать по согласованию с профсоюзом критерии оценки деятельности руководителей организаций Департамента по вопросам охраны труда.

##### Профсоюз:

3.8. Осуществлять контроль за соблюдением работодателями трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права, выполнения условий коллективных договоров.

#### Департамент и профсоюз пришли к согласию:

4.1. Продолжительность рабочего времени работников организаций департамента устанавливается трудовым договором на основании норм действующего законодательства, настоящего соглашения, коллективных договоров организаций департамента с учётом результатов специальной оценки условий труда.

#### Гарантии деятельности

В целях обеспечения защиты трудовых прав и законных интересов работников учреждений, подведомственных департаменту, стороны обязуются:

##### Департамент:

5.1. Содействует реализации права профсоюза на осуществление контроля за соблюдением трудового законодательства, иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, выполнения условий коллективных договоров.



(Полный текст Соглашения будет разослан в первичные профсоюзные организации и соответствующие ведомства Москвы).

Подготовила  
Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 28 (1967)

**Антипсихотические препараты, типичные и атипичные нейролептики, являются наиболее часто применяемыми при терапии расстройств шизофренического спектра. Эти группы препаратов различаются в отношении механизмов действия, что влияет на частоту развития побочных эффектов. Установлено, что при применении типичных антипсихотических препаратов чаще возникают неврологические расстройства, а также гиперпролактинемия, в то время как атипичные препараты нарушают механизмы жирового и углеводного обмена. Последнее является серьёзной проблемой при проведении терапии, так как ожирение и диабет – одни из факторов риска развития сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний.**

Известно, что диабет более распространён у лиц, страдающих от психических расстройств, чем в общей популяции, особенно это характерно для больных шизофренией. По некоторым данным, пациенты с шизофренией живут короче на 20 лет, а главной причиной их смерти являются сердечно-сосудистые заболевания. Такие пациенты чаще страдают от осложнений диабета (тяжёлые гипо-, гипергликемия, инфекции) по сравнению с общей популяцией. Было отмечено, что у пациентов с шизофренией и диабетом более выражены расстройства когнитивного спектра, что может вести к ухудшению прогноза основного заболевания.

Сказанное говорит о том, что проблема углеводных расстройств, развивающихся в результате терапии расстройств шизофренического спектра, является весьма актуальной.

Данный обзор зарубежной литературы посвящён основным механизмам нарушения углеводного обмена вследствие применения атипичных и типичных антипсихотических препаратов, а также терапии и профилактики данного вида побочных эффектов.

## Антипсихотические препараты и углеводный обмен

Описанные в литературе нарушения углеводного обмена при терапии антипсихотическими препаратами можно разделить на пять групп:

1. Гипергликемия.
2. Снижение толерантности к глюкозе.
3. Диабет 2-го типа, ассоциированный с ожирением.
4. Диабет 2-го типа, не ассоциированный с ожирением, возникающий остро.
5. Кетоацидоз.

Существует огромное количество исследований, посвящённых различным механизмам формирования данных расстройств. Их основные направления связаны с аффинностью нейролептиков к специфическим рецепторам (M3, 5-HT2A), влиянием на β-клетки поджелудочной железы, АТФ-зависимыми калиевыми каналами, концентрацией пролактина, грелина-1 и лептина-2.

Одно из соответствующих исследований (J.S.Silvestre, J.Prous, 2005) было связано с изучением аффинитета антипсихотических препаратов к рецепторам и показало, что имеется связь между нарушениями углеводного обмена и состоянием ацетилхолиновых мускариновых (M3) рецепторов. В связи с этим напомним, что вырабатывающие инсулин панкреатические клетки содержат M3-рецепторы. В другом исследовании (M.Murashita и соавт., 2007) была установлена роль адренергической системы в развитии нарушений углеводного обмена при действии антипсихотических препаратов: оказалось, что клозапин действует на метаболизм глюкозы, блокируя α1-адренорецепторы. В этом же аспекте было привлечено внимание и к функции серотониновых (5-HT2A) рецепторов, которые принимают участие в регуляции действия инсулина на скелетную мускулатуру, а именно – повышение захвата миоцитами глюкозы. Было показано, что ингибирование данного вида рецепторов может привести к толерантности клеток к инсулину.

Существует также механизм с вовлечением АТФ-зависимых калиевых каналов. Глюкозочувствительные нейроны ЦНС важны в поддержании энергетического гомеостаза. Проницаемость мембраны для ионов калия

в этих клетках изменяет их функцию, при этом активация или ингибирование каналов может быть ключевым механизмом в функционировании этих нейронов. Калиевые каналы также важны в запуске инсулиновой секреции в клетках поджелудочной железы. Исследования на животных показали, что ухудшение их активности может быть опосредовано повышением концентрации лептина, которая возрастает при приёме некоторых антипсихотических препаратов,

фактор риска развития диабета 2-го типа.

Приведённые данные были подтверждены в метаанализе C.Rummel-Kluge и соавт. (2010), целью которого было сравнение влияния разных атипичных нейролептиков на метаболизм. В анализ были включены амисульприд, арипипразол, клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон, сертиндол, зипрасидон. Было проанализировано 48 рандомизированных слепых исследований, в которых применялись атипичные нейролептики в лечении расстройств шизофренического спектра. Однако было отмечено, что данное исследование имело недостатки, поскольку 26 исследований из 48 длились меньше 12 недель, что может быть недостатком для достоверной оценки влияния лекарственных средств на метаболизм.

Проведённое в 2008 г. метааналитическое исследование M.Smith и соавт. (2008) показало, что терапия атипичными нейро-

шему риску подвержены более молодые пациенты.

К сожалению, в литературе имеется мало данных о роли этнической принадлежности в развитии индуцированного нейролептиками СД. На данный момент известно, что наименьший риск развития СД имеют лица европеоидной расы, наибольший – индусы.

В исследовании P.Manu и соавт. (2012) внимание было привлечено к предиабетическому состоянию и его частоте среди пациентов, принимающих антипсихотические препараты. Было установлено, что предиабет является одним из важнейших факторов высокого риска развития СД. В связи с этим следует напомнить критерии предиабета, обозначенные Американской диабетической ассоциацией (2010): содержание глюкозы в крови натощак 5,6–6,9 ммоль/л или концентрация глюкозы 7,8–11,0 ммоль/л спустя 2 ч после приёма 75 г глюкозы per

# Антипсихотические препараты и их влияние на углеводный обмен у пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Частота нормальной толерантности к глюкозе, предиабета и впервые выявленного диабета при терапии разными нейролептиками

Показатель	Нейролептики, использовавшиеся для терапии													
	оланзапин (n=236)		рисперидон (n=195)		кветиапин (n=111)		клозапин (n=104)		амисульприд (n=53)		арипипразол (n=41)		нейролептики 1-го поколения (n=43)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормальная толерантность к глюкозе	130	55,1	108	55,4	58	52,8	40	38,4	33	62,2	25	60,9	19	44,1
Предиабет	80	33,9	69	35,4	38	34,2	53	51,0	18	34,0	14	34,2	18	41,9
Сахарный диабет	26	11,0	18	9,2	15	13,5	11	10,6	2	3,8	2	4,9	6	14,0

в частности рисперидона, способного изменить амплитуду открытия этих каналов. Развитие сахарного диабета (СД), опосредованное повышением концентрации лептина и грелина, обсуждается также в аспекте повышения аппетита, что ведёт к ожирению, которое, в свою очередь, является фактором риска развития СД.

Ранее был установлен риск резистентности к инсулину при терапии клозапином и оланзапином. Данный феномен был показан в экспериментах на животных, у которых после применения нейролептиков имело место увеличение массы тела. Клозапин ингибирует глюкозозависимое высвобождение инсулина путём гиперполяризации мембраны β-клеток поджелудочной железы (L.Best, A.P.Yates, G.P.Reynolds, 2005). Было показано на изолированных островках поджелудочной железы крыс, что клозапин и оланзапин ингибируют секрецию инсулина, стимулируемую холинергической системой, но не влияют на глюкозозависимую секрецию. Это говорит о том, что они оказывают прямое воздействие на высвобождение инсулина.

В связи со сказанным представляется интерес данные литературы (B.Oberweis, C.Gragnoil, 2012) о возможном защитном механизме гиперпролактинемии (побочный эффект типичных нейролептиков) от развития СД. Это предположение базируется на том факте, что пролактин увеличивает секрецию инсулина, поэтому при гиперпролактинемии СД 2-го типа возникает реже.

## Профилактика и факторы риска

Существуют общие факторы риска развития диабета – пожилой возраст, артериальная гипертензия, дислипидемия. Однако у пациентов, принимающих нейролептики, можно выделить дополнительные связанные с терапией факторы риска. Так, было выявлено (J.W.Newcomer и соавт., 2002), что пациенты, принимающие оланзапин или клозапин, чаще имеют нарушения углеводного обмена по сравнению с принимающими типичные антипсихотические препараты. Согласно обзору J.W.Newcomer и соавт. (2005), клозапин и оланзапин более активны в отношении развития СД, чем другие атипичные нейролептики, причём они повышают риск развития этого заболевания у лиц без предшествующего ожирения, но вызывают риск развития кетоацидоза.

Таким образом, терапия оланзапином и клозапином может рассматриваться как

лептиками сопряжена с большим риском развития диабета, чем типичными. При анализе действия отдельных атипичных нейролептиков было выявлено, что амисульприд, кветиапин, арипипразол не имеют связи с высоким риском развития диабета, а зипрасидон, сертиндол – наоборот.

Однако в более позднем исследовании J.Nielsen, S.Skadhede (2010) было установлено, что частота развития СД повышается не только при стартовой терапии оланзапином, но и при приёме некоторых типичных нейролептиков (зуклопентиксол, перифеназин, перфеназин). Исследование включало в себя 7139 пациентов с диагнозом шизофрения. В этой работе исходная выборка была большей – 7230 пациентов, но 91 больной выбыл из исследования, так как они уже имели СД, то есть в первоначальной выборке 1,26% пациентов страдали СД, что выше, чем в общей популяции (0,99%), из чего можно сделать вывод о наличии эндогенного компонента в этиологии диабета при шизофрении (D.Cohen, 2011).

Заслуживает внимания популяционное общенациональное исследование L.V.Kessing и соавт. (2010), в которое вошли 345 937 пациентов, получавших антипсихотические препараты, и 1 426 488 – не лечившихся нейролептиками. Полученные авторами результаты показали, что на риск развития диабета влияют следующие факторы: длительная терапия и терапия несколькими нейролептиками. Было также выявлено, что некоторые типичные нейролептики умеренно повышают риск развития СД (зуклопентиксол, перфеназин и галоперидол), что подтверждают данные J.Nielsen, S.Skadhede (2010). Наибольший же риск развития СД был связан с препаратами зипрасидон и сертиндол, что совпадает с данными метаанализа M.Smith и соавт. (2008).

Помимо факторов риска, связанных с терапией, естественно, существуют факторы, связанные с индивидуальными особенностями пациента (пол, возраст, расовая принадлежность). Так, в одном из исследований (C.Chen da, и соавт., 2011), в котором приняло участие 500 пациентов с шизофренией, было показано, что 27% (46/172) женщин страдают СД, в то время как мужчин – 17% (58/343). Таким образом, есть основания полагать, что женский пол может быть фактором риска развития углеводных расстройств.

Возраст пациента также является фактором риска развития диабета: наиболь-

os; гликозилированный гемоглобин – гемоглобин A(1c) 5,7–6,4%.

В рассматриваемом исследовании определяли число пациентов в состоянии предиабета, при этом проводили сравнение клинических и метаболических показателей у этих больных с пациентами, принимающими нейролептики, но имеющими нормальные показатели углеводного обмена. Обследовали 783 пациента. Мониторинг проводили по следующим параметрам: окружность талии, триглицериды крови, концентрация инсулина натощак и частота возникновения метаболического синдрома. По результатам исследования 413 пациентов имели нормальный уровень глюкозы, 290 – были в состоянии предиабета, 80 – имели диабет (P.Manu, 2012). Результат по препаратам указан в таблице. Таким образом, было показано, что терапия нейролептиками первого поколения вызывает изменения углеводного обмена, сопоставимые с оланзапином и клозапином. Из нейролептиков второго поколения клозапин наиболее часто вызывает предиабет.

I. Kusumi и соавт. (2011) также изучали нарушения метаболизма глюкозы у пациентов, принимающих антипсихотические препараты второго поколения. Определяли содержание глюкозы в крови натощак и в течение дня, гемоглобин A1c, липиды плазмы, соотношение роста и массы тела, клинические проявления диабета и изучали семейный анамнез. В 11,9% случаев были впервые выявлены нарушения углеводного обмена.

Приведённые данные показывают, что возросшее употребление нейролептиков делает необходимой своевременную диагностику метаболических нарушений (Haupt D.W. и соавт., 2009). При этом могут быть использованы и такие простые методы, как измерение индекса бёдер к талии, который достаточно чувствителен к метаболическим нарушениям (T.Argo и соавт., 2011).

## Фармакоэпидемиология

В последнее время были проведены крупные исследования в области психофармакологии. Одно из них – CATIE (Clinical Trials of Antipsychotic Treatment Effectiveness Schizophrenia Trial): двойное слепое рандомизированное исследование, посвящённое оценке эффективности оланзапина, перфеназина, кветиапина, рисперидона, зипрасидона в лечении шизофрении (J.A.Lieberman и соавт., 2005). Полученные в ходе этого

исследования данные показали, что страдающие шизофренией пациенты имели риск развития диабета в 4 раза больше в сравнении с общей популяцией.

Другое исследование – METEOR (Evaluation of metabolic disorders in schizophrenic patients) – было мультицентровым поперечным фармакоэпидемиологическим. Оно было проведено на базе 182 больниц в 12 европейских государствах с ноября 2006 по август 2007 г. Основной целью была оценка частоты метаболических расстройств у пациентов с шизофренией, получавших терапию нейролептиками. Измерялись артериальное давление, окружность талии и бёдер, концентрация глюкозы, холестерина и триацилглицеридов в крови. В исследовании были включены 2270 больных в возрасте от 18 лет и старше, страдавших от всех форм шизофрении и других расстройств шизофренического спектра. Согласно результатам, нарушения углеводного обмена были найдены у 31,1% пациентов, принимающих типичные нейролептики, и 27,6% – атипичные.

В 2012 г. в журнале CNS Drugs были опубликованы результаты метаанализа, выполненного M. De Hert и соавт. Он был посвящён влиянию азенапина (сафрис), илоперидона (фанапт), лurasидона (запатентован в России в 2006 г.) и палиперидона (инвега, кспепилон) на массу тела, концентрацию холестерина, триацилглицеридов и глюкозы в крови. В поиск были включены рандомизированные плацебоконтролируемые клинические исследования данных препаратов с 1966 по март 2012 г. Было установлено, что азенапин и илоперидон в течение короткого периода терапии и палиперидон в течение длительного периода значимо изменяют концентрацию глюкозы.

### Лечение

В случаях развития диабета при его лечении, согласно рекомендациям Американ-

ской ассоциации по диабету, необходимо, прежде всего, проводить мероприятия по изменению образа жизни больных, а также внести изменения в терапию, сменив вызвавшие диабет препараты на нейролептики с меньшим влиянием на метаболизм. Однако смена терапии не всегда приводит к желаемому эффекту, равно как и изменение образа жизни в связи с повышением аппетита (побочный эффект антипсихотических средств), факторами, связанными с самим заболеванием, а также недостатком мотивации у пациентов.

Известно, что одним из эффективных средств в лечении СД является метформин. На данный момент существует большое количество исследований, в которых изучается его влияние на углеводный обмен пациентов, принимающих антипсихотические препараты. Однако их результаты ещё не позволяют с определённой уверенностью судить об эффективности лечения.

T. Baptista и соавт. (2007) исследовали пациентов, находившихся на монотерапии оланзапином в среднем в течение 6,7 месяца. Они были разделены на группу принимающих метформин и группу плацебо. Было выявлено, что уровни глюкозы и инсулина, HOMA-IR (индекс инсулинорезистентности) остаются стабильными только в первой группе; уровень инсулина, индекс инсулинорезистентности увеличились в группе плацебо; уровень гликозилированного гемоглобина вырос в обеих группах.

В двойном слепом исследовании E. Carrizo и соавт. (2009) обследован 61 лечившийся клозапином пациент (132 мг ежедневно) более 3 месяцев и 30 человек, составивших контрольную группу. В этих случаях было отмечено снижение концентрации инсулина в крови.

Кохрейновский метаанализ был проведён также M. Ehret и соавт. (2010). Он включал 62 рандомизированных плацебоконтролируемых исследования, в которых пациентами, принимающими атипичные антипсихотиче-

ские препараты, использовался метформин. Было установлено, что метформин приводит к значительному снижению риска развития диабета.

Есть ряд работ, в которых было показано положительное влияние метформина не только на углеводный обмен, но и на снижение массы тела.

В настоящее время в отношении коррекции метаболических побочных эффектов, вызываемых антипсихотическими препаратами, изучается топирамат. Было показано, что он снижает уровень лептина, глюкозы, холестерина, триацилглицеридов, а также систолическое и диастолическое давление у пациентов, принимающих оланзапин. В аналогичных исследованиях в моделях на животных, получавших оланзапин, изучали глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1), или лираглутид. Было установлено, что данный препарат уменьшает массу тела и улучшает относящиеся к глюкозе показатели. В литературе описан также случай применения данного препарата в лечении индуцированного нейролептиками СД 2-го типа. Было показано снижение концентрации гликированного гемоглобина (с 10 до 6,5%) в течение 14 месяцев терапии у пациентки с геберфренической формой шизофрении. Следует заметить, что изучение агонистов ГПП-1-рецепторов ведётся давно и имеется метаанализ 25 соответствующих рандомизированных контролируемых исследований, который показал их эффективность в отношении контроля гликемии. Однако, несмотря на описанные выше фармакологические подходы, следует отметить, что лечение побочных эффектов во многом зависит от отношения пациентов к болезни и её осознания. Исследования показывают, что у пациентов, принимающих участие в специальных тренингах, улучшились показатели индекса массы тела, окружность талии, а также клинические проявления диабета по сравнению с контрольной группой. Тренинги включали в себя обучение основным навыкам мониторинга глюкозы крови, предотвра-

щения состояний гипер- и гипогликемии, специальные упражнения и диету.

### Заключение

Таким образом, терапия нейролептиками увеличивает риск возникновения нарушений углеводного обмена у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Это приводит к увеличению частоты возникновения инфекционных поражений, сердечно-сосудистых заболеваний и, соответственно, к увеличению смертности в данной группе больных. Было показано, что наличие СД приводит к более выраженным расстройствам когнитивного спектра. Механизмы, задействованные в реализации данных процессов, полностью не раскрыты. В настоящее время активно изучается роль этнической принадлежности, пола и возраста пациента в развитии нарушений углеводного обмена. Установлено, что фактором риска могут выступать особенности и самой терапии нейролептиками, в частности терапия оланзапином и клозапином, зипрасидоном, сертинидолом и рядом типичных нейролептиков. Поскольку на сегодняшний день не существует особых препаратов для лечения индуцированного нейролептиками диабета, то используются общепринятые сахаропонижающие средства (метформин и др.), а также профилактика данного вида расстройств и специальные тренинги пациентов (направленные на их обучение определению глюкозы в крови, предотвращению состояний гипер- и гипогликемии, составлению диеты, некоторым упражнениям), которые являются единственными способами улучшения состояния больных.

**Борис ЦЫГАНКОВ,**  
заведующий кафедрой психиатрии,  
наркологии и психотерапии,  
профессор.

Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова.

**52-летний мужчина обратился для проведения лазерной терапии по поводу папул на лице с целью косметического эффекта. Множественные асимптомные элементы на лице появлялись постепенно в течение 10 лет. Пациент был осмотрен дерматологом для исключения рака кожи. Биопсия показала на ангиофибром без признаков малигнизации. В анамнезе имели место указания на рецидивирующий спонтанный пневмоторакс, потребовавший плевродезиса. В семейном анамнезе были данные о наличии рецидивирующего пневмоторакса у взрослого сына, такие же, как у больного, изменения на коже у другого сына. Данных о наличии карциномы почек у больного и других членов его семьи не было.**

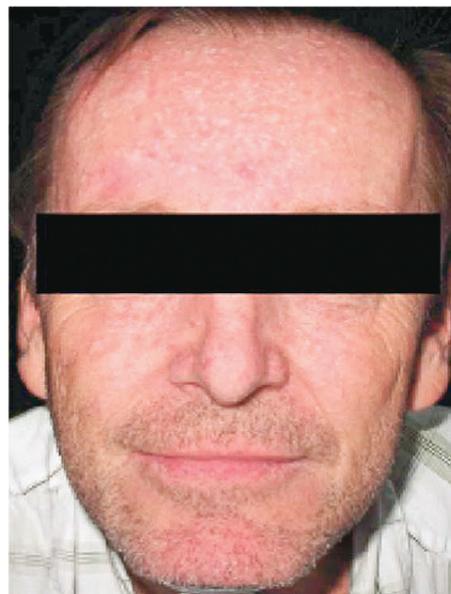
При физикальном обследовании обнаружены множественные куполообразные плотные беловатые папулы на лбу и щеках (см. фото). Клинические проявления в виде множественных фиброзных папул на фоне трудно объяснимого пневмоторакса наводили на мысль о генетическом заболевании, а именно синдроме Birt – Hogg – Dube (синдром BHD). Повторные пункционные биопсии патологических образований на коже выявили воронку с перифолликулярным фиброзом, что позволяло думать о триходискоме. Это подтверждало подозрение на BHD.

Больной был направлен в онкологическую генетическую клинику для консультации, генетического анализа и скрининга. УЗИ почек показало наличие гипозохогенного поражения в левой почке размером 2,5 x 2,1 x 2,4 см. Была проведена роботассистированная частичная нефрэктомия левой почки. При гистологическом исследовании выявлены признаки гибридной опосотytic/chromophobe опухоли. Хотя эта опухоль росла как доброкачественная, она приобрела черты мелкоклеточной карциномы почки. Но так как опухоль была полностью удалена, дальнейшего лечения не потребовалось.

Генетический анализ крови выявил гетерозиготную FLCN с.853C>T мутацию на хромосоме 17. Планировалась генетическая консультация и рентгенологический скрининг почек у всех членов семьи больного. Согласно имеющемуся руководству, больной будет пожизненно наблюдаться посредством периодического УЗИ почек и/или МРТ.

BHD – редкий вид рака, наследуемый по аутосомно-доминантному типу, вследствие герминальной мутации в гене фолликулина (FLCN). Частота случаев BHD составляет около 1 : 200 000 в популяции, однако вероятно недостаточная диагностика из-за

# Синдром Birt-Hogg-Dubé. Клиническое наблюдение



**Фиброфолликулома и триходискома, представленные многочисленными мелкими белыми папулами на лбу, щеках и подбородке больного**

скудности клинических проявлений. Фолликулин представляет собой белок, экспрессируемый на кератиноцитах в базальном и колючем слое эпидермиса, кожных фибробластах, нервных клетках, лимфоцитах, макрофагов и мастоцитов.

Помимо кожи фолликулин экспрессируется на эпителиальных клетках лёгочных альвеол 1-го типа и дистальных нефронах. Фолликулин представляет собой опухолевой блок супрессор, важный в передаче клеточного сигнала, который регулирует рост клеток. Предполагают, что генетическая мутация приводит к потере функционального белка в клетках, что, в свою очередь, ведёт к неконтролируемому росту опухоли. Паттерн экспрессии фолликулина коррелирует с клиническими проявлениями BHD, такими как кожные папулы разного генеза, базальные кисты в лёгких, спонтанный пневмоторакс и карциноматозные клетки в почках.

Диагностические критерии BHD включают наличие одного большого или двух малых признаков. Большими признаками являются, по крайней мере, начало во взрослом периоде жизни фиброфолликуломы или триходискомы с гистологическим подтверждением или патогенная мутация FLCN. Фиброфолликулома и триходискома представляют собой множественные маленькие телесного или белого цвета куполообразные папулы на лице, шее и верхней части туловища. Ангиофибромы также могут быть ассоциированы с BHD; однако наличие множественных ангиофибром говорит в пользу туберозного склероза. Малыми симптомами являются наличие в анамнезе указаний на двусторонние кисты в обоих лёгких со спонтанным пневмотораксом или без него, раннее начало карциномы почек – 50-летний возраст с мультифокальной или двусторонней карциномой или с chromophobe/opsocytic опухолью смешанной гистологии, BHD у родственников первой линии родства.

У больных с BHD в 50 раз выше риск первичного спонтанного пневмоторакса и более чем в 80% случаев отмечаются множественные кисты в лёгких, выявляемые при МРТ, с локализацией чаще в базальных, чем апикальных зонах. Почечно-клеточные карциномы выявляются у 27% больных. Сообщается о довольно широкой частоте колебаний случаев почечной карциномы. Более 65% больных с BHD ренальной карциномой представлены мультифокальными двусторонними или рецидивирующими опухолями.

Раннее распознавание BHD чрезвычайно важно, так как сопровождается высоким риском развития почечной неоплазмы, которая, если рано диагностируется, вполне излечима. Таким образом, врач общей практики и дерматолог являются самыми необходимыми специалистами, которые должны ставить диагноз BHD, когда к ним обращаются с просьбой удалить многочисленные папулы на лице. Необъяснимый спонтанный пневмоторакс и кисты в базальных отделах лёгких также должны вызвать подозрение на BHD. Очень важно в таких случаях прибегнуть к генетическому тестированию и мультидисциплинарному



**Фиброфолликулома и триходискома. Крупный план**

консультированию. Рутинный рентгенологический скрининг следует рекомендовать всем больным старше 40 лет, учитывая вероятность многочисленных опухолей, при которых предпочтительна органосохраняющая хирургическая операция.

Лечение кожных элементов, ассоциированных с BHD, предполагает выбор: если больному нужен косметический эффект, предпочтительна лазерная абляция.

Уроки для практики:

- синдром Birt – Hogg – Dube является аутосомно-доминантным заболеванием, вызываемым герминальными мутациями в гене фолликулина;
- фенотипические признаки этого редкого синдрома включают множественные белые куполообразные папулы на лице и кисты в базальных отделах обоих лёгких, предрасполагающие к спонтанному пневмотораксу;
- ранний диагноз BHD очень важен, так как генный дефект ассоциируется с ранним развитием почечно-клеточной карциномы различной гистологической характеристики;
- разные комбинации клинической презентации – множественные папулы на лице, спонтанный пневмоторакс и семейный анамнез почечно-клеточных карцином должны наводить на мысль о вероятности BHD.

**Рудольф АРТАМОНОВ,**  
профессор.

По материалам  
Medical Journal of Australia (2016).

На состоявшемся в Казани очередном съезде Российского общества психиатров (РОП – см. «МГ» № 1 от 13.01.2016) его председателем был переизбран главный внештатный психиатр Росздравнадзора, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, профессор Николай НЕЗНАНОВ, любезно согласившийся поделиться с читателями «МГ» своим видением проблем российской психиатрии.

– Николай Григорьевич, каковы ваши впечатления от прошедшего съезда? Что он изменил в российском психиатрическом ландшафте?

– Мне трудно оценивать, насколько успешным был прошедший съезд, поскольку я являюсь лицом, можно сказать, заинтересованным. Но многочисленные обращения со стороны рядовых российских психиатров с оценкой съезда убеждают в том, что с точки зрения организации всё было хорошо. Говорят, что это был съезд европейского уровня. От других форумов он отличался прежде всего тем, что здесь были представлены практически все регионы России. В его успехе несомненна заслуга казанских психиатров. За время между съездами была проведена большая организационная работа. Официально мы говорим о том, что РОП насчитывает около 7 тыс. членов, поскольку не все ещё получили членские билеты и платят членские взносы.

– Каков, кстати, их размер?

– Это символическая сумма – 500 руб. в год. Но она позволяет оплачивать проведение некоторых конференций, таких, например, как Школа молодых психиатров в Суздале или награждать победителей в номинации «Золотая бабочка», учреждённой покойной Татьяной Борисовной Дмитриевой. Возвращаясь к съезду, хотел бы отметить, что он был достаточно представительным по тематике и докладам. Мне понравилось, что не было равнодушных людей, все залы были заполнены. Также представляется важным, что впервые за многие-многие годы в работе съезда приняла участие новоизбранный президент (президент-элект) Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) Helen Herrman (Австралия). В кулуарах мы наметили планы сотрудничества РОП и ВПА. Этим летом в Стамбуле состоится региональный конгресс ВПА, где Н.Херрман при нашем участии организует симпозиум по проблеме оказания психиатрической помощи в общемедицинской сети. На съезде затрагивались вопросы организации психиатрической помощи различным категориям пациентов. На удивление интересно прошёл совместный симпозиум с неврологами, отражающий взятый нами курс на сближение психиатрии и неврологии. В своём пленарном докладе я отметил, что мировая психиатрия делает акцент на развитие нейронауки. Сейчас возникло много проблем, выходящих за рамки психиатрии, и затрагивающих медицину в целом. Это, прежде всего, проблема депрессии и тревожных состояний. Появились работы, говорящие о том, что такие затяжные состояния предшествуют возникновению психосоматических расстройств (гипертонической болезни, сахарному диабету и некоторым онкологическим заболеваниям). Тревога и депрессия выступают в роли триггерных факторов и, в определённой степени, маркёров этих расстройств.

– РОП является общественной организацией. Как строятся ваши отношения с Минздравом? Насколько вы независимы?

– Минздрав ведёт достаточно лояльную политику не только по отношению к РОП, но к другим профессиональным врачебным сообществам. Взаимодействие осуществляется, в основном, через Национальную медицинскую палату. Мы принимали участие в разработке ряда законодательных актов в отношении проведения независимой медицинской экс-

считывает около 7 тыс. членов, а психиатров в России вдвое больше (около 14 тыс.). Насколько ваше общество может выражать интересы всех психиатров? Ведь есть ещё Независимая психиатрическая ассоциация (НПА). Как вы строите с ней отношения?

– В это число (14 тыс.) входят наркологи и психотерапевты, у которых имеются свои ассоциации. Работать среди людей и быть независимым невозможно. Когда я слышу слово «независимый», я всегда уточняю: «Независимый от

министр здравоохранения или его заместители. У нас, к сожалению, последним министром, принимавшим участие в съездах РОП, была, как вы догадываетесь, академик Т.Дмитриева. Может быть, это формальная вещь, но она иллюстрирует отношение Минздрава к нашему профессиональному сообществу. Зато на этом съезде выступил директор Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков Виктор Иванов, представители Госдумы и Совета Федерации.

– Какие изменения должны

называемая «карательная психиатрия». Возможно, это тоже одна из причин настороженного отношения к психиатрам в социуме?

– Мне трудно говорить однозначно относительно злоупотреблений. Нельзя рассматривать психиатрию в отрыве от существующей в любой стране политической системы. Это дискуссионный вопрос, который постоянно обсуждается. Одна из форм злоупотребления была связана с принудительной госпитализацией больных шизофре-

## Наше интервью

# Мир двигают вперёд полунонормальные люди

Проблемы психиатрии глазами председателя Российского общества психиатров



пертизы, эта законодательная инициатива представляется мне успешной. Мы благодарны почётному секретарю Общественной палаты (ОП) академику РАН Евгению Павловичу Велихову, дважды поднимавшему вопросы психического здоровья в РФ на заседаниях ОП. Был выработан конструктивный план действий. Осталось реализовать его на практике.

– Участвует ли РОП в сертификации и аттестации психиатров или же эти вопросы всецело остаются в ведении Минздрава?

– Вопросы присуждения категории и квалификационной оценки уже решаются при участии профессиональных сообществ. Существуют аттестационные комиссии разного уровня (региональные и центральные), куда входят как представители РОП, так и чиновники Минздрава. В их работе участвуют не только психиатры, но и неврологи, психологи, психотерапевты и наркологи. Председателем центральной аттестационной комиссии в Санкт-Петербурге является академик РАН Александр Скоромец, а я являюсь его заместителем. Мы внедряем систему непрерывного профессионального образования, организуем школы в разных городах и вебинары. Большая часть наших конференций сопровождается выдачей сертификатов. Например, в Суздале ежегодно проходит уже упомянутая мною Школа молодого психиатра.

– Как вы сказали, РОП на-

быть, с вашей точки зрения, внесены в принятый в 1992 г. закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»?

– Этот закон хорош с точки зрения соблюдения прав больных. Хуже обстоят дела с защитой прав врачей. Там не прописано страхование жизни психиатров, а ведь мы работаем в опасных условиях. Минтруд проводит аттестацию рабочих мест, и при этом убираются надбавки за вредность, что мы считаем ошибочным. Ежегодно отмечаются случаи насилия со стороны больных в отношении медперсонала. Эта проблема должна рассматриваться в связи с падением престижа нашей специальности. В результате в неё идёт меньше талантливого молодёжи, возникает кадровый дефицит, причём не только у нас, но и во многих европейских странах. У студентов-медиков формируется стереотип психиатрии как консервативной дисциплины, где нет никакого прогресса, а психические больные воспринимаются как потенциальные инвалиды. Этот дух пессимизма в умах молодых психиатров преодолеть достаточно сложно, хотя я всегда подчёркиваю, что психическая деятельность связана с окружающим миром, и в первую очередь на ней отражается то, что в этом мире происходит. Многие факторы приводят к психическим срывам, которые зачастую рассматриваются как невротические состояния. В жизни любого человека случаются кризисы, психопатологический аккомпанемент которых приводит к психическим расстройствам. Но человек устроен так, что любое психическое расстройство трактуется либо как шизофрения, либо как возрастной психоз. Хотя исследования, проведённые в условно здоровой популяции или в соматических стационарах, показывают, что психические нарушения в некоторых группах встречаются в 20-25% случаев, а при сердечно-сосудистых и неврологических заболеваниях эта цифра может достигать 60%. С помощью психологических тестов мы обследовали студентов-медиков 5-го курса и более чем в 40% выявили невротические расстройства. Это очень высокий показатель.

– Если обратиться к истории советской психиатрии, то известны случаи злоупотреблений в политических целях, так

нией, которые в силу бредовых убеждений вели себя асоциально. Если такой больной совершал мелкие правонарушения, он должен был попасть в милицию или в психиатрический стационар? Для меня большой с психотическими расстройствами – это человек с ущербной психикой, который не может адекватно оценивать окружающую обстановку, тем более, когда речь идёт о каких-то нюансах. Он требует заботы, подобно маленькому ребёнку. Я вижу на улицах, и у нас в стране, и за рубежом, бездомных обездоланных людей, у которых со всей очевидностью можно говорить о наличии психического заболевания, но они отказываются от госпитализации. Хорошо это или плохо? Я считаю, что плохо, потому что они уязвимы по отношению к обществу, а общество не оказывает им адекватной помощи и поддержки. Эта тонкая грань, которая рассматривается в ракурсе нравственности. Можно ли законодательным путём решить все эти проблемы? Думаю, что нет. Нужно ли лечить больного или же он должен попасть в полицейский участок? Мне кажется, если человек совершает асоциальные поступки вследствие своего заболевания, то его надо рассматривать как больного. В некоторых странах вопрос решается просто. Профессор Пётр Морозов в одной из своих публикаций привёл пример США, где сотни тысяч психически больных находятся в тюрьмах. Могут ли эти люди в полной мере отвечать за свои поступки? Правозащитники скажут, что это должен определять суд. Но для меня более гуманным является пребывание такого больного в нормальных условиях больничного учреждения, а не в тюремной камере, где он лишён полноценной помощи. Повторяю, это вопрос дискуссионный. Многие коллеги против патерналистской модели, которую я отстаиваю. Они считают, что если человек не лишён дееспособности, то он должен пользоваться полными правами, которые предоставляет ему общество. Формально это действительно так, но я придерживаюсь другой точки зрения, основанной на врачебной гуманности.

– Видя жуткие условия в отечественных психиатрических больницах, не знаешь, где лучше – в тюрьме или в стационаре...

– Вы думаете, в тюрьме лучше? Не стану с вами дискутировать. Мы хорошо знаем, что происходит в крупных городах, где можно создать приемлемые условия, но когда я слышу о том, что есть больничные городки, где больные находятся в бараках или непригодных помещениях, то этого, конечно, быть не должно.

**– В этой связи хотелось бы спросить о присуждении почётной грамоты РОП главному врачу Казанской психиатрической больницы специализированного типа Рустему Хамитову. Как известно, в 2014 г. Европейский суд по правам человека вынес по делу «Коровины против России» заключение, в котором условия содержания в этой больнице были признаны бесчеловечными: переполненность палат, отсутствие туалетов, привязывание к кровати на длительное время, помещение в изолятор в качестве наказания за мелкие проступки и т.д.**

– К сожалению, никак не могу прокомментировать этот эпизод, поскольку ничего о нём не слышал. Это больница специализированного типа с интенсивным наблюдением, куда госпитализируют по решению суда, а не по направлению из психдиспансера. Там находятся люди на принудительном лечении.

**– А если речь идёт не о принудительном лечении по приговору суда, а о праве больного самому определять, где ему лучше – дома или в больнице?**

– Ответьте, пожалуйста, на мой вопрос. Как главный специалист Росздравнадзора я получаю жалобы на неправомерные действия сотрудников одной психиатрической больницы. Речь идёт о женщине, страдающей олигофренией, которая, попав в больницу, мыла посуду на кухне. Не знаю, работала ли она добровольно, но часто такие больные просят привлечь их к труду, чтобы чем-то заняться. Получаемую пенсию больная откладывала. Затем нашлись родственники, которые ставят вопрос о законности пребывания этой больной в психиатрической больнице. Они уговаривают её жить дома, а опеку оформляет один из родственников. Получив, как опекун, её сбережения (а накопилась немалая сумма), он их пропивает. И вот больная попадает в ужасающие условия (квартира перенаселена, там, как мне рассказывали, до сих пор земляные полы). Она теперь свободна. По закону всё было сделано правильно. Но где ей было лучше с точки зрения гуманности – в больнице с чистой постелью и трёхразовым питанием или дома? Может ли 5-летний ребёнок адекватно оценивать ситуацию? А ведь олигофрен мало чем отличается от ребёнка.

Может ли адекватно оценивать происходящее вокруг больной в состоянии бреда? Чаше всего речь идёт о больных пожилого возраста с так называемым «кухонным бредом» или «бредом коммунальных квартир». С точки зрения социальных контактов они не всегда опасны. Часто такие больные меняют квартиры, каждый раз ухудшая бытовые условия. Что с ними делать? Ведь сами они лечиться не желают. Да, были случаи торговли квартирами душевнобольных. Это вопрос нравственности, нравственной оценки. Нельзя всё вместить в законодательные акты. Да, есть врачи, которые ведут себя по отношению к своим пациентам неподобающим образом, но хочется верить, что таких меньшинство.

**– Есть ли у психиатрического сообщества рычаги воздействия на таких врачей? Ведь**

**нет у нас ни «судов чести», ни третейских судов...**

– К сожалению, нет. Это очень сложные вопросы. У нас всегда, как в известном анекдоте, есть несколько точек зрения («где два еврея, там три мнения» – Б.Л.) (смеётся).

**– Но ведь у вас есть комитет по этике...**

– В комитет по этике обращаются с теми вопросами, которые выходят на уровень судебного решения. Отменить решение суда может только суд. Обсуждать принятое судом решение непродуктивно.

**– Возвращаясь к вопросу о независимости, насколько современный психиатр может быть независим от фарминдустрии?**

– Слово «независимость» режет мне ухо. Жить в обществе и быть свободным от общества невозможно. Для меня более понятны слова «порядочный» и «непорядочный», или «чистоплотный» и «нечистоплотный». Чтобы найти объективные критерии оценки эффективности тех или иных препаратов, разрабатываются стандарты. Ориентиром служат мультицентровые двойные слепые плацебо-контролируемые испытания. Но когда психиатров спросили, что определяет назначение тех или иных лекарственных средств, наиболее частым вариантом ответа было: «Собственный опыт».

**– На съезде критиковались существующие нормативы, отводящие 15 минут на амбулаторный приём одного больного. Можно ли изменить ситуацию?**

– Надо переходить от волны возмущения к научно доказанной необходимости увеличения времени осмотра. Недавно возникли проблемы с психотропными препаратами, ужесточилась их выписка, в результате они исчезают из повседневной врачебной практики, потому что никто не хочет связываться с оформлением бумаг. Например, сейчас нет в свободном доступе бензодиазепинов, и возможность применения противотревожных и противосудорожных средств уменьшаются. Антидепрессанты, как бы нам ни хотелось, полностью это поле не закрывают. Как с этим бороться? Нужно доказывать Минздраву обоснованность или необоснованность принимаемых мер. Много ли на самом деле случаев аддикции к таким препаратам?

**– Как решается проблема доступности психотропных препаратов? Насколько осуществимы записанные в резолюции съезда призывы льготного лекарственного обеспечения больных, не имеющих группы инвалидности?**

– Надо посмотреть, каким будет финансирование. Вы же видите, как пересматриваются планы правительства...

**– Сокращается коечный фонд...**

– Его надо сокращать, но не бездумно, а разумно. Если посмотреть по регионам, там есть пустующие койки. Сейчас появилась возможность лечить наших больных в амбулаторных условиях, так же, как лечат соматических больных. Нередко причиной нахождения больного в стационаре были опасения побочных явлений при назначении старых психотропных препаратов, особенно инъекционных форм. Проблема в том, что необоснованно сократили много психотерапевтических кабинетов, ставки психологов и социальных работников. А работа психолога архиважна для ведения психически больного. Мы внедряли бригадные формы ведения больных.

Бригада включала психиатра, психолога, психотерапевта и социального работника.

**– Насколько российская психиатрия отстаёт от европейской?**

– Если говорить о научных исследованиях, то, конечно, мы отстаём. Мы немного приблизились к Европе в начале 2000-х, когда была программа «Здоровье», появились современные методы инструментальной диагностики. Что касается клинической диагностики и терапии, то здесь я не вижу особой разницы. Когда в наш институт приезжают иностранцы, они бывают приятно удивлены уровнем помощи больным и условиями их содержания. Проблема в доступности современных препаратов на амбулаторном этапе. Ведь психические больные и их семьи в социальном плане наиболее уязвимы. Инвалид, как правило, живёт на мизерную пенсию, и у него нет возможности получать необходимые препараты по страховке. На данный момент я мало верю, что эта проблема может быть решена в масштабах страны. В каких-то регионах она решается. Например, правительство Санкт-Петербурга выделяло колоссальные средства на закупку психотропных препаратов, и они были доступны нашим больным. Как будет обстоять дело в нынешних условиях, я сказать не могу.

**– Какие цели вы наметили себе на следующую пятилетку?**

– Двигаться дальше, чтобы на следующем съезде мне не стыдно было отчитываться перед моими коллегами. Мне бы хотелось, чтобы отношение к психиатрам изменилось в лучшую сторону, а слова «психушка» и «дурдом» ушли в небытие. В беседах с журналистами я нередко апеллирую к афоризму французского психиатра XVIII века Кюльера: «Как только с лица Земли исчезнет последний полунормальный человек, мир исчезнет – не от избытка разума, а от избытка посредственности». Мир движется вперёд благодаря полунормальным людям, которые видят прекрасное в обыденном и замечают то, мимо чего другие проходят. Так совершаются открытия. Психиатрия – не дефактная специальность, это не специальность людей, которые занимаются инвалидами. Как-то я разговорился со знакомой искусствоведом, которая изучает питерский авангард. «У нас каждый первый – твой клиент», – сказала она. Гениальность – это флюс. Лечить надо не от творчества. Много лет назад я был в Толедо. Экскурсовод рассказывал о голосах, которые слышал Эль Греко, находясь в трансе во время создания своих картин. «Как хорошо, что тогда не было галоперидола. Если бы он был, этих картин бы не было», – сказал стоявший рядом представитель фармкомпания.

**– Как писал Томас Манн, «важно, кто болен»...**

– Мой покойный шеф Борис Алексеевич Лебедев говорил много иначе на эту же тему. Как-то речь зашла о пожилom больном, и стали обсуждать степень снижения его интеллекта. Борис Алексеевич, который видел этого больного 20 лет назад, заметил: «Чтобы говорить о снижении, надо знать, какой у него раньше был интеллект – на полтинник или на пятачок». Подняли историю боленца, и оказалось, что снижаться было некуда: как был интеллект на пятачок, так и остался.

**Беседу вёл  
Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
доктор медицинских наук,  
корр. «МГ».**

Москва.

## Деловые встречи

# Лечить подобное подобным?

Академия проблем качества обсудила вопрос о гомеопатии

**Академия проблем качества (АПК), созданная более 20 лет назад, является добровольным объединением учёных и специалистов различного профиля, нацеленным на повышение качества жизни в России. Сейчас АПК насчитывает более 2 тыс. членов, причём более половины – это доктора наук и профессора. Медицинское отделение АПК возникло в 2002 г. Его создателем и бессменным президентом является известный московский терапевт, профессор, лауреат Государственной премии РФ, заслуженный деятель науки Игорь Бокарев.**

Дважды в год (весной и осенью) на заседаниях-сессиях отделения обсуждаются актуальные проблемы современной медицины. На последнем заседании была сделана попытка осмыслить существование гомеопатии и понять значение гомеопатического метода лечения.

Поводом послужило «Открытое письмо к врачебному сообществу» опубликованное на страницах «МГ» (см. «МГ» № 75 от 07.10.2015). Его авторы (председатель Национального совета по гомеопатии Алексей Карпеев и председатель правления Национального совета по гомеопатии Татьяна Агеева) констатировали наличие серьёзных проблем в медицинской помощи больным с хроническими формами заболеваний, когда традиционные подходы не дают желаемого результата. По их мнению, гомеопатический метод зачастую оказывается наиболее эффективным.

Ещё 20 лет назад Минздравмедпром России официально разрешил использование гомеопатического метода (приказ № 335 от 29.11.1995). Благодаря этому появились новые гомеопатические центры, активизировались научные исследования по проблемам гомеопатии. Вместе с тем в медицинском сообществе преобладает скептическое отношение к гомеопатии, вплоть до обвинений в шарлатанстве и обмане пациентов. В письме содержится призыв в объективной оценке гомеопатического метода, объединению усилий врачей аллопатов и приверженцев гомеопатии в важнейшем деле повышения эффективности лечения больных.

На заседании были заслушаны доклады авторов опубликованного в «МГ» письма, а также доцента кафедры гомеопатии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов Леонида Космодемьянского, где были представлены доказательства эффективности гомеопатического метода и объяснения возможных механизмов действия гомеопатических препаратов.

Выступающие в прениях отмечали, что на протяжении 200-летнего периода существования гомеопатии отношение к этому виду альтернативной медицины было неоднозначным. Критике подвергались основные принципы гомеопатии, сформулированные Самуилом Ганеманом, и дополнения его учеников (К.Геринг и др.), прежде всего потому, что они не соответствовали взглядам официальной медицины. В 1968 г. министр здравоохранения СССР Борис Петровский подписал приказ, запрещающий преподавать гомеопатию, издавать гомеопатическую литературу, использовать ряд гомеопатических препаратов. В нём были отменены все ранее изданные документы, регламентирующие работу врачей-гомеопатов, применение в медицинской практике гомеопатических средств.

В процессе дискуссии были затронуты современные тенденции

оценки гомеопатического метода. Ещё в сентябре 1992 г. в Италии состоялось совещание президентов и представителей европейских фармакологических обществ с целью обсудить ряд вопросов, касающихся гомеопатических препаратов. В принятом совещанием документе критически оценивались принципы гомеопатии, подчёркивалось, что гипотезы, предложенные для объяснения этих препаратов, напоминают ранние теории, часто виталистические по своему характеру, объяснявшие действие официально принятых препаратов. Указывалось на невозможность доклинических испытаний гомеопатических препаратов и проведения фармакокинетических исследований, а также на отсутствие данных токсикологических исследований, в том числе препаратов в малых разведениях.

Сведения о многоцентровых плацебоконтролируемых исследованиях в области гомеопатии ограничены и требуют дополнительной проверки. Авторы метаанализа, опубликованного в журнале The Lancet в 2005 г., пришли к выводу, что клиническая польза гомеопатических препаратов обусловлена эффектом плацебо. Комитет по науке и технологиям Британского парламента в 2010 г. издал документ о проверке доказательной базы гомеопатии. Согласно выводам комитета, принцип «лечения подобного подобным» не имеет теоретического основания, а систематическая оценка и метаанализ окончательно демонстрируют, что гомеопатические продукты «работают» не лучше плацебо.

Вместе с тем в ряде стран, где к практике гомеопатического метода допускаются только врачи и гомеопатия является одной из специальных в рамках университетского медицинского образования, метод пользуется популярностью у населения, а официальные структуры и медицинская общественность проявляют к гомеопатии лояльность (Франция, Швейцария, Болгария и др.).

Подводя итог обсуждению, председатель заседания профессор Игорь Бокарев отметил, что девиз, вынесенный в заголовок «Открытого письма» («Прав тот, кто лечит»), сомнению не подлежит. Так же как и некоторые ситуации, когда после применения гомеопатических препаратов отмечается улучшение состояния больных. Упомянув о том, как трудно приходится врачам в своей работе, имеющей целью избавить больного от страданий и удлинить его жизнь, он напомнил собравшимся известное положение академика Петра Симонова: «Наука как вид человеческой деятельности существует до тех пор, пока руководствуется презумпцией доказанного, подобно тому, как закон и право опираются на принцип презумпции невиновности». Применительно к проблеме гомеопатии в первую очередь следует получить убедительные свидетельства эффективности метода в соответствии с принципами доказательной медицины. Установить, в каких конкретных медицинских ситуациях метод «работает». И уже в последующем проводить исследования с целью выяснить, почему он «работает».

**Борис ФЕЛЬДМАН,  
офтальмолог,  
академик АПК.**

**Валерий ЧУРЮКАНОВ,  
доцент кафедры фармакологии  
Первого Московского  
государственного медицинского  
университета им. И.М. Сеченова,  
академик АПК.**

**По мере развития любой отрасли медицины и получения прогнозируемых результатов на повестку дня встают вопросы, связанные с получением эстетически безупречного результата. Пародонтология, занимающаяся заболеваниями тканей, окружающих зуб, не является исключением.**

## Бело-розовая эстетика

Визитная карточка любого человека – красивая улыбка. Однако она состоит не только из идеальных по форме и цвету зубных рядов (так называемая «белая эстетика»). Не менее актуальным являются состояние, цвет и контуры «розовой эстетики», а именно тканей пародонта.

Эстетический эффект лица не в последнюю очередь связан с взаимодействием постоянных (статических) факторов (зубы, десна) и динамических (губы, мышцы), изменениями этого соотношения в процессе функции и лечения. Десна, являясь статической границей для зуба, при физиологических условиях имеет бледно-розовый цвет, который меняется при воспалении – десна становится цианотичной при хроническом гингивите и пародонтите или красной при остром течении этих болезней полости рта.

Современные антисептические препараты и противовоспалительные средства, используемые в пародонтологии, удобные для использования в домашних условиях, оказывают терапевтический эффект, воздействуя на микробную биоплёнку. Аналогичным результатом обладают некоторые препараты для отбеливания зубов, которые меняют цвет при пародонтите.

Первым критерием прогноза лечения является тип улыбки пациента и степень визуализации десны. Tjan и Miller разработали классификацию, состоящую из трёх групп по уровню расположения линии естественной улыбки: высокая (десневая – с обнажением всех резцов и слизистой альвеолярного отростка), средняя (75-100% поверхности передних зубов и межзубные сосочки) и низкая (зубная – менее 75% поверхности передних зубов и без визуализации десны).

Это разделение определяет визуализацию проблем в пародонте. При низкой улыбке эстетическая составляющая не играет никакой роли. При средней – естественная улыбка может продемонстрировать патологические изменения на уровне десневых сосочков. При высокой – все изменения в тканях пародонта будут сопровождаться максимальными нарушениями эстетики.

Вторым критерием является биотип пародонта. Классификация, предложенная С.Оchsenbein и S.Ross (1969), условно подразделяет параметры пародонтальных тканей на 3 группы: толстый биотип (с выраженным альвеолярным отростком и толстой уплощённой десной), нормальный (со стандартным размером кости и классической формой десневого комплекса) и тонкий (истончённая альвеолярная кость, «полупрозрачная» десна с удлинёнными межзубными сосочками и выраженным фестончатым контуром).

Понимание данной классификации позволяет сделать прогноз течения воспалительных заболеваний, результата лечебных процедур. Тонкий биотип ассоциируется с высоким риском рецессии вестибулярной десны и уменьшения высоты десневых сосочков после хирургических, ортопедических и ортодонтических вмешательств. Напротив, при толстом биотипе воспаление приводит к формированию пародонтальных карманов и нередко сопровождается рецессиями десны.

Проблемы эстетического характера, проявляющиеся в пародонте, в большинстве случаев являются следствием воспалительных процессов. Эффектом успешного па-

родонтологического лечения является устранение пародонтального кармана, исчезновение отёчности десны и, как следствие, формирование послеоперационной рецессии (в случае нормального и толстого биотипа пародонта). При тонком биотипе воспалительный процесс формирует рецессию десны, минуя фазу патологического кармана.

Таким образом, эстетические нарушения тканей пародонта можно условно разделить на 3 группы:

## В клиниках и лабораториях

# Улучшая «визитную карточку» человека

## О современных подходах к эстетике и пародонтологии



воспалительные изменения (краснота, отёчность, наличие пародонтальных карманов и неравномерно резорбирующаяся кость альвеолярных отростков без обнажения эмалево-цементной границы); рецессии на фоне стабилизации, сформировавшейся в результате завершённого лечебного процесса; смешанный тип изменений (рецессии десны на фоне невылеченного или рецидивирующего воспалительного процесса).

Разнообразная клиническая картина поражений пародонта, эстетические нарушения в определённой степени обусловлены тем, что ряд деструктивных изменений пародонта модифицируются действием нарушений мягких тканей преддверия полости рта, в частности – высоким прикреплением уздечки нижней (особенно часто) и верхней губы, мелким преддверием полости рта, мощными тяжами слизистой оболочки переходной складки, короткой уздечкой языка.

Механизм деструктивного действия перечисленных факторов на пародонт иной, нежели воспалительного процесса, причём он срабатывает, когда отсутствует зона прикреплённой десны, которая гасит силы жевательных и мимических мышц и не позволяет им передаваться непосредственно на краевую десну. В таких случаях при каждом напряжении (движение губ, языка, мышц подбородка) в местах прикрепления тяжёлой происходит ишемизация, то есть нарушается питание слизистой оболочки, надкостницы и определённых участков кости альвеолярных отростков. Кроме того, механическая тяга передаётся непосредственно на десневой край, фактически отрывая его от подлежащей кости. Постоянно присутствующие в полости рта микроорганизмы именно на участке ишемии наиболее активны, поэтому фактически сочетается действие двух повреждающих факторов – механического и микробного, что обуславливает сум-

марный повреждающий эффект.

Перечисленные анатомические нарушения выявляются в подростковом и даже в детском возрасте, но разрушительный эффект их обнаруживается в основном только у взрослых.

## Методы и методики коррекции

Планируя операцию пластики преддверия полости рта и уздечки, важно верно оценить размер

корональной частью альвеолярного отростка и зубодесневой границей. Она состоит из соединительнотканного (1,07 мм) и эпителиального (0,97 мм) прикрепления.

После завершения лечения воспалительных процессов в тканях пародонта происходит стабилизация и реминерализация костного контура с формированием биологической ширины на новом уровне. Таким образом, понимание уровня костной деструкции позволяет спрогнозировать уро-

тканях. Его задача – добиться не просто снятия воспалительного процесса пародонта, а запустить процесс естественного восстановления цвета, формы и структуры десны, предотвратить убыль костной ткани.

Аутоплазму вводят локально в повреждённые ткани десны. Плазма готовится из собственной крови пациента, без добавления каких-либо химических препаратов. Процедура безболезненная, в большинстве случаев не требуется анестезии.

Результат лечения обусловлен тем, что запускаются естественные процессы восстановления тканей десны, уменьшается количество воспалительных клеток, образуется новая соединительная ткань, прорастают капилляры, а значит и улучшается кровоснабжение, обмен веществ в тканях, и происходит повышение местного иммунитета полости рта. Богатая тромбоцитами плазма – высокоэффективный биологический стимулятор процессов регенерации, содержащий в себе факторы роста в высокой концентрации, а также гормоны, белки и витамины в естественной комбинации.

Рассматривая резективные и репаративные методики, необходимо планировать участие в лечебном процессе стоматолога-ортопеда. Существует множество публикаций, описывающих хирургические вмешательства. Однако следует помнить о неизбежном рубцевании мягкотканного компонента пародонта и о моделировании биологической ширины на новом уровне при проведении любого хирургического вмешательства.

## Применяя современные возможности

Ортопед-стоматолог должен корректно использовать современные возможности материаловедения, в частности, приоритетное применение керамических реставраций на диоксиде циркония и безметалловые конструкции при высокой и средней улыбках, новые биосовместимые реставрационные материалы, что позволяет произвести воссоздание структуры восполняемых тканей и цвета реставраций, максимально приближая их к натуральным.

Внедрена в практику компьютерная программа «ИНТ 100» – современная информационная система, сочетающая возможности функционально-эстетической диагностики, имиджинга, ситуационного планирования и интерактивного общения с пациентом, способная значительно повысить клинико-экономическую эффективность лечебно-диагностического процесса.

Авторы установили, что для повышения качества эстетических стоматологических реставраций, объективности определения цвета и юридической защищённости врача необходимо широкое внедрение компьютерных методов колористического анализа и цветовой карты зуба.

При выборе регенеративных хирургических процедур следует использовать не только остеопластические материалы и мембраны направленной тканевой регенерации, которые в ходе ремоделирования также могут подвергаться рубцеванию и «усадке», но и активно применять появившиеся факторы роста, влияющие на дифференциацию полипотентных клеток.

**Лидия ДМИТРИЕВА,**  
профессор кафедры пародонтологии  
Московского государственного  
медико-стоматологического  
университета им. А.И.Евдокимова,  
доктор медицинских наук.

**Алексей ЕРОХИН,**  
профессор кафедры  
терапевтической стоматологии  
и пародонтологии Российского  
университета дружбы народов.

**Евгений ГАВРИЛОВ,**  
ассистент кафедры протезной  
стоматологических заболеваний  
Первого Московского  
государственного медицинского  
университета им. И.М.Сеченова.

вень постоперационной рецессии. Трёхмерная рентгенодиагностика (компьютерная томография) позволяет на этапе планирования лечебных процедур согласовать прогнозируемый эстетический результат и выбрать наиболее корректную методику лечения.

Методики устранения проявлений воспалительных изменений в тканях пародонта можно разделить на 3 основные группы: резективные (иссечение патологических тканей с получением десневой рецессии и необходимостью последующего ортопедического лечения), репаративные (результатом вмешательства является формирование фиброзного рубца вместо воспалённых тканей) и регенеративные (хирургические методики, направленные на воссоздание анатомической и функциональной целостности тканей с применением остеопластических материалов и мембран).

Методика направленной регенерации, на сегодняшний день, способствует созданию надёжных и прогнозируемых результатов. Её осуществляют с помощью мембран, основная функция которых – сохранение и нормальная трансформация кровяного сгустка. Со времён первых опытов техника направленной регенерации шагнула далеко вперёд. Сегодня существует большое разнообразие мембран, используемых в пародонтальной хирургии. Методику рекомендуют использовать при необходимости достижения костной регенерации.

Её преимущества: успешное формирование нового прикрепления, нет необходимости в донорской ткани, высокая предсказуемость перекрытия корня по глубине и ширине, меньшая травматичность по сравнению с предыдущими методиками, альтернатива аутоотрансплантата в том случае, если десна в области рецессии и т.д. Недостатки: техническая сложность выполнения операции, необходимость повторного вмешательства при использовании нерезорбируемых мембран, ограниченность операционной области одним или двумя зубами, высокая стоимость хирургического материала, осложнения, присущие мембранной технике (экспозиция, инфицирование и т.д.). Использовать технику направленной регенерации можно в сочетании с местными пластическими процедурами.

Плазмолифтинг в лечении пародонтита применяют сравнительно недавно. Эта методика позволяет лечить заболевания пародонта, снимать кровоточивость дёсен, устранять подвижность зубов, неприятный запах изо рта и восстанавливать жевательную функцию. Плазмолифтинг – это инъекционный метод локальной стимуляции регенеративных процессов в

## Лучший кредит

В Газпромбанке – низкие проценты и понятные правила

Известный портал Банки.ру этой весной опубликовал рейтинг потребительских кредитов для сотрудников бюджетной сферы. Лучшим был признан кредитный продукт Газпромбанка. Ключевым фактором, обеспечившим одному из крупнейших банков страны победу в рейтинге, стали низкие проценты.

Потребительский кредит в Газпромбанке могут оформить зарплатные клиенты, сотрудники бюджетных организаций и компаний, включенных Банком в соответствующую программу, а также частные клиенты, имеющие положительную кредитную историю.

На выбор клиентов в Газпромбанке представлены различные варианты объемов и сроков кредита, каждому из которых соответствует своя процентная ставка. Кроме того, можно выбрать способ погашения кредита, предоставление обеспечения, заключить договор страхования. По сути это продукт-конструктор, позволяющий подобрать условия кредитования, подходящие на любой случай.

Те, у кого уже есть потребительский кредит в другом банке, имеют возможность рефинансировать его в Газпромбанке на привлекательных условиях, в том числе с увеличением суммы.

«Газпромбанк предлагает интересные условия для надёжных заёмщиков: низкие процентные ставки, минимальный пакет необходимых документов, ускоренная процедура рассмотрения заявки, особые параметры кредита, требования к обеспечению, – сказал Первый Вице-Президент банка Валерий Серёгин. – Кредитные продукты Газпромбанка очень востребованы нашими клиентами и высоко оценены профессиональным сообществом».

Получить потребительский кредит в Газпромбанке очень просто. Для этого необходимо оформить заявку на сайте [gazprombank.ru](http://gazprombank.ru) или в любом офисе банка. Вам потребуется минимальный пакет необходимых документов.

Подробнее об условиях кредита можно узнать в офисах Газпромбанка, на [gazprombank.ru](http://gazprombank.ru) и по телефону: **8 800 100 07 01**.

«Газпромбанк» (Акционерное общество).  
Генеральная лицензия Банка России на осуществление банковских операций от 29.12.2014 № 354  
Информация не является офертой.  
Размещено на правах рекламы.

## Открытия, находки

# Новое ухо для девочки Майи

Для двухлетней американки будет напечатано новое ухо. У девочки по имени Майя Ван Муллиган было врождённое недоразвитие ушной раковины – микротия. Это нарушение встречается примерно у одного из 10 тыс. детей. До недавнего времени Майя носила специальное устройство, позволяющее ей слышать.

Специалисты из Технологического университета Куинслэнда (США) решили создать для

девочки ушную раковину, используя технологию трёхмерной печати. Сначала будет напечатан синтетический каркас, свойства которого будут сопоставимы со свойствами ушного хряща. После этого учёные планируют культивировать на нём клетки, взятые у Майи, чтобы сделать будущее ухо похожим на настоящее.

Следующий этап – объединение искусственного органа со слуховым аппаратом. Таким образом авторы смогут получить

полноценный протез для восстановления слуха. Родители девочки уверены, что это позволит улучшить качество жизни Майи. Биопротез будет установлен девочке хирургическим путём.

Университет получил грант на разработку подобных биоимплантатов, предназначенных для детей, страдающих микротией. Они надеются, что в перспективе такие протезы, индивидуальные для каждого пациента, смогут печатать в каждой больнице. Разработчики рассчитывают, что в недалёком будущем стоимость подобных протезов существенно снизится – цена искусственного уха будет сопоставима с ценой очков.

Марк ВИНТЕР.

По информации [techtimes.com](http://techtimes.com)

## Исследования

# Кальций повышает угрозу

Как показало 10-летнее исследование, высокое количество кальция в коронарных артериях увеличивает риск не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и рака, хронических заболеваний почек и хронической обструктивной болезни лёгких. К такому выводу пришли учёные после исследования с участием более 6 тыс. человек.

– Кальций в артериях является результатом кумулятивного повреждения и воспаления, – говорит Майкл Блах из Университета Дж.Хопкинса (США).

Учёные в своей научной работе использовали компьютерную томографию сердца, которая сканирует и автоматически измеряет, сколько и какой плотности кальция находится в кровеносных сосудах, питающих сердечную мышцу. Кальций в коронарных артериях является хорошо известным предиктором ишемической болезни сердца и инсульта. Риск этих заболеваний низкий, когда количество кальция равно нулю и увеличивается почти в 5 раз, если уровень кальция составляет выше 400.

В исследовании участвовало 6814 человек в возрасте от 45 до 84 лет. Через 10 лет из всех участников у 1238 человек были диагностированы заболевания лёгких, желудочно-кишечного тракта и толстой кишки, молочной

железы, кожи, крови, а также рак яичников и матки. Кроме того, у них были выявлены заболевания почек, пневмония, слабоумие и переломы бедра.

Из 710 человек с диагнозом «рак» у 68% уровень кальция в коронарных артериях был высоким. После корректировки на другие факторы учёные выяснили, что у людей с уровнем кальция более 400 на 53% повышался риск развития рака.

У 395 участников была диагностирована хроническая почечная болезнь, причём частота варьировала от 3% у участников с нулевым количеством кальция и до 13% у имевших индекс кальция более 400. Исследователи подсчитали, что у людей с высоким индексом кальция на 70% повышается риск развития заболеваний почек.

Диагноз ХОБЛ был поставлен 161 участнику. Высокий индекс кальция в 2,7 раза повышает риск её развития.

Исследователи также сообщили о том, что повышенный уровень кальция влияет на возникновение деменции и переломов костей тазобедренного сустава. Хотя авторы другого исследования заявили, что добавки кальция не снижают риск переломов у пожилых людей.

Инга КАТАРИНА.

По материалам [Journal of the American College of Cardiology](http://Journal of the American College of Cardiology).

## Ракурс

Невротические черты характера (эмоциональная неустойчивость, тревожность, низкая самооценка, раздражительность), которые ранее считались приобретёнными, могут развиться у человека в результате генетической предрасположенности. Масштабное исследование американских, британских и австралийских учёных выявило целых 9 участков генома, отвечающих за невротизм.

## И здесь гены

В отличие от невроза, признаки невротизма могут проявляться и у здорового человека. В таких случаях он оказывается неспособным эффективно управлять негативными эмоциями – страхом, тревогой, чувством вины, раздражительностью или стеснительностью. Невротические черты личности многократно увеличивают риск развития депрессии, фобий, тревожных расстройств и некоторых соматических заболеваний.

Международная группа учёных под руководством Университета Глазго (Шотландия) проанализировала данные 106 тыс. человек, собранные в трёх популяционных исследованиях. Используя личностный опросник Айзенка, специалисты оценили их личностные черты, а затем провели полномасштабный анализ для выявления полиморфизмов, связанных с невротизмом.

Борис БЕРКУТ.

По информации [likar.info](http://likar.info)

## УСТАНОВКА КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ Альфа-капсула - Alpha Oxy Spa™

// наличие РУ Росздравнадзора РФ  
// наличие декларации о соответствии  
// методические рекомендации ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России

### ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

1. Наркотическая и алкогольная зависимости:
  - реабилитационный период
  - абстинентный синдром
  - поствабстинентные расстройства
  - реабилитационный период
  - обострение патологического влечения к ПАВ
  - эмоциональные расстройства
  - постреабилитационный период
  - профилактика срывов
2. Панические, тревожные и депрессивные расстройства

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ:

- редукция вегетативных расстройств, дисфории и эмоциональной лабильности
- уменьшение степени астенизации
- уменьшение дозировок снотворных препаратов
- улучшение переносимости нейролептиков и антидепрессантов
- быстрое заживление следов от инъекций
- мягкая детоксикация (оксигипертермия)



ВНИИМИ-ГРУПП

- эксклюзивный дистрибьютор
- сервисный центр (гарантия/постгарантия)
- бесплатное обучение

Москва, Москворецкая наб., д.2а. Тел.: (495) 797-3595, факс: (495) 698-59-22  
e-mail: [vniimi@vniimi.ru](mailto:vniimi@vniimi.ru), сайт [www.vniimi.ru](http://www.vniimi.ru)

## Сообщение о проведении годового общего собрания акционеров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика»

Место нахождения акционерного общества: Москва, Фармацевтический проезд, дом 1.

**Собрание состоится 17 мая 2016 г. в 10:00.**

Годовое общее собрание акционеров проводится в форме совместного присутствия акционеров.

Место проведения годового общего собрания акционеров: Москва, Фармацевтический проезд, дом 1 (зал заседаний).

Время начала регистрации участников собрания: 9:00.

Список лиц, имеющих право на участие в годовом общем собрании акционеров, составлен на основании данных реестра акционеров общества по состоянию на 22 апреля 2016 г.

### Повестка дня годового общего собрания акционеров:

1. Утверждение годового отчёта за 2015 г.
2. Утверждение годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчётов о прибылях и убытках общества, а также распределения прибыли, в том числе выплаты (объявления) дивидендов по результатам 2015 г., а также выплаты вознаграждений членам совета директоров, связанных с выполнением ими своих обязанностей, выплаты вознаграждений членам ревизионной комиссии, связанных с выполнением ими своих обязанностей.
3. Избрание членов совета директоров общества.
4. Избрание ревизионной комиссии общества.
5. Утверждение аудитора общества на 2016 г.

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению лицам, имеющим право на участие в общем собрании акционеров при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться с 28 апреля 2016 г. в помещении ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика» по адресу: Москва, Фармацевтический проезд, дом 1 (в рабочие дни с 12:00 до 17:00).

Акционеру необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а для представителя акционера – также доверенность на право участия в годовом общем собрании акционеров.

Совет директоров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика».

## Перспективы

# Кожа из стволовых клеток

Японские биологи впервые создали полноценную искусственную кожу, используя «перепрограммированные» стволовые клетки и особые «эмбрионные тела», которые они выращивали из этих клеток.

«До настоящего времени созданию искусственной кожи препятствовало то, что подобные образцы тканей не содержали в себе важных компонентов, таких как волосные фолликулы или железы внешней секреции, без которых кожа не способна управлять тепловым режимом тела и исполнять другие функции. Наша кожа обладает всеми этими чертами, и её даже можно использовать в лабораторных тестах вместо животных», — заявил Такаси Цудзи из института RIKEN в Кобе (Япония).

Учёным института удалось успешно имплантировать в тело мыши выращенную кожную ткань. Цудзи и его коллеги смогли достичь подобного успеха благодаря особой стратегии «перепрограммирования» стволовых клеток, в рамках которой выращивали не отдельные слои кожи, а так называемое «эмбрионное тело» — своеобразное подобие зародыша, состоящее из смеси различных типов «заготовок» различных тканей.

Ключом для всех этих превращений стал ген Wnt10b, заставивший стволовые клетки превратиться в разные компоненты.

Получив несколько таких «зародышей», учёные имплантировали их в тело мышей, где эти органы начали расти и превращаться во взрослые ткани тела. Когда эти эмбрионы выросли до достаточно больших размеров, их удалили, срезали с них кожу и пересадили её на тело других мышей, кожа которых была повреждена.

Кожа полностью прижилась и обрела все черты млекопитающего покровы тела грызуна – на ней было достаточно много волосных луковиц, потовых желёз и других важных компонентов кожи, которые обычно вызывают проблемы при её выращивании.

Создание первой полноценной искусственной кожи, как отмечают учёные, открывает дорогу не только для создания первых настоящих кожных имплантатов, которые помогут спасти жизнь людям с множественными ожогами и тяжёлыми болезнями кожи, но и, к примеру, отказаться от проведения лабораторных тестов на животных, которые вызывают протест у многих людей.

Елена СЕРГЕЕВА.

По материалам [Science Advances](http://Science Advances).

В 1921 г. шахтёры, работавшие на территории современной Замбии в городе Кабве, который тогда назывался Брокен-Хилл, обнаружили череп, принадлежавший первобытному человеку. У него был покаты лоб, гигантские надбровные дуги и кариес в десяти зубах. Может быть, покойный обладатель этого черепа из числа наших пра-родителей Homo heidelbergensis (гейдельбергский человек) и умер-то как раз оттого, что не ухаживал как следует за своим ртом?

### На заре стоматологии

Ан нет! Оказывается, череп, найденный в Брокен-Хилл, – это непонятная аномалия, которой до сих пор толком не придумано никакого объяснения. У большинства людей, чьи ископаемые останки находят исследователи, во рту нет ни единого зуба, поражённого кариесом.

Как ни странно, в доисторическую эпоху нашим предкам удавалось в целом поддерживать здоровье полости рта на должном уровне, несмотря на то, что из средств гигиены у них имелись разве что простейшие зубочистки.

На самом деле кариес стал распространённой проблемой совсем недавно – около 10 тыс. лет назад, на заре неолита, когда наши предки занялись сельским хозяйством. А вскоре после этого сформировалась и относительно развитая стоматология. В течение последнего десятилетия археологи нашли подтверждения тому, что в различных культурах по всему миру умели выскабливать, вычищать и даже сверлить и пломбировать больные зубы, удаляя разложившиеся ткани. Иными словами, получается, что умение сверлить зубы появилось на несколько тысяч лет раньше письменности, цивилизации и даже колесса.

В доземледельческих общинах кариес тоже встречался, но очень редко. «Распространённость кариеса среди охотников и собирателей составляла примерно 1-5%, а среди народов, использовавших смешанные стратегии добывания пищи, – около 6-8%», – рассказывает сотрудница Нью-Йоркского университета (США) Александра Ортис.

По словам сотрудника Австралийского национального университета Марка Оксенхэма, рост распространённости кариеса впервые был зафиксирован в 1970-х годах, и довольно быстро археологи пришли к выводу о том, что это явление объясняется переходом людей на богатую углеводами пищу в результате развития сельского хозяйства.

«По-моему, осознание – или, по крайней мере, маркетинговая пропаганда того факта, что сахар вреден для зубов, тоже относится именно к этому времени. Многие археологи сделали логичный, на первый взгляд, вывод о том, что и углеводы в целом для зубов отнюдь не полезны», – отмечает Оксенхэм.

Это предположение не лишено смысла. Некоторые бактерии, обитающие во рту, такие как *Streptococcus mutans*, перерабатывают углеводы в кислоты, разрушающие зубную эмаль, – а во рту древних фермеров таких бактерий, должно быть, имелось предостаточно.

Однако Оксенхэм и некоторые другие учёные полагают, что одни-

### Открытия, находки

# В лапах древнего дантиста

Люди научились сверлить больные зубы задолго до того, как изобрели письменность и колесо



14 тыс. лет назад этот человек явно посещал дантиста

ми лишь изменениями в рационе объяснить такой повсеместный рост распространённости кариеса невозможно.

### Кариес и рацион питания

«В таких регионах, как Азия, где основной сельскохозяйственной культурой является рис, данные об изменениях в здоровье зубов и о развитии сельского хозяйства очень запутанны. Объяснить изменения в распространённости стоматологических заболеваний в Азии с помощью модели, основанной только лишь на режиме питания, никак не получается», – признаётся учёный. Возможно, что ухудшение состояния зубов связано с другим изменением, вызванным развитием сельского хозяйства, – а именно с ростом населения.

Земледельцы обычно вели оседлый образ жизни – в отличие от своих предшественников, охотников и собирателей – и могли рассчитывать на более предсказуемые источники продовольствия, чем их предки.

В древних земледельческих общинах состояние зубов у женщин было хуже, чем у мужчин.

«Я по-прежнему считаю, что воздействие произошедших в эпоху неолита перемены на здоровье женщин в целом до сих пор недооценивается», – убеждён Джеймс Уотсон, сотрудник Музея штата Аризона (США), изучавший эту взаимосвязь на примере Северной и Южной Америки.

«Мы исследовали древнеазиатские общины и обнаружили взаимосвязь между ростом рождаемости и существенным ухудшением здоровья полости рта у женщин», – сообщил он.

Так или иначе ясно: в доисторических обществах люди не стали терпеть эту боль – они начали искать способы её облегчить (и тут их можно понять). Так была изобретена стоматология.

В прошлом году сотрудник Бо-

лонского университета (Италия) Стефано Бенацци вместе со своими коллегами тщательно изучил череп взрослого мужчины, жившего 14 тыс. лет назад. Череп был найден при раскопках в Италии в конце 1980-х годов. Учёные обнаружили признаки того, что жевательная поверхность одного поражённого кариесом зуба была вычищена и выскоблена специальным инструментом – возможно, в попытке удалить разложившиеся ткани.

Под микроскопом видно, что царапины на зубе, по-видимому, были оставлены миниатюрным кремниевым лезвием – микролитом. Для того времени эта технология была относительно новой. Группа учёных даже провела серию экспериментов с зубами современных людей и инструментами, аналогичными микролиту, чтобы подтвердить гипотезу о том, что следы на зубах были оставлены именно этими тонкими инструментами.

А вот помогли ли древние стоматологи облегчить зубную боль – вопрос спорный. Так, у нашего итальянца, жившего 14 тыс. лет назад, врачеватель смог удалить только часть разложившихся тканей.

Более эффективные методы лечения появились лишь спустя несколько тысяч лет с изобретением первой бормашины.

Где она была изобретена – точно не известно, но некоторые учёные полагают, что её начали использовать на территории современного Пакистана где-то 7500-9000 лет назад. Там, на неолитическом кладбище, учёные нашли подтверждения того факта, что процедура сверления зубов подвергалась как минимум 9 человек. У всех из них на жевательной поверхности коренных зубов обнаружилось ровные отверстия диаметром 1-3 мм. У одного человека было просверлено аж 3 зуба.

Под микроскопом учёные разглядели на внутренних стенках некоторых отверстий концентрические бороздки, которые говорят

о том, что зубы были не просто тщательно выскоблены, но именно просверлены. Может показаться невероятным, что в такие древние времена людям удалось создать бормашину из самых примитивных материалов, но эта технология и в самом деле существовала.

### Меньше минуты на сверление

На то, чтобы просверлить такие отверстия, которые мы видим в зубах людей, живших 9 тыс. лет назад, уходило меньше минуты.

Некоторые коренные народы и по сей день проделывают отверстия в предметах с помощью так называемой смывковой дрели.

Этот инструмент состоит из нескольких деревянных палочек, заострённого камня и мотка верёвки. Верёвку привязывают к обоим концам гибкой палки, так что получается некое подобие небольшого лука. Затем верёвку туго обматывают вокруг второй палки, расположенной перпендикулярно к «луку». За счёт простого перемещения лука назад и вперёд вторая палка вращается, как дрель, а если приделать на конце заострённый камень, она сможет просверливать твёрдые материалы.

Конечно, неизбежно находятся люди, которые сомневаются в том, что в таких древних обществах уже было всё необходимое для сверления зубов.

«Учёные до сих пор спорят о том, использовались ли в эпоху позднего верхнего палеолита смывковые дрели, или же отверстия были выбиты (выдолблены или выскоблены)», – рассказывает Бенацци.

Помочь убедить скептиков могли бы новые подтверждения наличия подобной стоматологической практики в древних земледельческих общинах.

В прошлом году Ортис с коллегами нашли именно такие подтверждения, и уже не в Пакистане, а на другом конце земного шара – в перуанских общинах, существовавших до колонизации Латинской Америки испанцами.

Учёные исследовали останки двух человек, живших примерно 550-650 лет назад. В зубах у обоих обнаружили такие же крошечные круглые отверстия, что и в зубах, найденных в Пакистане.

«Мне кажется, для сверления использовались два инструмента: вращающаяся дрель, а затем какой-то микроскопический инструмент для выскабливания», – считает Ортис. Более того, по её словам, появляются свидетельства в пользу применения процедуры сверления и в другой перуанской культуре – ичма, существовавшей более тысячи лет назад.

### А была ли анестезия?

Возможно, в этой культуре древние зубные врачи даже применяли во время операции местное обезболивание, например, с помощью листьев коки.

«Они обычно используются в качестве анальгетика, поэтому вполне вероятно, что листья коки (либо другое лекарственное растение) применялись в целях анестезии», – рассказывает Ортис. – Особенно если учесть, что до завоевания Латинской Америки испанцами местное население очень хорошо разбиралось в традиционной медицине».

Сверление прекрасно подходит для удаления разложившихся тканей, но стоматологу необходим ещё один навык – пломбирование зуба после лечения. Как это ни удивительно, существуют подтверждения, что и зубные пломбы появились ещё в древности.

В 2012 г. сотрудник Международного центра теоретической физики в Триесте (Италия) Клаудио Тунис вместе со своими коллегами проводил испытания новой суперсовременной технологии построения трёхмерных изображений.

Одним из объектов исследования была человеческая челюсть, возраст которой составлял 6500 лет. Она была найдена около 100 лет назад в пещере у деревни Лока на территории современной Словении. Учёные заметили, что к одному из зубов прилеплено нечто необычное. Оказалось, что это кусочек пчелиного воска, такой же древний, как и сам зуб. Им было заделано отверстие в зубной эмали.

Воск оказался вполне подходящим материалом для пломбирования зубов: в нагретом состоянии он мягкий и податливый, но при температуре человеческого тела застывает. Кроме того, он обладает антибактериальными и противовоспалительными свойствами.

«По-видимому, в клык нашего человека из Локи стоит самая древняя из обнаруженных на данный момент зубных пломб, – считает Тунис. – Недавно со мной связывались из Книги рекордов Гиннеса, поскольку наша находка оказалась древнее всех зафиксированных у них. Сейчас рассматривается вопрос о том, считать ли её новым рекордом», – рассказывает он.

Сотрудники Национального исторического музея в Триесте, где хранится этот экспонат, уже убеждены в его исторической значимости.

«До 2012 г. эта челюстная кость хранилась в небольшом уголке, но теперь она стала звездой нашего музея. Ей отведено отдельное помещение, в котором также представлены наглядные материалы с результатами наших исследований», – рассказывает Тунис.

Немудрено: ведь несмотря на стремительный технический прогресс в области стоматологии, сама мысль о бормашине до сих пор наводит ужас на многих из нас.

А теперь попробуйте представить себе, что вам будут сверлить зубы инструментами эпохи неолита. Сразу становится ясно, насколько отважнее нас были наши предки.

Им не понаслышке было известно, как страшно очутиться в лапах стоматолога!

Юлия ИНИНА.

По материалам BBC Earth.

### Бывает и такое

Врачи Университетского госпиталя города Вроцлава (Польша) в течение 55 дней поддерживали жизнь в теле умершей от рака женщины, чтобы её ребёнок мог родиться. Врачи констатировали смерть мозга у 41-летней женщины, когда она была на 17-й неделе беременности.

Барбара Кроляк-Олейник, руководитель неонатального отделения

## Жизнь после смерти

больницы, говорит, что это была долгая битва. Вся семья женщины просила, чтобы врачи попытались спасти малыша. Медики приняли решение поддерживать жизненные процессы в теле умершей матери, пока ребёнок не будет готов появиться на свет. «Редко удаётся

сохранять беременность в течение такого длительного времени с такого небольшого срока», – подчеркнула Б.Кроляк-Олейник.

В январе этого года, когда ребёнку внутри умершей матери было уже 26 недель, риски стали слишком велики. Сотрудники боль-

ницы провели операцию кесарева сечения и извлекли наружу мальчика, который весил около 1 кг. Через несколько часов после этого система поддержания жизни его матери была отключена.

Сейчас малыша, который провёл 3 месяца в палате интенсивной

терапии, выписали к отцу. Ребёнок находится на искусственном вскармливании, дышит самостоятельно, никаких осложнений в его организме после такого необычного появления на свет не наблюдается. «Но мы должны быть терпеливыми и наблюдать за тем, как он растёт», – отметила Б.Кроляк-Олейник.

Алина КРАЗУЭ.

По информации medicalxpress.com

**В Чехии есть замечательный крохотный городок под названием Пршибор. В XIX веке он имел совершенно другое название, да и находился, по сути, в другом государстве. Государство называлось Австро-Венгрией, а городок – Фрайберг. 6 мая 1856 г. в этом замечательном месте с населением чуть более 5 тыс. человек родился Зигмунд Соломон Фрейд, будущий основатель теории психоанализа.**

### Читая души

Зигмунд Фрейд известен даже людям, крайне далёким от психологии, психиатрии и неврологии. О нём слышали, пожалуй, все, кому пусть редко, но приходилось соприкасаться с чем-нибудь хоть как-то связанным с психологией и психоанализом.

В современном обществе Зигмунд Фрейд часто становится объектом для юмора, всевозможной критики, но тем не менее отрицать его гигантский вклад в мировую науку вообще и медицину в частности невозможно.

Однако при всей своей гениальности и умении читать души людей, освобождая их от всяческих фобий и зависимостей, Зигмунд Фрейд не смог освободить самого себя от курения, которое впоследствии и привело его к смертельной болезни.

«Сначала мы долгое время озабочены тем, чтобы остаться живыми; затем тревожимся, как бы не умереть; в этом есть тонкое различие» З.Фрейд.

### Рядом с эвтаназией

Проблема эвтаназии была и по сей день остаётся в мире одной из актуальных. У неё есть сторонники и противники. Критерий жизни и смерти – не только медицинский, но и философский вопрос. И сейчас с различной интенсивностью данная тема горячо обсуждается многими людьми.

История медицины знает случаи, когда врачи прибегали к эвтаназии. Они, прямо или косвенно, помогли уйти в мир иной Николаю I, Г.Герингу, А.Онассису и многим другим. В плане своеобразной иллюстрации весьма показательными являются обстоятельства последних лет жизни и смерти именно Зигмунда Фрейда.

Последние 10 лет своей жизни Фрейд вёл дневник, начав его в конце 1929 г. в возрасте 73 лет и окончив за четыре недели до смерти – 23 сентября 1939 года.

Последнее десятилетие, предельно лаконично отражённое в дневнике, стало одним из самых беспокойных периодов его нелёгкой жизни. В 1938 г. после присоединения Австрии к Германии и последовавших за этим гонений на евреев со стороны нацистов положение Фрейда значительно осложнилось. После ареста дочери Анны и допроса в гестапо Фрейд принял решение покинуть Третий рейх. Однако власти не торопились выпускать его из страны и довольно долго не давали разрешения на выезд. Всё решил звонок Бенито Муссолини (Фрейд лечил одного из его близких друзей). Дуче лично попросил Адольфа Гитлера позволить Фрейду уехать. Фрейд был вынужден не только подписать благодарность гестапо «за ряд добрых услуг», но и выплатить правительству рейха «выкуп» за право покинуть Германию. В июне 1938 г. Фрейд и члены его семьи покинули Вену.

### Первые симптомы

Первые симптомы болезни, сопровождавшей Фрейда на протяжении последних 16 лет жизни, появились в феврале 1923 г., когда он обнаружил на верхней челюсти опухолевидное образование, распространяющееся на нёбо.

20 апреля 1923 г. он был проопе-

рирован профессором Маркусом Гаеком, который получил своё звание в знак признания ценности его исследований патологии носовых пазух и являлся автором нескольких известных учебников.

Операция оказалась достаточно сложной, сопровождалась обильным кровотечением, и Фрейд смог уйти домой только на следующий день. Исследование удалённой

ткань злокачественной опухоли. В тот же день была проведена резекция мягких тканей.

Зигмунд возобновил работу по-

ещё впереди. Фрейд не смог справиться со своей тягой к курению. Сигары же приводили к постоянному раздражению ротовой полости и создавали предпосылки для появления очередных новообразований. Каждый раз повреждённая область удалялась или подвергалась электрокоагуляции. Так продолжалось больше 30 раз.

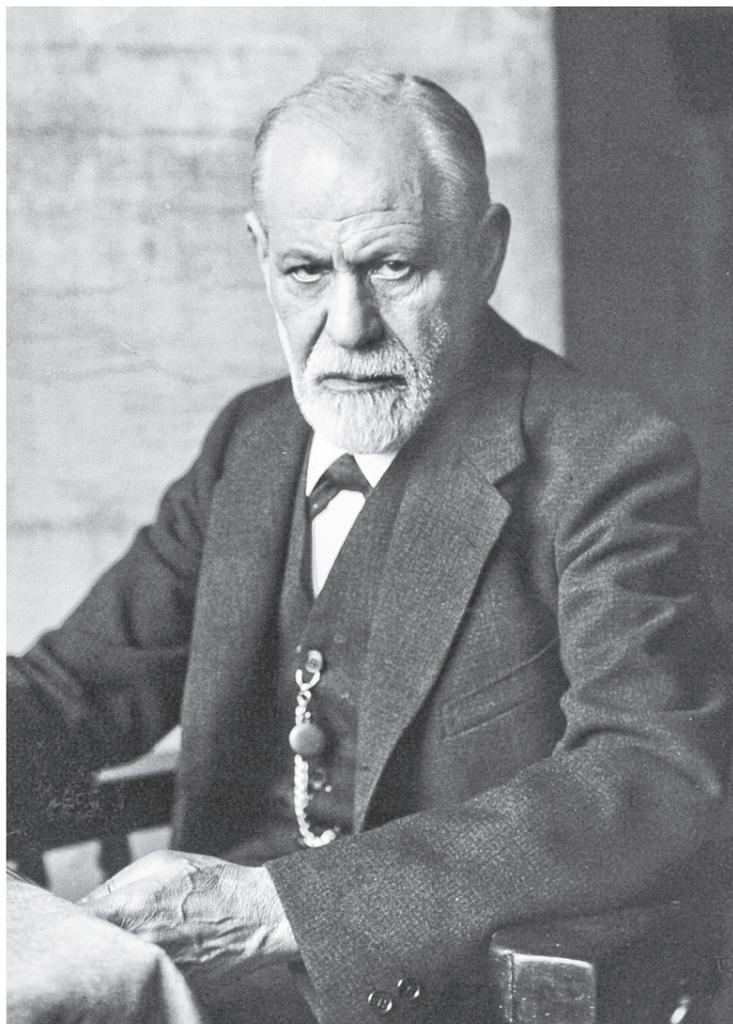
С появлением в семье Фрейдов

лением, в определённой степени эта тенденция присутствует у гораздо большего числа людей по сравнению с теми, кто воплощает её в жизнь. Как правило, нанесение самоповреждений представляет собой компромисс между этим инстинктом и противодействующими силами, и в случае осуществления самоубийства оказывается, что суицидальная

### Болезни великих

# Различия по Фрейду

6 мая 160 лет назад родился Зигмунд Фрейд



опухоли показало, что это рак, но пациенту об этом Маркус Гаек ничего не сообщил.

После установления точного диагноза Фрейд должен был прожить, по уверению врачей, не многим более 5 лет, однако благодаря своей неистребимой воле к жизни прожил гораздо больше.

4 октября 1923 г. профессором, руководителем отделения челюстно-лицевой хирургии Гансом Пихлером была проведена радикальная операция.

Операция Фрейду проводилась в два этапа с недельным перерывом. Первый этап состоял в перевязке наружной сонной артерии и удалении подчелюстных лимфоузлов, во время второго этапа была удалена верхняя челюсть, часть слизистой оболочки щеки и часть твёрдого нёба на повреждённой стороне, что соединило в одно целое носовую и ротовую полости и потребовало изготовления специального протеза. Операции проходили под местной анестезией.

### Череда операций

После второй операции Фрейд в течение нескольких дней не мог говорить, его кормление осуществлялось через зонд. Правая щека оставалась парализованной, на ночь ему делали инъекцию мор-

ффия, а в середине ночи сестра повторяла укол.

Уже в ноябре Пихлер при очередном осмотре пациента заметил изъязвлённое маленькое пятно на мягком нёбе. Биопсия показала, что в этом месте росла ткань злокачественной опухоли. В тот же день была проведена резекция мягких тканей.

Зигмунд возобновил работу по-

сле Нового, 1924 года. Внешне он почти не изменился. Он носил усы и бороду, несколько более густую, чтобы закрыть послеоперационные шрамы.

Для отделения рта от носовой полости был изготовлен протез, причинявший больному на протяжении всех последующих 16 лет исключительные неудобства. Хотя протез и обеспечивал правильный прикус и отделял носовую полость от ротовой, он вызывал раздражение, давил на нижнечелюстной сустав и приносил ужасные страдания.

С течением времени здоровье Зигмунда окрепло, и он прошёл курс лучевой терапии, но это не спасло его от дальнейших реци-

дивов.

Через некоторое время он перестал считать число перенесённых операций и электрокоагуляций. Доктор Пихлер вынужден был произвести пересадку кожи на щеке, потом с помощью диатермии удалить ещё один очаг рецидива.

Во избежание грубого рубцевания тканей протез изо рта вынимался только для гигиенических процедур. При этом как изъятие, так и установление протеза обратно требовало незаурядной ловкости. Часто для этого Фрейд прибегал к помощи оперировавшего его доктора.

Но настоящие мучения были

доктора Макса Шура многое изменилось. Он ежедневно сопровождал Зигмунда в кабинет доктора Пихлера, наблюдая за работой над протезами. Хотя Зигмунд был на 41 год старше Шура, между ними установилась дружба.

Летом 1938 г. Фрейд перенёс очередную операцию, о которой в одном из своих писем после он писал, что это была самая тяжёлая операция после радикальной первоначальной в 1923 г., что он всё ещё чувствует себя смертельно слабым и усталым и ему трудно писать и говорить.

Мучительные боли, не стихающие ни днём, ни ночью, не давали уснуть и полностью лишали какой-либо возможности работать. Со временем опухоль окончательно была признана неоперабельной. Всё лицо больного покрывали многочисленные рубцы от разрезов. Болезнь неумолимо прогрессировала, в тканях щеки образовалось сквозное отверстие.

При всей мучительности своего состояния Фрейд никогда не проявлял ни малейшего признака нетерпения или раздражительности. До самой своей смерти он узнавал окружающих, и всё его поведение свидетельствовало о чётком осознании происходящего и принятии своей дальнейшей судьбы.

### Договор пациента и доктора

21 сентября 1939 г. Фрейд сказал своему лечащему врачу: «Мой дорогой Шур, несомненно вы помните наш с вами первый разговор. Вы обещали не покидать меня, когда придёт мой срок. Теперь в моей жизни не осталось ничего, кроме бессмысленных мучений». Шур пообещал, что даст ему седативное средство. На следующее утро Шур сделал первую подкожную инъекцию морфия, а после 12 часов ночи повторил укол. Этой дозы оказалось достаточно для истощённого организма больного. По словам врача, «он впал в кому, сознание к нему больше не возвращалось». Фактически это была эвтаназия, и перед тем как писать отчёт об этом эпизоде, Шур посоветовался с юристом. Смерть наступила в 3 часа ночи 23 сентября 1939 г.

Биомедицинская этика в настоящее время переживает драматический период в своём развитии и стоит перед переходом от фактов к нормам. Может ли отдельный прецедент дать право сделать его нормой для всего общества? Согласно взглядам Зигмунда Фрейда, рассуждавшего в 1930 г. на склоне длительной и продуктивной творческой деятельности о судьбе человека, самоубийство и война представляют собой выражение инстинктивной агрессии и деструкции, которые, в свою очередь, являются взаимозаменяемыми элементами инстинкта смерти.

Не следует полагать, что само-

разрушение является редким яв-

склонность присутствовала уже давно, проявляясь с меньшей силой или в виде бессознательной и вытесняемой тенденции. Даже осознанное намерение совершить самоубийство осуществляется не сразу, а после выбора времени, способа и возможности; кроме того, бессознательное намерение не приводится в исполнение до его провокации усугубляющим фактором, играющим роль причины, отвлекающим на себя защитные механизмы человека и освобождающим намерение от их давления.

К 1910 г. Фрейд знал о самоубийстве довольно много. Он выделил ряд клинических особенностей: чувство вины за пожелание смерти другим людям, особенно, родителям; отождествление с суицидальным родителем; утрата удовлетворения, точнее, отказ от принятия утраты либидинозного удовлетворения; акт мести, особенно за утрату удовлетворения; бегство от унижения; сообщение, крик о помощи. Наконец, Фрейд признал наличие тесной связи между смертью и сексуальностью.

После 1920 г. появилась концепция инстинкта смерти, однако она получила недостаточную поддержку у психоаналитиков. Важнейшей из приведённых мыслей является открытие, что самоубийство порождается взаимодействием нескольких мотивов.

Когда в 1930 г. его мать умерла в возрасте 95 лет, Фрейд почувствовал освобождение: «Мне не разрешалось умереть, пока она была жива, а теперь это стало возможно».

Личное отношение Фрейда к смерти являлось неоднозначным и сложным во многих аспектах. «В мире реальности он был необычайно мужественным человеком, смело встречавшим беды, страдания, опасности и, наконец, смерть. Но однажды он сказал, что думает о ней ежедневно, что, конечно, нельзя назвать обычным».

Фрейд прекрасно понимал различие между философскими размышлениями об общих причинах человеческих страданий и требованиями практической жизни, связанными с осуществлением определённых действий для их облегчения. В письме Эйнштейну (1933) он отметил: «Лучший выход состоит в том, чтобы в каждом конкретном случае посвящать себя предотвращению грозящей опасности с помощью тех средств, которые есть под рукой».

Дело в том, что в первой половине XX века в некоторых странах Европы эвтаназия была вполне легальной и даже довольно популярной. Измученный тяжёлой болезнью, Фрейд попросил своего лечащего врача и друга Макса Шура помочь ему уйти из жизни.

Кирилл ОРЛОВ,  
внешт. корр. «МГ».

На литературный конкурс

Любовь ДАВЫДЕНКО

# Точный диагноз

Вы ведь понимаете, как важно для врача поставить точный диагноз. От него в прямой зависимости находятся результаты лечения: чем раньше вы диагноз установите, тем и лечение будет эффективнее.

Именно это и внушали нам на протяжении 6 лет учёбы в Смоленском медицинском институте прозорливые преподаватели. Особенно преуспевала в этом вопросе кафедра детских инфекций. Вот сыпь, например. Это не просто прыщ какой-то! «Кто» у нас морфологический элемент – папула, пустула или везикула? Какова локализация, есть ли этапность высыпания, общеклинические проявления? Чтобы поставить диагноз, вам потребуются и «базальные знания» и «клиническое мышление». Вот их в себе накапливайте и развивайте, и тогда для вас не составит труда разобраться, где корь, а где краснуха, чесотка или ветрянка, а то и вообще – аллергический дерматит.

А вот если у ребёнка понос, мы на всю жизнь запомнили, что «диагноз лежит в горшке». И ведь верно, только на основании созерцания его содержимого мне, молодому врачу, удавалось безошибочно «отделить» дизентерию от сальмонеллёза, энтеровирусную инфекцию от стафилококковой. В общем, думай и диагностируй...

Довелось мне как-то несколько месяцев поработать педиатром в городе Х. Смоленской области. То ли моих тамошних коллег не так учили, то ли они сами не так учились, но точными диагнозами они себя особенно не утруждали...

Приезжаю на вызов к ребёнку с поносом. Меня уже ждут всей семьёй у калитки, «упаковались» ехать в больницу, как требовали от них мои незадачливые предшественники. Очень удивлены и тронуты моим желанием осмотреть ребёнка. Отпирают дом, проводят внутрь как дорогого гостя. Расспрашиваю, осматриваю – в общем, всё, как учили. Доходит очередь и до горшка.... Сказать, что родители больного были удивлены – просто ничего не сказать! Когда состояние ступора прошло, хозяин семьи метнулся в соседнюю комнату и пропал на продолжительное время. Явился на «полосогнутых». В руках – изящная хрустальная рюмочка, наполненная до краёв зловонным содержимым...

Моё богатое воображение включилось мгновенно: застолье в Новый год, хозяйин или хозяйка, а скорее всего – ни о чём не подозревающий гость «вкушают» праздничный напиток из этой самой хрустальной рюмочки...

Попавшие мне под ноги коты и табуретки летели в разные стороны, а я неслась наружу, на спасительный свежий воздух, обильно орошая путь содержимым своего желудка. Такой моей реакции не ожидали так же, как и желая осмотреть содержимое горшка. Обиделись, как дети – мол, сама хотела...

Финал этой истории – уже в машине: злая на себя и чересчур учтивого отца семейства я всё же везла «диарейного» пациента в стационар.

На сей раз я не утруждала себя точным диагнозом. Москва.

Миниатюры

Александр СЕЛИВЁРСТОВ

# Жизнь коротка — искусство вечно



Цветы, озябши, съжились в газете,  
Тепло руки не согревало их.  
Они грустили о прошедшем лете,  
И силы прежние уже стихали в них.  
Они свою судьбу не проклинали,  
Что будет с ними, знали наперёд.  
Ещё когда сажали, поливали,  
Тогда предполагали, что их ждёт.  
С одним они смирились не желали,  
Когда по два их брали иногда,  
Как знак уже случившейся печали,  
А сердце тянет к радости всегда.

\* \* \*

Густая вечность, тёмно-золотая,  
Таится у неведомой черты,  
И тьма Рембрандта, пасти открывая,  
Рассматривает мир из черноты.

И смотрит исподлобья и надменно  
Живую нервной тканью из зеркал,  
Как будто для бесед, попеременно  
Для исповеди друга я искал.  
И лепит тьма предметы, ткёт пространство  
И выставляет постепенно в круга свет  
Горечь любви и холодность упрямства...  
И будто знает свой на всё ответ.

г. Владимир

**ОБ АВТОРЕ.** Александр Селивёрстов – заведующий отделом лучевой диагностики Владимирской областной клинической больницы, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ. Увлечение поэзией – составная часть души врача-диагноста.

Румын. поэт	Шюц, опера	Агал-сидаза бета	Гадание по приметам (стар.)					“Падающая башня”	<b>СКАНВОРД</b>										Дуга-стерид						Франц. нейрохирург
					Вечно. кустарник			Волнистая ткань		Южное созвездие		Акциз	Кормовой злак					Составляющая Амура	Аромат. подушечка		Философ ... Крон		Косметика		
	Муз. жанр африк. арабов		Иммунитет-мультирующее									Пролив, Н. Зеландия		Сов. космонавт		Хим. элемент	Султан Осман империи	Скопление					“Сиротки бури”, актриса		
				Башня	Грубиян		Врач			Наливное судно						Булат в Ср. Азии						“Отелло”, перс.			
	Лако-ника		Чертеж							Мясное блюдо	Барнет, фильм	Сапфирин					Нем. химик-органик	Мастер, упряжь							
					Восток			“...ведьмы”, Лермонтов						Большие весы		Вознесенский, поэма						Город, Челябин. обл.			
	Баран		Норв. горнолыжник					Костяная нога				“...рой”, Скотт													
					Мифол. птица					Островский, драма															
Автор Валерий Шаршуков			Душа в ... ушла					Киселевск, река																	