

Работают мастера

Обошлись без крови

Хотя опухоль была по-настоящему гигантской



Хирурги Ростовского научно-исследовательского онкологического института провели успешную операцию по удалению огромной опухоли у пациента из области. Вес злокачественного новообразования достигал 20 кг! Размеры – 40 x 35 см.

Липосаркома, а именно с таким видом новообразования имели дело врачи, образуется из жировой клетчатки, которая имеется в забрюшинном пространстве. Особенность развития новообразования в том, что оно быстро увеличивается в размерах. В течение года пациент замечал, что у него как-то странно увеличивается живот. Другие симптомы отсутствовали. После обращения к врачу и была назначена операция.

Операция по удалению новообразования в самом разгаре

– К счастью, опухоль не проросла в соседние органы, но была связана с сосудами, питающими толстую и тонкую кишку. Во время операции пришлось кропотливо выделять их, чтобы сохранить кровоснабжение кишечника. При этом двум ассистирующим хирургам в течение долгого времени нужно было держать 20-килограммовую опухоль на весу, – говорит оперирующий хирург, директор РНИОИ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Олег Кит. – Раньше подобные вмешательства проводились с огромной кровопотерей, но в нашем институте активно применяется электрохирургия, поэтому операция прошла практически бескровно.

Данный вид опухоли встречается как у людей почтенного возраста, так и у молодых. Лечится заболевание только хирургическим путём.

– Гигантские опухоли не редки в практике нашего отделения. Незадолго до этого нам пришлось удалять новообразование размером 30 x 35 см с кистозным компонентом объёмом 12 л, – отметил заведующий абдоминальным отделением № 1 РНИОИ кандидат медицинских наук Евгений Колесников.

Оба пациента перенесли операцию хорошо и готовятся к выписке.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Марина СТЕПАНОВА,
заведующая отделом НИИ гигиены и охраны здоровья детей, профессор:

Размещение на крышах детских садов прогулочных площадок приемлемо только для исключительных случаев.

Стр. 7



Александр КИБИТОВ,
руководитель лаборатории молекулярной генетики ФМИЦПН им. В.П.Сербского, доктор медицинских наук:

Я за то, чтобы любые генетические тесты из области психиатрии применялись только в стационаре, когда человек уже болен и имеет диагноз.

Стр. 11



Разиет НАТХО,
депутат Госдумы РФ, председатель рабочей группы по редким заболеваниям при Комитете по охране здоровья:

Возможности регионов по лекарственному обеспечению пациентов с орфанными заболеваниями исчерпаны.

Стр. 12



Тенденции

Оперативно и эффективно

В Москве создаётся сеть для оперативной и круглосуточной помощи пациентам, пострадавшим от инсульта, которая, аналогично действующей сети для перенёсших инфаркт, будет предоставлять бесплатные специализированные медицинские услуги. В частности, такая система предполагает оперативную доставку больных с инсультом в ближайшую операционную, где будет удалён тромб из сосуда головного мозга. Об этом сообщил главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессор Григорий Арутюнов.

«Для этого нужны операционные, которые смогут принимать таких пациентов в круглосуточном режиме. Сегодня в Департаменте здравоохранения приступила к работе группа специалистов по созданию инсультной сети», – сказал Г.Арутюнов. Примечательно, что, по данным соцопроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), почти у трети россиян повышен риск развития инсульта.

Г.Арутюнов также рассказал, что сеть для помощи пациентам, перенёсшим инфаркт, в столице уже работает: бесплатная оперативная помощь таким больным оказывается в 29 сосудистых центрах. «Операционные в сосудистых центрах работают круглосуточно. Есть диспетчерский центр, который направляет «скорую» с пациентом на борту в ближайший из центров. Там у него восстанавливают коронарный кровоток, ставят стент. Это так называемая инфарктная сеть Москвы», – пояснил он.

В прошлом году в Москве было проведено 18,8 тыс. операций по профилю сердечно-сосудистой хирургии. «Из городского и федерального бюджетов полностью финансируется лечение всех

больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таким пациентам бесплатно проводят операции и реабилитацию после хирургического вмешательства, а также бесплатно обеспечивают необходимыми лекарствами», – сделал акцент глава департамента.

Между тем главный столичный терапевт заметил, что в Москве один из самых низких уровней смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди регионов с похожей структурой населения. «Если в среднем по России этот показатель в апреле нынешнего года составил 643 человека на 100 тыс. населения, то в Москве – 557 человек. Это результат создания эффективной новой логики оказания скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом», – подчеркнул он.

Профессор Арутюнов также добавил, что в будущем году в симуляционном центре столичной ГКБ им. С.П.Боткина для терапевтов будет запущен курс по обучению пропаганде здорового образа жизни.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сито!

Москва.

Праздники

Семьи принимают награды

В День семьи, любви и верности вице-спикер Государственной думы РФ Александр Жуков, прибывший в Омск с рабочим визитом, и губернатор этой сибирской административной территории Виктор Назаров наградили лауреатов региональной премии «Семья года» на торжестве, уже ставшем традиционным.

Учреждённая 10 лет, эта премия присуждается главам семейств Омской области за бескорыстие, милосердие,

социальную активность, гражданское мужество, высокий профессионализм в деле, которому они служат. В номинации «Многодетная семья», например, в этом году лауреатами стали Лидия и Николай Гармс из Полтавского района Прииртышья, воспитывающие 10 детей, а лучшей приёмной семьёй признаны супруги Смагины из Таврического района, опекающие столько же мальчишек и девчонок, как родных. Чета Багровых отмечена в номинации «Преодоле-

ние» – они взяли на себя смелость поставить на ноги четырёх приёмных детей-инвалидов.

Есть в числе лауреатов премии «Семья года» и врачи. В номинации «Династия» не было конкурентов медикам-омичам Мажбич. Они, муж и жена, «волшебники в белых халатах» уже в четвёртом поколении.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Эндокринологи для детей

В Астраханской областной детской клинической больнице им. Н.Н.Силищевой состоялся «круглый стол», посвящённый актуальным вопросам оказания медицинской помощи детям с эндокринологической патологией. Под председательством главного врача больницы Арташеса Симоняна в заседании приняли участие главный детский эндокринолог Минздрава Астраханской области Ирина Абросимова, председатель Астраханского областного общественного фонда инвалидов с эндокринными заболеваниями Ольга Червоткина, врачи детских поликлиник города и родители детей, страдающих диабетом.

Основное время обсуждения на «круглом столе» было уделено помповой инсулинотерапии. Она значительно улучшает качество жизни пациентов, даёт им возможность спокойно учиться и даже заниматься спортом.

В связи с действующим законодательством установка помпы должна производиться в условиях круглосуточного пребывания пациента в стационаре, однако на осуществление этой деятельности необходима лицензия. «После открытия нового эндокринологического отделения в следующем году мы направим все силы на получение лицензии на установку помп для нашего населения. Это на сегодня для нас задача номер один!» – заверил присутствующих А.Симонян.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астрахань.

Медики справят новоселье

Администрация Южно-Сахалинска принимает весьма живое участие в решении жилищных проблем медицинских работников. Недавно мэр города Сергей Надсадин встретился с коллективом Сахалинской областной больницы, чтобы сообщить о совместных планах правительства области и администрации города в части обеспечения жильём работников сферы здравоохранения.

По данным профсоюза больницы, в жильё нуждаются около 500 сотрудников учреждения. Начальник управления жилищной политики Елена Федотова сообщила, что работа ведётся в нескольких направлениях. В 2016 г. по соглашению с региональным Министерством здравоохранения администрация города планирует приобрести 11 служебных квартир для медработников. В следующем году Агентство ипотечного кредитования Сахалинской области начнёт строительство «врачебного» дома. Городская мэрия выделила для этого земельный участок.

Кроме того, чтобы улучшить свои жилищные условия, медики могут стать участниками муниципальной программы «Обеспечение населения города Южно-Сахалинска качественным жильём на 2015-2020 гг.» В ней для различных категорий граждан предусмотрены социальные выплаты на покупку или строительство жилья, а также низкие процентные ставки в случае привлечения средств Агентства ипотечного кредитования.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

Возраст активной жизни не помеха

Подведены итоги конкурса «Активное поколение» в Сибирском и Дальневосточном федеральном округах, который проводился с целью поддержки гражданских инициатив, направленных на улучшение качества жизни людей пожилого возраста.

На конкурс поступило 158 заявок на внедрение проектов в таких сферах, как культура, туризм, медицина, социальная поддержка инвалидов. «Омские общественники стали самыми активными участниками конкурса. Омичами было подано 43 заявки. Поддержку получили 6 проектов. Это лучший результат среди регионов. Все проекты будут реализованы в этом году», – сообщила региональный координатор программы «Активное поколение», член Общественной палаты Омской области Зинаида Тикунова.

Сумма грантов для победителей конкурса «Активное поколение» – от 100 до 150 тыс. руб.

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.

Омская область.

Спасибо, доктор!

В Москве стартовал второй этап акции «Спасибо, доктор!», в рамках которой лучшие врачи столичных клиник стали «лицами» кампании наружной рекламы. Фотографии 33 медиков появились на билбордах и остановочных павильонах на крупнейших улицах города.

Как сообщают из Департамента здравоохранения Москвы, 28 из них были выбраны москвичами с помощью голосования «Лучший врач» и «Лучшая медицинская сестра» на портале «Активный гражданин», являлись победителями в отраслевых конкурсах профессионального мастерства. Голосование проводилось по инициативе Департамента здравоохранения и Комитета государственных услуг Москвы. Ещё 5 врачей – «звезды» московской медицины, руководители крупнейших столичных клиник.

Павел ГЕРБИНСКИЙ.

Москва.

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

Перспективы

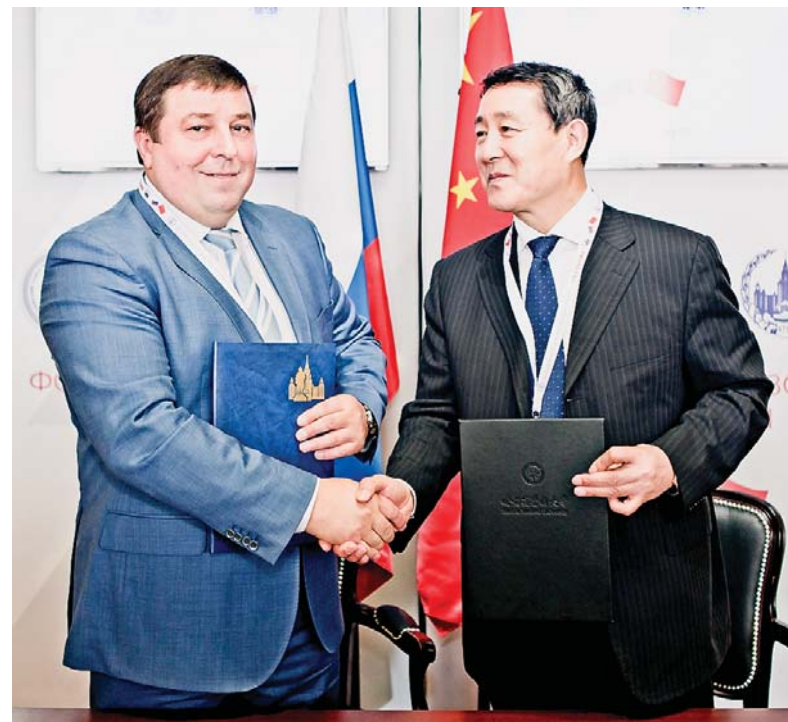
Чёткая стратегия сотрудничества

Российско-китайские проекты внушают оптимизм

Соглашение о взаимодействии в сфере развития российско-китайских проектов в области высшего медицинского образования заключено между Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова и Харбинским медицинским университетом.

Его подписали ректоры вузов Пётр Глыбочко и Ян Баофэн. Это стало одним из основных событий форума ректоров вузов России и Китая «Стратегия российско-китайского научно-образовательного сотрудничества», прошедшего в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова в рамках XVII заседания Российско-китайской комиссии по гуманитарному сотрудничеству.

«В 2014 г. на базе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова создана Российско-китайская ассоциация медицинских университетов, – прокомментировал вице-президент Российского союза ректоров П.Глыбочко. – Ассоциация успешно работает, проводятся образовательные, научные и культурные мероприятия, реализуются новые проекты – открытие российско-китайского медицинского госпиталя в Санья (Китай), Научно-практического центра традиционных медицинских систем при Первом МГМУ им. И.М.Сеченова. В современном мире высшее медицинское образование, медицина



Пётр Глыбочко и Ян Баофэн во время подписания соглашения

предполагается реализовать в 2016-2020 гг.»

Виктор Садовничий, президент Российского союза ректоров, ректор МГУ им. М.В.Ломоносова, поблагодарил Петра Глыбочко за плодотворную работу по развитию международного сотрудничества, отметил большие успехи Первого МГМУ им. И.М.Сеченова в развитии медицинского образования. Главное тому подтверждение – вступление вуза в Проект 5-100.



Торжественный момент деловой встречи

и здравоохранение требуют углублённого сотрудничества и стратегического развития. Для Китая и России необходимо создание базы для двусторонней подготовки специалистов здравоохранения, сотрудничества в трансляционной медицине и научных исследованиях в области медицины и здравоохранения. В рамках ассоциации было инициировано создание Международного российско-китайского медицинского университета, который будет готовить специалистов в сфере общественного здравоохранения, биотехнологий, традиционной китайской медицины и др. Все проекты

Во время дискуссии на форуме ректоров вузов России и Китая был затронут широкий круг вопросов российско-китайского взаимодействия в научной и образовательной сферах. Руководители вузов обсудили реализацию совместных проектов «Один пояс – один путь» и «Евразийский экономический союз», отметив, что мощным импульсом к развитию отношений двух стран стала недавняя встреча их руководителей – Президента РФ Владимира Путина и главы КНР Си Цзиньпина в Пекине.

В настоящее время 200 российских и 600 китайских вузов

уже установили партнёрские отношения по стратегически важным для двух государств направлениям, заключив между собой 900 прямых договоров. Создано 8 профильных ассоциаций российских и китайских университетов. В России учатся 25 тыс. китайских студентов, а в Китае – 17 тыс. россиян.

Одним из важнейших направлений работы форума стало создание глобального университетского рейтинга. Международные рейтинги выступают как показатель репутации университетов в глобальной конкурентной борьбе за ценнейший в мире ресурс – квалифицированные кадры.

Центральным документом форума ректоров вузов России и Китая стала Декларация о создании Ассоциации университетов Российской Федерации и Китайской Народной Республики, подписанная председателем совета Пекинского университета Чжу Шанлу и ректором МГУ им. М.В.Ломоносова В.Садовничим. Кроме того, были подписаны соглашения между профильными образовательными учреждениями России и Китая, касающиеся сотрудничества во всевозможных сферах деятельности и определяющие стратегию долгосрочного российско-китайского научно-образовательного сотрудничества. Среди них: медицинские и технические науки, языкознание, государственное управление, педагогическое образование, сельское хозяйство и транспорт. Представители студенческих спортивных организаций подписали меморандум о намерении проведения российско-китайского студенческого фестиваля зимних видов спорта. Всего было подписано 15 соглашений между вузами и научно-образовательными организациями России и КНР.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Решения

Росздравнадзор определился с проверками

В Росздравнадзоре состоялось видеоселекторное совещание с территориальными органами службы, посвящённое планированию контрольной деятельности на 2017 г. Оно прошло под председательством руководителя службы Михаила Мурашко.

«В последнее время законодательство, регулирующее контрольно-надзорную деятельность в Российской Федерации, претерпело много изменений: основной акцент сегодня делается на профилактику нарушений, снижение объёма проверок при улучшении их качества и продуктивности, – заявил М.Мурашко. – В связи с этим нам необходимо стандартизировать и структурировать функции службы и сформировать чёткий план работы, который позволит получить максимальный эффект».

Руководитель Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора Ирина Крупнова подчеркнула в своём выступлении, что в настоящее время количество выявленных нарушений, случаев привлечения к ответственности и

зыскания наложенных административных штрафов не должно рассматриваться как основной показатель результативности проведённых надзорных мероприятий. Наибольшую результативность показывают те проверки, до окончания проведения которых все выявленные нарушения устраняются объектом надзора самостоятельно, без применения мер воздействия. Также И.Крупнова обратила внимание территориальных органов Росздравнадзора на необходимость внедрения рискориентированного подхода в работе, так как «проверки организаций, которые могут быть отнесены к добросовестным и не допускающим нарушения, ведут к нерациональному использованию ресурсов контрольно-надзорного органа».

Руководитель Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора Виктор Фисенко обратил внимание присутствующих на новые полномочия Росздравнадзора, которые также необходимо внести в план проверок на 2017 г.: контроль за использованием медицинскими организациями

средств ТФОМС для финансового обеспечения дополнительного профобразования медработников по программе повышения квалификации, а также для приобретения и проведения ремонта медицинского оборудования.

В завершение совещания были озвучены основные приоритетные направления деятельности Росздравнадзора в следующем году: контроль за соблюдением прав граждан на получение медицинской помощи (в том числе скорой специализированной), педиатрической помощи и ВМП; проверки медицинских и аптечных организаций, осуществляющих назначение и отпуск наркотических средств и психотропных веществ; проверки аптечных организаций всех форм собственности в части соблюдения правил отпуска лекарственных препаратов, а также проверки производственных аптек на предмет качества изготавливаемых препаратов; проверки косметологических салонов на предмет применения незарегистрированных лекарственных препаратов и медицинских изделий; контроль за обеспечением пациентов наркотическими средствами; контроль за деятельностью салонов и магазинов, реализующих ортопедические изделия.

Кроме того, М.Мурашко подчеркнул, что в 2017 г. службой будет сделан особый упор на комплексные проверки социально значимых объектов: сетевых аптек, многопрофильных клиник, психиатрических больниц, противотуберкулёзных диспансеров, центральных районных больниц и ФАПов.

Соб. инф.

Дословно

Всё равно не удастся...

Полностью изолироваться от рынка импортных лекарственных препаратов не удастся, несмотря на активную работу по переносу производства в Россию, считает председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский.

– Вы знаете, что достаточно интенсивно сейчас работает фармпроизводство и фармпромышленность, мы многое уже сделали

– и в Ленинградской области, и в Питере, и в Нижнем Новгороде. Во Владимире открыт целый кластер, включая научную разработку и производство лекарственных препаратов. Но моё личное мнение – добиться стопроцентной изоляции от мирового рынка нам всё равно не удастся, – сказал В.Рязанский на пресс-конференции.

Как известно, Президент РФ поручил кабинету министров проработать вопрос о текущей и прогнозной потребности в лекар-

ственных препаратах для системы здравоохранения РФ, в том числе в целях импортозамещения. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила, что импортозамещение в сфере производства лекарственных препаратов резко активизировалось за последние 2 года.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Из первых уст

Система ОМС внедряет новый формат

– С 1 июля в России начал действовать институт страховых поверенных, – сообщила на днях председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко. – Его введение не потребует дополнительного финансирования, поскольку страховые компании смогут обеспечить новый раздел работы за счёт своих средств.

Порядка 500 страховых поверенных уже прошли обучение в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова. Оно проведено за счёт страховых компаний. В дальнейшем свой профессиональный уровень будут повышать специалисты различного функционального профиля: операторы контакт-центров, консультанты по правовым вопросам, врачи-эксперты. Каждый застрахованный будет определён к конкретному страховому поверенному, на которого возложат ответственность за контроль исполнения регла-

ментов медицинских профилактических мероприятий, включая диспансеризацию. Ему разрешат курировать ход лечения, а если понадобится, то предоставлять пациенту правовую поддержку. В его сфере ответственности и организация экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Сейчас реализуется первый этап введения института страховых поверенных. Для этого создаются контакт-центры при СМО по всей стране. На втором этапе, который стартует 1 января 2017 г., новые специалисты будут напоминать пациентам о необходимости прохождения диспансеризации, а также проинформируют их о графике работы медицинских учреждений. Задача страховщиков будет заключаться, в том числе, и в том, чтобы пациент соблюдал режим лечения и выполнял назначения, прописанные врачом. То есть они должны прививать застрахованным приверженность к лечению, но, конечно, делать это корректно. При этом каждый пациент будет

знать имя и телефон своего страхового поверенного.

Новый институт должен помочь перейти системе ОМС на работу по страховым принципам.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ» о перспективах внедрения лекарственного страхования, Н.Стадченко подчеркнула, что представители ФФОМС являются участниками процесса работы над законопроектом о моделях возмещения стоимости приобретённых лекарств. Очевидно, что лекарственное страхование повысит доступность лекарственного обеспечения, приведёт к повышению качества медицинской помощи.

Н.Стадченко напомнила также о пилотных проектах по лекарственному обеспечению граждан, которые реализуются и уже осуществлялись в разных регионах нашей страны.

Игорь ВЛАСОВ.

МИА Сити!

Санкт-Петербург.

Официально

Новый порядок освидетельствования

Минздравом России разработан приказ «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования лиц, подвергнутых административному аресту».

Приказом предусматривается проведение медицинского освидетельствования лиц при поступлении их в место отбывания административного ареста,

наличия у них телесных повреждений или же при ухудшении состояния здоровья в период отбывания административного ареста.

Данным нормативно-правовым актом определены объём и срок проведения такого рода освидетельствования, утверждаются формы документации.

Соб. инф.

Однако

Вот где простор для борьбы со взяточничеством!



Соб. инф.

В Саратовской области правоохранительные органы самое пристальное внимание уделяют работе медицинских учреждений.

На днях стало известно, что Ртищевским межрайонным следственным отделом Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Саратовской области завершено расследование уголовного дела по обвинению врача одной из больниц города Ртищево в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 290 УК РФ (получение должностным лицом взятки в виде иного имущества за незаконные действия), ч. 1 ст. 292 УК РФ (служебный подлог).

За сухой формулировкой обвинения скрывается следующее противоправное происшествие. 29 апреля 2016 г. врач-хирург, являясь должностным лицом, находясь в своём кабинете, лично получил взятку в виде «иного имущества» – семи упаковок тушек бройлерных цыплят от жителя Ртищево. Незаконное вознаграждение предназначалось за выдачу листа нетрудоспособности без законных оснований. Эти незаконные действия и присекли сотрудники правоохранительных органов. При этом доктор дал признательные показания и раскаялся в содеянном.

«Не вызывает сомнения тот факт, что за многолетнюю профессиональную деятельность на счету 73-летнего врача не-

мало благодарных пациентов, спасённых жизней, заслуженных наград. Но закон обязаны соблюдать все», – подчёркивает пресс-служба СУ СКР.

Буквально несколькими днями ранее Аткарским межрайонным следственным отделом СУ СКР по Саратовской области в отношении 63-летнего врача поликлиники города Аткарска возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного той же ч. 3 ст. 290 УК РФ.

21 июня 2016 г. врач-хирург поликлиники получил взятку в сумме 500 руб. за продление срока листа нетрудоспособности без установленных действующими нормативно-правовыми актами оснований. Расследование уголовного дела продолжается.

Как подчёркивает пресс-служба СУ СКР по Саратовской области, многие пациенты чистосердечно желают отблагодарить лечащего врача. «Однако законодатель определил, что за совершение данного преступления уголовная ответственность наступает вне зависимости от размера взятки или стоимости имущества, являющегося предметом взятки, вне зависимости от обстоятельств совершения преступления, характеристик, наград и возраста», – подчёркивается в информационном сообщении.

Алексей ПАПЫРИН.

МИА Сити!

Правительственная комиссия по импортозамещению рассмотрела реализацию проектов в фармацевтической и медицинской промышленности.

«Тема эта – и экономическая, и социальная, касается абсолютного большинства людей, их здоровья, поэтому главным достоинством тех препаратов, которые появляются в рамках импортозамещения, должно быть не только то, что они российские, но и то, что они эффективны, безопасны, качественные и, конечно, доступны по стоимости», – такими словами предварил заседание комиссии председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Нужно двигаться дальше

Перед заседанием глава Правительства РФ посетил Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, где ознакомился с работой детского реанимационного отделения, а также осмотрел образцы продукции медицинской промышленности, в том числе мобильный лечебно-диагностический комплекс «Мобильный кардиолог».

«Мы сейчас смотрели, как выглядит линейка медицинского оборудования, медицинской техники, так называемой тяжелой техники, расходных материалов. Впечатление двойственное – в части расходных материалов ситуация выглядит плохо, практически все они иностранные. Мы технику научились делать, а все расходные материалы закупаем в огромном количестве за границей. С учётом того, что они потребляются тоннами, это огромные расходы, и грустно на это смотреть, потому что серьёзные машины, оборудование выпускать способны, а то, что связано с качеством пластика и металла – нет, – сказал в своём выступлении Д.Медведев. – Почему я об этом говорю? Ещё когда начинался наш проект по здравоохранению (а это было 10 лет назад), мне медики говорили, что, к сожалению, все расходные материалы иностранные. Так и осталось. С этим надо что-то делать».

Россия должна развивать собственное производство, поддерживать локализацию выпуска иностранных лекарств в нашей стране, полагает Д.Медведев. В обоих секторах – производстве лекарств и выпуске медицинских изделий действуют планы мероприятий по импортозамещению. Они дополняют те меры, которые были заложены ранее в федеральную целевую программу по развитию фармацевтической и медицинской промышленности. Деньги выделяются на организацию производства, проведение клинических и доклинических исследований, они были предоставлены в прошлом году и в этом году по линии Фонда развития промышленности. Российские фармпроизводители в общей сложности получили кредиты на сумму около 3 млрд руб., производители медизделий, оборудования – около 2 млрд.

«Испытанием занимаются не только производители, но и крупные медицинские организации, включая и Бакулевский центр, потому что он не только исследовательский, но и участвует во внедрении новых методов лечения, – заметил премьер-министр. – Так поступают и другие наши крупные центры, поэтому надо и на них обратить внимание при принятии решений, связанных с распределением денег из фондов и соответствующей грантовой поддержкой».

За последние 4 года были заключены контракты на разработку технологий изготовления 132 лекарственных препаратов из перечня жизненно необходимых. По 126 разработки закончены, определены сроки их государственной регистрации и вывода на рынок. «Говорили по поводу платы

Итоги и прогнозы

Курс — на собственное производство

Как реализуются планы по импортозамещению?

за регистрацию. Какие организации этим занимаются? Надо разбираться», – считает председатель Правительства РФ.

В рамках плана мероприятий по импортозамещению в медицинской промышленности сейчас реализуется 208 проектов, больше половины из них уже завершены. В соответствии с государственной программой на эти цели направлено из бюджета 15 млрд руб. «Но поддержка и фармацевтической, и медицинской промышленности

зависит от фармацевтической и медицинской промышленности, и развития контрактного производства лекарств, и, конечно, изготовления одноразовых медицинских изделий».

Также, по словам премьера, необходимо менять практику рекомендаций лекарств, в том числе в аптеках, «чтобы людям сначала предлагали не самые дорогие лекарства, когда есть более доступные аналоги, которые приносят реальную пользу».

отечественных фармпроизводителей», – сказал Д.Мантуров. Основная поддержка импортозамещения осуществляется через субсидии в рамках госпрограммы, а также Фондом развития промышленности.

«Об эффективности данных мер поддержки говорит то, что в прошлом году объёмы продаж 17 препаратов, созданных при участии государства, в 28 раз превысили бюджетные затраты на их разработку, – отметил министр. – Российские лекарства позволяют также

программы модернизации здравоохранения и делались масштабные закупки оборудования для лечебно-профилактических учреждений».

В прошлом году, помимо роста объёмов производства на внутреннем рынке, увеличился экспорт на 16%. При этом, даже с учётом снижения курса рубля доля отечественных медизделий и оборудования оставалась достаточно стабильной, и министерство рассчитывает на её рост по мере реализации программы импортозамещения.

Действенной мерой стало, по мнению Д.Мантурова, принятие постановления Правительства РФ, устанавливающего ограничения на госзакупки изделий, которые уже производятся в нашей стране. В рамках реализации этого постановления в прошлом году с отечественными компаниями было заключено около 5300 контрактов по государственным и муниципальным закупкам суммарным объёмом около 5 млрд руб.

Кроме того, в поддержку создания новых видов продукции Правительством РФ утверждены субсидии для компенсации части затрат на клинические испытания и организацию производства отечественных медизделий. Поддержку из бюджета получили все 208 проектов плана, и к настоящему моменту 116 из них завершены. В результате в прошлом году заработало 7 новых производственных линий в разных регионах страны. За 2015 г. разработано и зарегистрировано Росздравнадзором 17 видов медицинского оборудования и изделий, которые раньше не выпускались в нашей стране. За первую половину текущего года добавилось ещё 7 позиций. В целом из 111 ключевых технологических направлений, включённых в отраслевой план, только в 2 пока ещё не представлены конкурентоспособные отечественные изделия, но работа по ним уже ведётся.

«Таким образом, практически по всей номенклатуре уже есть не менее двух российских производителей, но для дальнейшего развития технологического уровня отрасли мы предлагаем распространить действие применяемых субсидий на более широкий спектр затрат производителей, включая расходы на разработку новой продукции, – сказал глава Минпромторга. – Это не повлечёт дополнительных ассигнований, но потребует перераспределения средств в нашей отраслевой государственной программе».

В заседании комиссии приняли участие заместитель председателя Правительства РФ Аркадий Дворкович, заместитель председателя Комиссии – председатель подкомиссии по вопросам гражданских отраслей экономики; заместитель председателя Правительства РФ Дмитрий Rogozin, заместитель председателя Комиссии – председатель подкомиссии по вопросам оборонно-промышленного комплекса; министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова; руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко, руководители других министерств и ведомств, а также директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева главный кардиохирург Минздрава России Лео Бокерия.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».



Во время посещения Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева

Реализуется 595 проектов импортозамещения

«Российская фармацевтическая отрасль развивается достаточно динамично. В прошлом году производство отечественных препаратов в натуральном выражении увеличилось на 9% и за первое полугодие текущего года также составило плюс 9%. Доля российских лекарств на рынке за 1,5 года увеличилась с 24 до 28,5%. При этом объём импорта сократился на 8,5%», – доложил на заседании комиссии министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров.

По его словам, в сегменте жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов стоит задача достичь к концу текущего года 76%. По программе «Семь нозологий» в течение 1,5 лет российские предприниматели нарастили объёмы поставок с 31 до 37,5%. Увеличение доли отечественных препаратов на растущем рынке во многом является результатом выполнения программы импортозамещения, полагает глава Минпромторга. К настоящему времени реализуется по графику 595 проектов. За последние 5 лет создано 22 новых производства в таких важнейших областях, как онкология, инфекционные, сердечно-сосудистые заболевания, гемофилия и ряд других.

Сейчас две трети всех позиций номенклатуры, предусмотренной отраслевым планом импортозамещения, уже производится как минимум одной или двумя отечественными компаниями. «Значительные объёмы импорта пока сохраняются по 226 наименованиям, но в ближайшие 2 года больше половины из них будут замещены продукцией

экономить средства и рядовым потребителям, и государству. Например, только по двум препаратам – иматинибу и ритуксимабу, используемым при лечении лейкоза и лимфомы, – бюджетная экономия за год составила 6,5 млрд руб.»

Вместе с тем глава Минпромторга подчеркнул, что многие проекты импортозамещения реализуются за счёт самих компаний, заинтересованных в преференциях по госзакупкам, которые предусмотрены постановлением «третий лишний». «В этой связи считаем целесообразным передать часть средств из отраслевой госпрограммы в Фонд развития промышленности для поддержки уже на возвратной основе наиболее значимых проектов в части проведения клинических исследований за рубежом. Это также будет способствовать выводу отечественных препаратов на внешние рынки», – сказал Д.Мантуров.

По его словам, дальнейшее развитие импортозамещения фармацевтики будет сфокусировано на выпуске отечественных субстанций и создании производств полного цикла. «Они должны получить приоритетный доступ к госзакупкам, и мы сейчас завершаем формирование соответствующих критериев локализации производства лекарств, – отметил министр. – Кроме того, из средств госпрограммы активно поддерживается создание инновационных препаратов, не имеющих аналогов не только в России, но и за рубежом».

Переходя к вопросу о развитии производства медицинских изделий, Д.Мантуров отметил, что в этом секторе 80% спроса формирует государство. Пик потребления пришёлся на 2011-2012 гг., когда были реализованы региональные

Кузбасс был одной из трёх территорий России, где в начале 90-х годов начался эксперимент по переходу на бюджетно-страховую модель оказания медицинской помощи. И сегодня по многим позициям кузбасские специалисты продолжают стоять на передовых рубежах.

О том, что даёт здравоохранению региона развитие информационных технологий в системе обязательного медицинского страхования – в интервью с директором ТФОМС Кемеровской области Игорем ПАЧГИНЫМ.

– Игорь Вадимович, многие программные продукты ТФОМС Кемеровской области разрабатывал одним из первых в стране, причём по собственной инициативе, не дожидаясь указаний «сверху». Чем была продиктована такая «независимость»?

– Логикой жизни. Принципы страховой медицины Кузбасс тоже ведь начал внедрять одним из первых на постсоветском пространстве. И уже тогда, то есть почти четверть века назад, стало ясно, что без автоматизированной обработки информации дело не пойдёт – слишком много участников задействовано в системе ОМС, слишком большие массивы медицинской информации необходимо обрабатывать, предъявляются очень высокие требования к защите персональных данных и т.д. Поэтому нельзя планировать и управлять этими процессами, не видя картины в целом, не имея представления о деталях, которые могут оказаться значимыми.

Самая первая автоматизированная система управления информацией о финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций появилась в территориальном фонде в начале 90-х годов прошлого века. И за опытом в Кемеровскую область стали приезжать коллеги из других регионов.

В начале 2000-х наши ИТ-специалисты одними из первых в РФ создали программное обеспечение для формирования муниципального заказа на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы госгарантий. Этот продукт работает до сих пор. В усовершенствованном виде и под другим названием, но суть не изменилась: планирование на основании чёткого представления не только о потребностях населения в том или ином виде медицинской помощи, но и о возможностях здравоохранения по её предоставлению.

Позже, когда Кемеровская область на первом этапе не вошла в число территорий, выбранных «пилотами» для апробации модели планирования и оплаты оказанной медицинской помощи по клинко-статистическим группам, мы приняли участие в этом проекте по собственной инициативе, разработав и внедрив у себя свою модель КСГ. В настоящее время ТФОМС Кемеровской области считается одним из лидеров в данной сфере.

– Сегодня переход на КСГ завершён практически повсеместно. Тогда как централизованный расчёт стоимости оказанной медицинской помощи по-прежнему не является для регионов обязательным. В Кузбассе он был внедрён ещё лет 8 назад. В чём, на ваш взгляд, заклю-



коректность её заполнения по ряду фильтров. Прошедшие проверку реестры счетов загружаются в базу данных, не прошедшие возвращаются в медицинскую организацию с протоколом, в котором указаны ошибки. Больница может исправить их и выслать реестр снова. В назначенное время процесс приёма посылок прекращается, производится расчёт стоимости оказанной медицинской помощи, и медицинская организация, получив правильно сформированные счета, обращается с ними в страховые организации – за оплатой. В результате этих процессов формируется большой массив данных – они выложены в за-

необходимо обозначить приоритеты. Мы видим, на каких территориях диспансеризация идёт хорошо, а где возникают сбои. Отдельный повод для анализа дают нам лица старшего возраста: оказывается, они отнюдь не торопятся пройти диспансеризацию...

Наконец, особую нашу гордость вызывает информационная система управления плановой госпитализацией, которую мы начали внедрять с января 2015 г.

– Расскажите о ней подробнее.

– Создание системы было регламентировано соответствующими приказами Минздрава России и Федерального фонда

здоровья через сервис «Личный кабинет застрахованного», созданный на сайте ТФОМС Кемеровской области, или через смс-оповещения, как это принято в других отраслях.

– Какую ещё отдачу вы почувствовали от внедрения новой системы?

– Она обеспечивает всю информационную составляющую для сопровождения застрахованных страховыми компаниями в процессе оказания им медицинской помощи и даёт возможность дополнительного контроля за ходом госпитализации. Стационары видят «входящую» очередь пациентов, и если кто-то из них не является, приглашают следующего. А органы

ОМС: реальность и перспективы

Кто владеет информацией...

Управление здравоохранением требует внедрения современных технологий

чается преимущество такого подхода?

– Централизованный расчёт позволяет унифицировать информационный обмен между всеми участниками системы ОМС, помогает медицинским организациям правильно заполнять реестры счетов, выставляемых на оплату, весомо экономит им финансовые средства, и значительно ускоряет сам процесс расчётов.

Прежде, когда реестры обрабатывали страховщики, и уже постфактум эта информация приходила в территориальный фонд, мы видели, что она порой очень «грязная». Например, мужчина в возрасте 74 лет мог лечиться в отделении гинекологии, а умершая на тот момент женщина лечила карьер. Мы информировали руководителей медицинских организаций о таких казусах и о необходимости наведения порядка в документации, но по большому счёту ничего не менялось. А проверить обоснованность счёта, выставленного какой-нибудь больницей за оказанную ему помощь, вообще порой не представлялось возможным. Потому что на уровне территорий рабочие группы имели право самостоятельно устанавливать размер тарифов на медицинские услуги.

Мы предложили и реализовали централизованный расчёт стоимости медицинской помощи в масштабах области. Теперь реестры счетов изначально направляются не страховщикам, а непосредственно в территориальный фонд. И то, что не могло решиться годами, решилось в течение нескольких месяцев.

Система работает так: медицинские организации формируют реестр счетов и по защищённым каналам связи направляют его в ТФОМС. В фонде круглосуточно в автоматическом режиме работает сервер, который принимает данные посылки и проверяет полученную информацию на

крытой части сайта ТФОМС, и все медицинские организации имеют к ним доступ.

– А какие вообще информационные ресурсы разработаны к настоящему времени ТФОМС Кемеровской области?

– Прежде всего, это база данных о жителях Кемеровской области, застрахованных в системе ОМС. С одной стороны, она призвана упростить для гражданина сам процесс получения медицинской помощи. В силу разных обстоятельств он может оказаться в больнице вообще без документов. Обратившись к базе, медицинская организация сможет получить информацию о том, в какой компании застрахован пациент, а значит, и гарантию того, что оказанная данному застрахованному помощь будет оплачена из средств ОМС. Наша база данных о застрахованных хоть сегодня может быть интегрирована в общероссийскую. А в масштабах страны вопросы идентификации застрахованных актуальны даже больше, чем внутри региона. Люди мигрируют очень активно: командировки, турпоездки, сезонные работы, визиты к родственникам и т.д.

Не меньшее значение имеет и база данных об оказанной медицинской помощи всех уровней. Эта информация необходима и для сбалансированного финансового планирования, и для развития тех профилей медицинской помощи, которые в силу разных причин особенно востребованы именно сегодня. Как бы мы не согласовывали расчётные потребности с возможностями лечебных учреждений, пока мы не увидим всю картину на едином ресурсе, мы этого не поймём.

У нас создан и отдельный информационный ресурс по диспансеризации населения. Анализируя, какие заболевания выявляются чаще всего, мы понимаем, в каком направлении должна развиваться система здравоохранения региона, какие

ОМС, предписывающими страховым компаниям обеспечить информационное сопровождение граждан в процессе оказания им медицинской помощи.

Территориальным фондом разработан информационный ресурс, позволяющий в поликлинике в режиме реального времени получать информацию о наличии свободных коек по профилям (хирургических, терапевтических, гинекологических и пр.) в стационарах Кузбасса и обеспечивающий информационное взаимодействие стационаров с поликлиниками. Система имеет хороший потенциал. В том плане, что, не повышая трудозатраты врачей, даёт им возможность управлять потоками пациентов.

Как это происходит на практике? Врач амбулаторного звена, направляя пациента на плановую госпитализацию, заходит на информационный ресурс территориального фонда и видит, какая очередьность существует на сегодняшний день в стационарах различных больниц.

Допустим, пациенту необходимо лечение в неврологическом отделении и он хочет попасть в конкретную больницу. А система показывает: в данном ЛПУ очереди придётся ждать месяц. В другом – только 2 недели. А в третьем – всего 5 дней. И пациент вместе с лечащим врачом решает, хочет ли он получить плановую медицинскую помощь быстрее или готов подождать. Здесь же, на амбулаторном приёме, ему назначают предварительную дату госпитализации или консультации заведующего отделением стационара (вопрос о госпитализации в отделение хирургического профиля, например, решают именно заведующие).

– Жизнь часто корректирует планы. Как человека информируют об окончательной дате госпитализации? При его повторном обращении в поликлинику?

– Пока да. Но уже в скором времени мы планируем опове-

управления здравоохранением могут проверить, соблюдаются ли предусмотренные территориальной программой сроки плановой госпитализации. Плюс появилась возможность для развития преемственности между амбулаторным звеном и стационаром. Если пациент, который состоит в своей поликлинике на учёте с тем или иным хроническим заболеванием, попадает в стационар как экстренный, поликлиника видит и эту информацию тоже. И если руководитель заинтересован в том, чтобы повысить качество профилактической работы, он делает выводы.

В прошлом году при поддержке Управления здравоохранения мы апробировали данную систему в здравоохранении Кемерово. Сейчас распространяем этот опыт на всю область. В целом практическое здравоохранение оценивает новый ресурс позитивно. Врачи предлагают, как можно было бы ещё более усовершенствовать работу в системе, мы стараемся учитывать их пожелания. Так, из стационаров поступило предложение автоматизировать ввод дополнительной информации о госпитализируемых пациентах из регионального реестра застрахованных, чтобы не набирать её каждый раз вручную. А поликлиники попросили усилить обратную связь: выкладывать информацию о том, какую именно помощь получил во время госпитализации «их» больной.

Все эти проблемы решаемы. А в целом процесс информатизации системы обязательного медицинского страхования ещё раз подтверждает справедливость известного высказывания. В контексте нашей беседы я бы перефразировал его так: «Кто владеет информацией, тот может реально управлять развитием системы здравоохранения».

Беседу вела
Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ»

Кемерово.

– В центре уже три года работает новая команда. Что самое важное в достижениях за это время вы хотели бы назвать?

– В 2013 г. первое, с чего нужно было начинать, – это обеспечение законодательно разрешённой деятельности учреждения и его жизнеспособности: получили лицензию на оказание высокотехнологической медицинской помощи и наладили энергообеспечение, водоснабжение, газоснабжение, работу очистных сооружений, централизованного стерилизационного отделения. Вокруг центра высадили более 1000 деревьев, установили видеонаблюдение, провели озеленение дороги к центру. Одним словом, обустроились для нормальной работы и, конечно, приступили к выполнению высокотехнологичных операций. Количество проводимых вмешательств по всем направлениям увеличилось многократно.

– Я помню, что 3 года назад центр не обладал всеми возможностями, чтобы оказывать необходимую лечебную помощь из-за несоответствия его технической базы. Как изменилось положение в этом вопросе?

– Технические возможности – это в первую очередь диагностика. За 3 года нам удалось внедрить те методы, без которых вообще не может работать учреждение по профилю сердечно-сосудистой хирургии. Впервые в республике начали проводить стресс-эхокардиографию, чреспищеводную эхокардиографию. У нас налажено определение агрегации тромбоцитов, что очень важно для больных, у которых планируется стентирование коронарных артерий.

Сейчас мы нуждаемся в хорошем реанимационном блоке с обеспечением искусственной вентиляции лёгких, стабилизации работы сердца и сосудов у больных с острым коронарным синдромом, возможностью лечения больных после операции в условиях искусственного кровообращения. Я очень благодарен руководству республики за поддержку этой инициативы. Выделены средства, и сейчас реализуется модернизация реанимационного блока на 6 коек с обеспечением современным оборудованием. Надеюсь, в июле она будет завершена.

Следующий этап – модернизация операционного блока, для выполнения операций с искусственным кровообращением. После завершения этих важных преобразований мы сможем оказывать помощь нашим пациентам в большем объёме, а именно выполнять операции с искусственным кровообращением, которые в настоящее время в центре не делаются.

– Увеличение объёма оперативных вмешательств в вашем центре сказывается как-то на снижении числа пациентов, выезжающих за пределы республики за данным видом помощи, или настолько высока потребность, что этого пока незаметно?

– Это более чем заметно. Сейчас около 2 тыс. пациентов выезжают за пределы республики. Но если в прошлом году мы выполнили 516 операций по категории ВМП, то как минимум 30% мы взяли на себя.

В 2015 г. дополнительно, сверх бюджета, мы прооперировали 129 детей с врождёнными пороками сердца благодаря помощи благотворительных фондов. Это самое большое число операций, выполненных в Северо-Кавказском федеральном округе.

– Что вы можете сказать о профессиональном росте кадров? Ведь раньше наши хирурги не могли полностью самостоятельно проводить сложные операции...

За последние 3 года, то есть когда начала работу новая команда под руководством доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Османа МАХАЧЕВА, Дагестанский кардиоцентр сделал серьёзные шаги вперёд.

В 2015 г. в центре было выполнено 1065 операций на сердце и сосудах, с начала 2016 г. – уже 526 операций (за весь 2013 г. их было всего 186), из них по категории ВМП в прошлом году провели 526 вмешательств (в 2013 г. – 45), с начала этого года – уже 229. Количество коронарографий в 2015 г. выросло до 1717, тогда как в 2013 г. их делалось 943. То есть число операций за 3 года увеличилось почти в 6 раз, высокотехнологичных – в 12. Причём с нулевой летальностью.

Ориентиры

Большими шагами

Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии активно развивается

– Судите сами. Например, сегодня было выполнено 2 стентирования, 1 имплантация электрокардиостимулятора и 5 сосудистых операций – в общей сложности 9. И это обычный рабочий день. В прошлую пятницу – 9 операций, а в четверг – 13. За 2015 г. среднее количество операций в день составляло 4,3, а за 4 месяца этого года показатель уже подрос до 5,4.

Больных с патологией средней сложности мы оперируем сами, а пациентов со сложными анатомическими ситуациями мы отбираем, приезжает наш коллега из федерального центра, и вместе с ним наши сотрудники выполняют операции. На это уходит один день, когда производится 15 эндоваскулярных вмешательств, часть из которых выполняют наши сотрудники, а приглашённый коллега ассистирует. Какие-то операции, в частности реканализацию окклюзии коронарной артерии, он выполняет сам, а наши врачи ассистируют и учатся. То есть без увеличения риска для пациента врачи переходят на более высокую ступень сложности в лечении больных с ИБС.

Сейчас в отделении работают два эндоваскулярных хирурга – Физули Абасов и Азамат Мамаев. Недавно, между майскими праздниками, прооперировали 21 пациента с врождёнными пороками сердца, из них 13 детей. Эти операции главным образом были выполнены нашими сотрудниками, а приглашённые коллеги только ассистировали. Я стараюсь, чтобы врачи работали самостоятельно, никаких ограничений в самореализации нет. Они очень быстро набирают опыт.

Начиная с 2013 г. посылаем наших сотрудников для участия в различных всероссийских и международных форумах. В этом году на XX ежегодной сессии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева наш доклад «Рентгеноэндоваскулярная эмболизация яичниковых вен при варикозной болезни вен малого таза: первый опыт в Республике Дагестан» был признан лучшим стендовым докладом.

Это совместные усилия центра и кафедры сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии Дагестанской государственной медицинской академии, которая была открыта на нашей базе в апреле 2014 г.

– Ваши работники получают достойную заработную плату?

– Средняя зарплата сотрудников центра за 2015 г. составила: у врачей – 43 535 руб., выросла по сравнению с 2013 г. на 95%; у средних медработников – 23 871



Осман Махачев и Лео Бокерия

руб., рост на 27%; у младшего медперсонала – 16 760 руб., выросла на 63%. Это реальные цифры, такую зарплату они получают на банковские карты.

– Какие новые диагностические методы и операции были впервые внедрены в центре?

– В 2013 г. – стентирование коронарных артерий при ИБС, коррекция тахикардий методом радиочастотной абляции. Затем в 2014 г. мы начали проводить имплантацию двухкамерных частотно-адаптированных электрокардиостимуляторов, стентирование сонных и подключичных артерий. Тогда же впервые в округе внедрили эндоваскулярное закрытие врождённых пороков сердца (при открытом артериальном протоке и дефекте межпредсердной перегородки) с помощью окклюдера у детей и взрослых.

В 2015 г., опять же впервые в СКФО, было внедрено сразу несколько высокотехнологичных вмешательств: транскатетерная баллонная вальвулопластика клапана лёгочной артерии, эмболизация яичниковых вен при варикозной болезни вен малого таза, а также впервые в Дагестане – стентирование коронарных артерий при остром коронарном синдроме с подъёмом сегмента ST.

Впервые в республике для диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в центре стали использоваться следующие современные методы: с 2014 г. применяется стресс-эхокардиография, чреспищеводная эхокардиография, реваскуляризация миокарда с помощью ударно-волновой

терапии и определение агрегации тромбоцитов; с 2015 г. выполняются чреспищеводная стимуляция и внутрисосудистое ультразвуковое исследование коронарных артерий при ИБС (последний метод – впервые в СКФО).

Наличие ангиографической установки позволяет нам оказывать внутрисосудистые вмешательства больным, которые страдают внесердечными заболеваниями, в частности, с декабря 2015 г. больным с миомой матки проводим эмболизацию маточных артерий (за счёт средств ОМС и бесплатно для пациента). Также осуществляем эмболизацию вен яичек у больных с варикоцеле и эмболизацию яичниковых вен у пациенток с варикозным расширением вен малого таза. Таких пациентов в республике очень много.

– Я вижу у вас на столе новый сборник «Сердечно-сосудистая хирургия в Северо-Кавказском федеральном округе». Вами как главным специалистом – сердечно-сосудистым хирургом Минздрава России в СКФО проведён анализ оказания данного вида помощи в округе. Наверное, в её предоставлении немало проблем?

– В 73% учреждений СКФО оказание ВМП ограничивается лишь тремя видами. Хирургическая коррекция заболеваний сердечно-сосудистой системы в условиях искусственного кровообращения выполняется только в 3 (19%) из 16 лечебных учреждений, а количество оперативных вмешательств составляет лишь 4 на 100 тыс. населения Северо-Кавказского федерального

округа. Всё это диктует необходимость создания программы по развитию сердечно-сосудистой хирургии в СКФО.

В Дагестане за последние 3 года нам удалось изменить ситуацию к лучшему благодаря серьёзной поддержке руководства республики, в частности её главы.

– Количество оперативных вмешательств с искусственным кровообращением составляет лишь 4 на 100 тыс. населения по СКФО, а каким должен быть научно-обоснованный норматив?

– Давайте сравним цифры. В Германии за 2014 г. сделано аортокоронарных шунтирований (АКШ) 66,4 на 100 тыс. населения, операций при приобретённых пороках сердца (ППС) – 38,7, при врождённых пороках сердца (ВПС) – 7,1. В США: АКШ – 128,3, ППС – 19. В России: АКШ – 25, ППС – 8,9, ВПС – 10,6.

Поэтому при нашем показателе – 4 на 100 тыс. – это вызывает серьёзную тревогу.

Ещё что очень важно. Нам всё-таки нужно руководствоваться в оценке своей работы не собственными показателями, а быть интегрированными в систему оказания помощи по нашему профилю среди учреждений России. В справочнике Л.Бокерия, Р.Гудковой указано распределение регионов по количеству выполненных операций. Раньше, в 2013 г., мы находились в самой последней шестой группе, где выполнялось менее 100 рентгеноэндоваскулярных вмешательств. В 2014 г. мы переместились в следующую – пятую группу, а в 2015 г. мы уже в четвёртой группе по количеству выполненных операций.

– В федеральных учреждениях наряду с бесплатными широко применяются платные услуги, и они во многом развиваются, используя эти средства. В вашем центре это возможно?

– Конечно, это даёт возможность для интенсивного развития. Но мы не должны отрываться от жизни, возможностей людей. Поэтому, я считаю, что сегодня надо обеспечивать гарантированную государством бесплатную медицинскую помощь. С другой стороны, есть определённая категория людей, которая готова оплатить более комфортные условия пребывания (люкс-палаты и т.д.). Такую возможность мы им предоставляем, но вся медицинская помощь оказывается в рамках финансирования государства.

Беседу вела
Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Вряд ли кто будет оспаривать аксиому, что ежедневная прогулка на свежем воздухе служит надёжным средством укрепления здоровья, в любом возрасте, а в дошкольном особенно. Как подчёркивал известный педиатр Александр Кисель, «день, проведённый без прогулки, потерян для здоровья малыша». И это в обязательном порядке включается в режим дня детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, а проще говоря – детсады.

Раньше и сейчас

Другой вопрос, что гуляют ребята гораздо меньше, чем рекомендуют специалисты. Нормы, регламентирующие продолжительность пребывания на улице, конечно же есть, но они и раньше далеко не всегда выполнялись, а теперь, с утверждением нового СанПиНа, и вовсе стали носить не обязательный, а рекомендательный характер, позволяющий образовательной организации самой решать этот вопрос. Спросите любую мамочку, возвращающуюся со своим чадом из детского учреждения домой, достаточно ли гулял её ребёнок, большинство скажет «нет». Но дело даже не в продолжительности прогулки, а в её качестве. Правильно организованная прогулка, по мнению специалистов, может удовлетворять до 50% суточной потребности ребёнка в активных движениях.

А теперь – внимание! В последнем СанПиНе под названием «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» устранён запрет на размещение игровых площадок на крыше здания детского сада. Раньше это не разрешалось, а сейчас – пожалуйста. И вот в средствах массовой информации начали появляться сообщения о введении в строй таких детских садов. Печатные и электронные издания с восторгом информируют о новшестве. Открыт новый детский сад в подмосковном Пушкино, на крыше которого устроена детская площадка для прогулок. Подобные сооружения возведены в Санкт-Петербурге, Тюменской области, Новосибирске, Владивостоке...

Надо ли лезть на крышу

Кто-то возразит: за рубежом – в Италии, Японии, Нидерландах, других странах – детские площадки и бассейны на крышах – давнишняя практика. Но там и территория другая, и условия – тоже. Зачем России с её необъятными просторами, переменчивым климатом лезть вверх?

Справедливости ради надо сказать, что эксплуатируемые крыши в России появились ещё в XVII веке, на них устраивали цветники и сады. В Кремле было несколько таких садов. В начале XX столетия увлечение садами на крышах в Москве стало своеобразной модой. Старожилы рассказывают, что крыша 8-этажного дома на Спиридоновке в 1923 г. была приспособлена для детских игровых площадок, защищённых металлической сеткой, и долгие годы использовалась как участок детского сада. Но вскоре мода прошла и вот вновь вернулась.

«Ходим в частный детский сад. Есть отличная прогулочная площадка во дворе. Но объявили, что дети будут гулять на крыше», – пишет на одном из интернет-сайтов молодая мама из Нижнего Новгорода, усмотревшая угрозу безопасности ребёнка во время таких прогулок.

Чудны дела твои, губерния

Толчком к пересмотру существовавших санитарных правил послужила острая нехватка мест в детских садах. Одной из причин назывались «завышенные требования» санитарных правил, касающиеся в первую очередь

здания дошкольного учреждения, его планировки и, конечно же, участка. И вот жёсткие нормативы относительно размеров групповой площадки трансформированы в рекомендательные.

Новые документы рожают новые вопросы, особенно сегодня, когда столько всяких инноваций, которые не всегда имеют гигиеническое обоснование. Тем не менее они уже заявляются как оптимальные, интересные, модные.

Гигиенисты долго стояли на том, что нельзя создавать на крышах детских садов игровые площадки. Их всё же убедили, что при соблюдении определённых условий – можно. Современные технические и архитектурные возможности по-

ходимо обеспечить определённую защищённость, наличие оборудования и т.д.

– Иногда нам кажется, что если будут соблюдены все требования, ребёнок, гуляя по этой площадке, ничего, кроме неба да, может, ещё окружающих домов, не увидит. Пусть это будет площадка для спортивных занятий, когда ребёнок там находится не очень долго, – считает М.Степанова.

Один из интернет-пользователей, словно в подтверждение сказанному, продемонстрировал вид прогулочной площадки на крыше детского сада в Новосибирске: серая плитка на полу, высокое ограждение, в поле зрения ребёнка – только кусочек неба и бетон вокруг.

ений, своя игровая площадка на территории. Групповая изоляция необходима в связи с большой восприимчивостью детей до 7 лет к инфекционным заболеваниям. В то же время уже много лет функционируют детские сады, в которых питание детей организовано не в групповом помещении, а в общей для всех столовой, что является нарушением главного гигиенического принципа. Архитекторы и педагоги приводят многочисленные примеры архитектурно-планировочных решений зданий зарубежных детских садов, где подобные требования отсутствуют. Современных же гигиенических исследований, подтверждающих или опровергающих сохранение этого требования, нет.

мenduется возводить дошкольные учреждения в 2 этажа, а при высокой плотности застройки, особенно в больших городах, в 3. Вероятно, архитекторы этим бы не ограничились, устремились ещё выше. Но, слава богу, пожарные не позволяют, выступая союзниками гигиенистов детства.

Закатость детских садов (как, впрочем, и школ) в кольце многоэтажек – явление привычное для мегаполисов и... не безобидное для детей, влияющее на достаточность инсоляции и естественного света. До 1993-1994 гг. устанавливались санитарные разрывы между домами при их строительстве. Если расстояние от существующего дома до строящегося было

Острая тема

Карлсоны поневоле

Не всякое новшество имеет гигиеническое обоснование



Детский сад в тесных объятиях многоэтажек – типичная картина для мегаполиса

зволяют организовать безопасную прогулку на крыше.

Однако тем самым у ребёнка формируется представление о крыше как подходящем месте для игры на воздухе. Он привыкает, воспринимает как норму. Не исключено, что со временем ребёнок будет делать попытки без присмотра взрослых поиграть в подобном опасном месте, не предвещающем для такой цели, считают гигиенисты. Примеров, в том числе с трагическим концом, немало.

– Странно обсуждать использование в качестве рекреационной зоны крыши, учитывая просторы страны, – полагает заведующая отделом НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков доктор медицинских наук Марина Степанова. – По нашему предложению в одной из версий санитарных правил для детских дошкольных учреждений был внесён запрет, там говорилось, что мы не считаем необходимым использовать крыши для организации прогулок детей. Но со временем этот запрет исчез. Совместная с архитекторами и проектировщиками работа в какой-то степени убедила нас, что можно современными средствами обеспечить безопасность детей и даже выполнить озеленение крыш. Но, мне кажется, что такие архитектурные решения приемлемы только для исключительных случаев, когда надо построить детское учреждение, а площадей для этого не хватает. То есть в виде исключения, а не правила.

Понятно, что это дань моде, проблема больших городов, дороговизны земли. Подобные подходы, безусловно, дают экономии площади, но содержать эксплуатируемую крышу с размещением на ней игровой площадки – тоже не совсем дешёво и просто, потому что, помимо безопасности, необ-

О каком познании природы может идти речь в столь ограниченном пространстве? Никакого развития от таких прогулок не будет, – полагают родители детей. Раньше воспитатель на целый лист план прогулки составлял, намечая, чем заниматься во время неё с детьми. Прогулка включала беседы о погоде, активные и спокойные игры, посильный труд (полить цветы, убрать снежок, слепить снеговика, даже мини-огород сажали, каждый за своей грядкой ухаживал). Что даст гуляние на крыше? И вообще пробовал ли кто-то из взрослых наклониться до уровня малыша, чтобы взглянуть вокруг с его позиций? Кроме того, оторванность от земли формирует высотную точку зрения. Дети теряют чувство реальности.

Обеспечивая безопасность, можно, конечно, установить специальные ограждения, пропускающие солнце, но, помимо этого, нужно ещё позаботиться и о безопасном выходе на крышу.

К тому же на крышах нередки – ветер, сквозняки, и уберечь от простуды детей будет непросто.

Сдаём позиции, сдаём...

Как бы ни были важны требования педагогов и архитекторов, архитектурная среда должна обеспечивать оптимальные условия не только для обучения, но и для сохранения и укрепления здоровья, считают гигиенисты. Детские сады должны иметь достаточно места для сна и игр, двигательной активности на улице и, конечно, внутри помещений.

По словам М.Степановой, для нового строительства зданий детских садов санитарными правилами сохранён принцип групповой изоляции, когда для каждой детской группы имеется свой набор поме-

– Сегодня мы, к сожалению, слабо вооружены научными разработками, которые дают нам основание отвергать или поддерживать какие-то инициативы, – заметила на одной из научно-практических конференций М.Степанова.

Создание условий для реализации двигательной активности гигиенисты относят к главным условиям полноценного развития детей. Гигиеническая экспертиза, проведённая специалистами НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, проектов зданий детских садов, построенных 3 года назад в Москве и предлагаемых в качестве перспективных для последующего тиражирования, показала, что доминирующее место в групповых помещениях занимали столы для приёма пищи в форме цветика-семицветика или ромашки. Свой вклад в сокращение свободного пространства групповой вносили также стационарные игровые комплексы, расставленные по периметру помещения. Замеры свободного пространства в групповых подтвердили, что его размеры поразительно малы: от 8,5 до 12 м², и реализация столь необходимой для детей производственной двигательной активности практически невозможна.

Зарубежный опыт показывает, что в европейских детских садах архитекторы стараются увеличить помещения непосредственно для детей, сокращают лишь подсобки. В России же стремятся уменьшить объёмы помещений и на тех же площадях разместить больше детей. А возводя новые детские дошкольные учреждения (ДДУ), сводят к минимуму размеры групповых площадок для прогулок, повышают этажность детсадов, руководствуясь принципом: меньше затрат при большей вместимости.

В санитарных правилах реко-

две высоты нового дома, то этот разрыв считался достаточным и не проверялись такие параметры, как инсоляция, естественный свет. Но после «лихих» 90-х эти установки были сняты. И сейчас, по существу, остаются два фактора, которые регламентируют разрывы: достаточность инсоляции и достаточность естественного света. Градостроители и на них покушаются, считая гигиенические нормативы завышенными. Гигиенисты пытаются защитить свою точку зрения.

– По инсоляции мы можем допустить вместо 3 часов инсолированности по территории не меньше 2 часов. С изменением климата и на открытом пространстве можно пойти на это снижение, что тоже приведёт к экономии площади, – полагает заведующая отделом гигиенического нормирования и экспертизы НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Любовь Текшева. – А вот что касается инсоляции внутри помещений, то мы и так находимся уже на грани минимума «минимума», когда критерии бактерицидности и психологические факторы солнца ещё работают.

Жаркие дискуссии возникли и вокруг вентиляции. Требования о сквозном естественном проветривании групповых помещений, которое записано в санитарных правилах, с точки зрения архитекторов затрудняет компактную планировку здания, и рекомендуемый режим сквозного проветривания трудновыполним. Они считают, что если создаётся механическая вентиляция пищеблоков, бассейнов, спортзалов, то механическую вентиляцию можно использовать и в групповых помещениях. Проектировщики, строители стремятся удешевить возведение зданий. Их мало беспокоят последствия эксплуатации тех же детских садов. Гигиенисты сопротивляются. Но под напором градостроителей уступают. А расплачиваться здоровьем будут дети.

Словом, появившиеся веяния в строительстве детских дошкольных учреждений вызывают много вопросов. Сейчас готовится к утверждению новый свод правил, регулирующий проектирование и строительство детских садов, одним из основополагающих моментов которого является экономичность проектов. На ком экономим? На детях?

Понятно, что жизнь течёт, многое меняется, и отрицать все новшества бессмысленно. Надо подходить к ним взвешенно. Но, сдавая позиции одну за другой, мы рискуем здоровьем подрастающего поколения.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 49 (1988)

Доброкачественные заболевания гортани, по определению Hollinger (1951), – это любое объёмное образование в гортани, не имеющее свойства озлокачествления. Но при этом они напрямую влияют на такой важный для качества жизни показатель, как качество голоса.

Общими для этих опухолей являются «три нет»: они не инфильтрируют окружающие ткани, не метастазируют, не рецидивируют после удаления. Однако клиническая практика показывает, что тем не менее в гортани встречаются опухоли, доброкачественные по гистологическому строению, но рецидивирующие после удаления.

Предраковое заболевание, предраковое состояние, или предрак гортани – понятие собирательное, так как оно включает несколько нозологических форм.

Изучение предракового состояния заслуживает большого внимания, оставаясь чрезвычайно важной проблемой в оториноларингологии. Своевременное выявление предракового процесса может предрешать развитие злокачественного образования и, в некоторой степени, объясняет причины, условия возникновения и роста опухолей гортани.

В вопросах терминологии предопухолевых заболеваний гортани наблюдаются определённые сложности. Укоренившиеся ошибочные положения полностью не пересмотрены. Некоторые патологоанатомы возражают против термина «предрак» с точки зрения морфологии, но, как справедливо замечает А.Кожевников, «они не могут поколебать большого клинического значения этого понятия». Вопросы малигнизации предраковых заболеваний гортани и диагностика раннего рака гортани ещё не решены.

По данным О.Черемисиной и Е.Чайнозова (2006), диагностические ошибки на догоспитальном уровне продолжают составлять 30-35% случаев, а у госпитализированных пациентов – 22,4-35%. Pak in situ выявляется только в 2,3-6% случаев, I стадия процесса – в 23,9%, а III-IV стадии заболевания составляют 55-60% от первично выявленных опухолей гортани. Ошибочная диагностическая тактика приводит к длительному (от 2 до 8 месяцев) неадекватному ведению больных с предраком и ранним раком гортани.

Классификация
Важно различать доброкачественные и опухолеподобные заболевания гортани. К первым относятся опухоли:

1. Эпителиальные (аденомы, аденолимфомы).
2. Соединительнотканые (фиброма, ангиома, хондрома, липома, фибропапиллома).
3. Неврогенные (невринома и нейрофиброма).
4. Миогенные.

Ко второй группе наиболее часто относят:
1. Голосовые узелки и полипы (встречается менее чем у 1% населения, соотношение мужчин и женщин 2 : 1).
2. Отёк Рейнке (2,5-3% от всех доброкачественных заболеваний гортани).
3. Амилоидоз гортани (встречается крайне редко, менее 1% от всех доброкачественных заболеваний гортани).
4. Кисты и гранулёмы (контактные и интубационные).

По классификации ВОЗ (2003), предраковые заболеваая гортани делятся на две большие группы: облигатный и факультативный предрак.

Облигатные предраковые заболевания гортани – это заболевания, с течением времени обязательно переходящие в злокачественное заболевание гортани. К ним относятся: хронический гиперпластический ларингит, дискератозы (лейкоплаксия, лейкокератоз, пахидермия и т.д.), папилломатоз гортани (в зависимости от типа вируса).

Факультативные предраковые заболевания гортани – заболевания, малигнизация которых возможна, но не является обязательной. К ним относятся: гранулёма, рубцовые изменения гортани. Особое внимание следует обратить на случаи, когда заболевание сопровождается дисплазией слизистой оболочки (т.е. цитологическими и структурными изменениями эпителия). В настоящее время имеется три наиболее широко применяемые классификации изменений многослойного плоского эпителия гортани (см. табл.).

Диагноз и план обследования (клиническое обследование, лабораторная диа-

гностика, неинвазивные и инвазивные диагностические процедуры, определение групп риска, скрининг (если предусмотрен), экономические аспекты (если предусмотрено).

Клиника
Основной жалобой и главной причиной обращения к врачу является стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, редко – кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания.

Доброкачественные и предраковые заболевания гортани

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Диагностика Анамнез

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

Физикальное исследование
При физикальном исследовании больного хроническим ларингитом следует обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации. При напряжённой фонации отчётливо видно напряжение наружных мышц шеи. Оцениваются регионарные лимфоузлы, их увеличение может свидетельствовать о перерождении предракового процесса. В плане оценки голосовой функции кроме субъективной оценки качества голоса оценивают качество артикуляции и индивидуальные особенности речи.

Лабораторные исследования
Комплексное общеклиническое обследование больного с доброкачественным новообразованием гортани с привлечением врачей других специальностей (гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, невролога, ревматолога, инфекциониста, дерматолога и др.) проводится для выяснения этиологических факторов развития процесса и сопутствующей патологии.

Основным методом дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований гортани является гистологическое исследование. Взятие биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии оториноларингологом, врачом-эндоскопистом или онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. При обследовании пациента со специфическим процессом требуются дополнительные методы диагностики основного заболевания. Гистологическое исследование в этих случаях не всегда информативно.

Инструментальные исследования
Основные методы обследования:
1. Непрямая микроларингоскопия.
2. Фиброларингоскопия.
3. Прямая микроларингоскопия.
4. Электронная стробоскопия.

Основным методом диагностики доброкачественных и предраковых заболеваний является ларингоскопия (уровень доказательности А). При этом абсолютное предпочтение следует отдавать проведению микроларингоскопии, которая может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра гортани с использованием микроскопов, бинокулярных луп или применения эндоскопической техники. Оптимально, если осмотр будет

записан на видеоноситель, так как это даст возможность осуществлять полноценное наблюдение за пациентом с предраковым процессом. Если возможности провести микроларингоскопию нет, пациента следует отправлять на консультацию в те учреждения, где этот способ диагностики существует.

Для лучшей визуализации границ и характера дисплазии используется также NBI-эндоскопия, контактная и аутофлюоресцентная эндоскопия. Окончательная диагностика осуществляется при исследовании биоптата.

При необходимости проводят дополнительные методы исследования:

1. Оценка голосовой и дыхательной функции (позволяет документировать изменения голоса, однако в дифференциальной диагностике имеет небольшое значение, но помогает на более поздних сроках терапии для определения качества и характера фонации каждого конкретного пациента с целью по-

за лицами, находящимися в группе риска. Вопрос диагностики онкозаболевания гортани по исследованию онкомаркёров на сегодняшний день до конца не изучен. Чаще всего используются общие онкомаркёры не столько для диагностики рака гортани, сколько для мониторинга в процессе лечения.

Самое большое значение в окончательной дифференциальной диагностике ракового заболевания имеет оценка всей клинической картины заболевания.

Показания к консультации других специалистов

Для выявления этиопатогенетических факторов развития воспалительного процесса в гортани показана консультация гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, ревматолога и фтизиатра.

Пример формулировки диагноза
Фиброма левой голосовой складки.

Классификация изменений многослойного плоского эпителия гортани

Классификация ВОЗ (2005)	Ларингеальная интраэпителиальная неоплазия плоскоклеточного эпителия (ЛИН) Париж, 2005	Люблянская классификация плоскоклеточных интраэпителиальных нарушений
Плоскоклеточная гиперплазия	–	Простая гиперплазия
Слабая дисплазия – дисплазия 1-й степени	ЛИН 1	Гиперплазия базальных-парабазальных клеток
Умеренная дисплазия – дисплазия 2-й степени	ЛИН 2	Атипичная гиперплазия I-II (эпителий риска)
Выраженная дисплазия – дисплазия 3-й степени	ЛИН 3	Атипичная гиперплазия II-III степени (эпителий риска)
Pak in situ	ЛИН 3	Pak in situ

строения правильной системы голосовосстановительного лечения).

2. Рентгенологическое исследование, КТ, МРТ (с целью дифференциальной диагностики со злокачественным процессом). Показанием к компьютерной томографии гортани или мультиспиральной компьютерной томографии гортани с контрастированием в сосудистом режиме является длительно текущий гиперпластический ларингит, подозрение на эндофитное новообразование гортани (уровень доказательности А).

3. Люминесцентный анализ.
4. Морфо-цито-гистологическое исследование (основной метод дифференциальной диагностики).

5. Гистохимическое исследование (при редких формах доброкачественных новообразований гортани позволяет точно верифицировать процесс).

6. При подозрении на эндофитное образование возможно так же проведение УЗИ гортани.

Дифференциальная диагностика

Осуществляется в первую очередь с раком гортани. При раке наблюдается картина образования с неровными контурами, покрытого изменённой слизистой, часто – с отложениями фибрина. При КТ или МРТ гортани может наблюдаться картина распространения процесса на голосовые мышцы и хрящ.

Основным критерием дифференциальной диагностики является гистологическое исследование.

В группе риска находятся:

1. Пациенты, страдающие рецидивирующими инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, патологией желудочно-кишечного тракта, особенно гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

2. Пациенты, злоупотребляющие табакокурением и алкоголем.

3. Лица, имеющие контакт с пылью, красками, тяжёлыми металлами, повышенными температурами.

Скрининг предраковых заболеваний гортани подразумевает диспансерное наблюдение

Лечение
Целью лечения является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.

Показания к госпитализации
Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

Немедикаментозное лечение
Большое значение при лечении доброкачественных заболеваний гортани имеет ограничение голосовой нагрузки, при этом шепотная речь запрещена. Необходимо создание условий для формирования физиологического типа фонации. В тех случаях, когда напряжённая фонация является одним из этиопатогенетических факторов, а также при наличии расстройства после хирургического вмешательства или в исходе воспаления показана фонопедия. Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет отказ от курения. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

Медикаментозное лечение

Общим принципом медикаментозного лечения является проведение курсов противовоспалительной терапии в до- и послеоперационном периоде, а также этиопатогенетическая терапия при папилломатозе гортани. Кроме этого большое внимание следует уделять лечению гастроэнтерологической патологии, в особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (**уровень доказательности А**). Следует помнить о необходимости проведения симптоматической терапии для улучшения состояния слизистой оболочки полости рта и гортани у пациентов с хроническими заболеваниями лёгких, особенно получающих топические кортикостероиды. Этим целям может служить ингаляционная терапия минеральными водами.

Голосовосстановительное лечение необходимо для формирования правильных

навыков фонации, снятия эффекта твёрдой атаки, которая является хронической травмой и провоцирует прогрессирование всех предраковых заболеваний гортани, а также с целью улучшения голосовой функции при изменившемся клинико-функциональном состоянии гортани на фоне основного заболевания (**уровень доказательности А**).

Курсы консервативной терапии должны быть регулярными в соответствии с клинической картиной заболевания в каждом конкретном случае. Следует также уделять особое внимание лечению этой категории пациентов при острых инфекциях верхних дыхательных путей, усиливая традиционную консервативную терапию ОРВИ применением противовоспалительной терапии, направленной на элиминацию воспаления слизистой оболочки гортани.

Ведущее место в послеоперационном лечении занимает ингаляционная терапия. Для ингаляций применяют антибактериальные препараты, муколитические, гормональные средства, растительные препараты с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также минеральную воду. Выбор препарата для ингаляции зависит от формы воспаления: при преобладании отёка – кортикостероиды; при выраженном воспалении – антисептики, антимикотические препараты. Ингаляции антибиотиками на сегодняшний день не проводятся.

Ингаляционную процедуру лучше начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или

антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения – не более 10 дней.

С целью создания условий для физиологической фонации и увлажнения слизистой оболочки ингаляции с минеральной водой можно назначать по 4 раза в сутки, длительность такой ингаляции может составлять 5-10 минут. Курс может составлять до 1 месяца (**уровень доказательности: мнение экспертов**).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение делится на две группы:

1. Удаление образований «холодным» микроинструментом (щипчики, выкусыватели, шейвер и т.д.). К преимуществам этого метода относятся относительная дешевизна, возможность использования под местной анестезией. К недостаткам можно отнести недостаточный контроль за объёмом удаляемой ткани, что может привести как к повреждению голосовой связки и необратимому изменению голоса, так и к неполному удалению изменённых тканей.

2. Удаление образования с использованием различного типа лазеров (диодные лазеры, СО₂-лазер, PDL- и KTP-лазеры, NdYag-лазер и т.д.).

Целью хирургического лечения предракового заболевания является проведение гистологического исследования для верификации диагноза и/или одновременное удаление образования, изменённых участков слизистой оболочки гортани. Подробно хи-

рургическое лечение каждого из предраковых заболеваний описано в соответствующих клинических рекомендациях (**уровень доказательности В**).

Существуют определённые требования к качеству биоптата для исследования. На сегодняшний день наиболее часто используется биопсия гортани с применением эндоскопической техники. Однако следует заметить, что недостаточный объём биоптата и неправильно выбранное место биопсии является причиной частых ошибок в диагностике рака гортани. Поэтому при образованиях небольшого размера следует удалить их сразу и целиком отправлять на гистологическое исследование. В случаях подозрения на эндофитное образование возможна его пункция под контролем УЗИ гортани.

При гиперпластическом процессе лучше иссекать изменённые участки слизистой оболочки при прямой микроларингоскопии или удалять достаточный объём материала при не прямой микроларингоскопии гортанным выкусывателем. Применяется тактика декортикации голосовой складки с распределением биоптата на предметном стекле единым блоком с указанием сторон и места локализации.

Выбор инструмента и способа хирургического лечения для эндоларингеального вмешательства большого значения для диагностики предракового заболевания не имеет. Операция всегда проводится в соответствии с показаниями по основному заболеванию: хронический ларингит, папилломатоз, гранулёма и т.д. и часто зависит от предпочтений хирурга.

В настоящее время золотым стандартом в хирургии новообразований гортани является применение СО₂-лазера (**уровень доказательности А**). Операции проводятся под общей анестезией, с использованием микроскопа. Преимуществом СО₂-лазера является несомненное удобство применения, широкий выбор мощности, длительности импульса, формы пятна, отсутствие необходимости в длинном и не самом удобном инструменте для подведения лазерного волокна. К недостаткам можно отнести возможность травмирования полости рта, повреждения трахеостомической трубки и даже воспаления газовой смеси внутри её.

В случае, если образование занимает большой объём, возможно удаление образования открытым доступом (ларингофиссура и пр.).

Особые группы пациентов

Допуск особых групп пациентов (беременных, пожилых, с сопутствующей патологией и пр.) определяется исключительно степенью анестезиологического риска.

Для биопсии с последующим проведением гистологического исследования противопоказаний не существует. Отягощённых соматически пациентов следует оперировать в условиях многопрофильного стационара.

Наблюдение

Все пациенты с данной патологией после хирургического лечения наблюдаются в течение 6 месяцев (на 1-е, 7-е и 14-е сутки, через 1, 2, 3 и 6 месяцев). Прогноз благоприятный.

Под редакцией главного оториноларинголога Минздрава России профессора Николая ДАЙХЕСА.

Участие в обеспечении безопасной больничной среды

Таблица 3
Сроки предоставления сведений о неблагоприятном событии

Тип события	Срок сообщения
Серьёзная угроза здоровью населения – любой тип события, которое приводит к неизбежному риску смерти, серьёзных травм или серьёзных заболеваний, которые могут потребовать срочных мер по исправлению положения	Немедленно, но не позднее 2-х дней со дня, когда производителю стало известно о событии
Смерть или серьёзный вред здоровью (угрожающее жизни заболевание или травма; необратимое нарушение строения или функции организма; необходимость медицинского вмешательства для предотвращения необратимого вреда)	Немедленно, но не позднее 10 дней со дня, когда производителю стало известно о событии
Иные события (все неблагоприятные события, по которым не требуется сокращения сроков сообщений)	В ближайшее время, но не позднее 20 дней со дня, когда производителю стало известно о событии

падая в определённые среды или проникая через них, вызывают в них ионизацию – процесс превращения атомов и молекул в ионы.

В условиях болынной среды радиационному воздействию могут подвергаться медицинские работники и пациенты в основном от следующих источников:

- рентгеновских и радионуклидных устройств;
- радионуклидных (гамма-, бета-) препаратов для проведения медицинских диагностических процедур и лучевой терапии;
- повышенного содержания радона в воздухе рабочей зоны при использовании радона в медицинских целях.

Характер лучевых поражений биологических объектов, в том числе и человека, при воздействии ионизирующих излучений в первую очередь зависит от поглощённой энергии. В связи с этим вводится такое понятие, как поглощённая доза. Поглощённая доза (Н) – это величина энергии ионизирующего излучения, переданная веществу. Единицами поглощённой дозы в системе СИ является грей (Гр). Внесистемной единицей поглощённой дозы является рад. 1 Гр = 100 рад.

Санитарными правилами и нормами устанавливаются критерии безопасности и (или) безвредности условий работ с источниками ионизирующего излучения на человека, в том числе предельно допустимые уровни воздействия.

Рентгеновское излучение – это лучи (особенно жёсткие), обладающие значительной проникающей способностью. Наиболее эффективной защитой является экранирование. Установлены гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских

кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

Необходимые защитные мероприятия включают защиту временем, расстоянием, экранированием, применением средств индивидуальной защиты, гарантирующих превышение установленных пределов доз.

- «Защита количеством» в медицинской практике не получила большого распространения: уменьшение активности источника неизбежно приводит к ослаблению лечебного эффекта и вынужденному увеличению времени контакта больного с излучателем.
- «Защита временем» возможна при работе с источниками малой активности; при ручных манипуляциях с ними; при автоматизации рабочих операций, позволяющей сократить время контакта с радиоактивными веществами (уменьшение «активного времени»).
- «Защита расстоянием» чаще всего реализуется использованием дистанционных инструментов, что достаточно эффективно снижает дозу на руки персонала.
- «Защита экраном», лучшим материалом для ослабления гамма- и рентгеновского излучения являются свинец или уран.

К индивидуальным средствам радиационной защиты пациентов и медицинского персонала относятся защитные шапочка, очки, воротник, накидка, пелерина, фартук, односторонние и двухсторонние, жилет, передник для защиты голад и костей таза, юбка, перчатки, защитные пластины для защиты отдельных участков тела, средства защиты мужских и женских голад. Для исследования детей предусматриваются наборы защитной одежды для различных возрастных групп.

К передвижным средствам радиационной защиты пациента и медицинского персонала относятся защитные ширмы, экраны и шторы.

Дозы облучения граждан (пациентов) при проведении медицинских рентгенологических процедур должны соответствовать нормам, правилам и нормативам в области радиационной безопасности.

Система обеспечения радиационной безопасности при проведении медицинских рентгенологических исследований должна предусматривать практическую реализацию трёх основополагающих принципов радиационной защиты – нормирования, обоснования и оптимизации.

Принцип обоснования при проведении рентгенологических исследований должен реализовываться с учётом следующих требований:

- приоритетное использование альтернативных (нерадиационных) методов;
 - проведение исследований только по клиническим показаниям;
 - выбор наиболее щадящих методов рентгенологических исследований;
 - риск отказа от рентгенологического исследования должен заведомо превышать риск от облучения при его проведении.
- Принцип обоснования при проведении рентгенотерапии должен реализовываться с учётом следующих требований:
- использование метода только в случаях, когда ожидаемая эффективность лечения с учётом сохранения функций жизненно важных органов превосходит эффективность альтернативных (нерадиационных) методов;
 - риск отказа от рентгенотерапии должен заведомо превышать риск от облучения при её проведении.

За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность.

Сергей ДВОЙНИКОВ,
главный специалист Минздрава России по управлению сестринской деятельностью, доктор медицинских наук, профессор.

Саркис БАБАЯН,
директор Московского областного медицинского колледжа № 1, кандидат медицинских наук.

Юлия ТАРАСОВА,
заместитель директора колледжа по дополнительному профессиональному образованию, главный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава Московской области.

Ирина ФОМУШКИНА,
методист учебно-методического отдела колледжа.

(Окончание. Начало в № 51 от 13.07.2016.)

Потенциальный риск применения может быть связан с высокой степенью:

- микробного обсеменения и инфицирования;
- получения травмы, обусловленной физическими характеристиками изделия (соотношение объёма и давления, габаритные размеры, эргономические характеристики);
- механических и термических поражений;
- поражений, связанных с влиянием обоснованно прогнозируемых условий окружающей среды, таких как магнитные поля, внешние электрические воздействия, электростатический разряд, давление, температура или колебания давления и ускорения.

Риск может быть обусловлен взаимодействием с другими изделиями, применяемыми обычно для исследования или лечения; с невозможностью функционирования, обслуживания или калибровки из-за старения и/или износа применяемых материалов, и/или потери точности средств измерения и/или управления.

Особо опасно возникновение пожара или взрыва при нормальном применении согласно инструкции изготовителя.

Сообщение о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия изделий между собой, о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации зарегистрированных медицинских изделий, направляется в Росздравнадзор в течение 20 рабочих дней со дня выявления фактов.

Извещение о неблагоприятном событии (инциденте), связанном с применением медицинского изделия, может быть направлено в письменной или в электронной форме, на информационный портал «Мониторинг медицинских изделий» на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

За несообщение или сокрытие информации лица, которым она стала известна по роду их профессиональной деятельности, несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Информацию о неблагоприятных событиях, представляющих значительную угрозу, рекомендуются представлять в более сжатые сроки (см. табл. 3.).

2.4. Радиационная безопасность.

Федеральным законом «О радиационной безопасности населения» № 3-ФЗ от 09.01.1996 радиационная безопасность населения трактуется как состояние защищённости настоящего и будущего поколений людей от вредного для их здоровья воздействия ионизирующего излучения. Право на радиационную безопасность обеспечивается за счёт проведения комплекса мероприятий по предупреждению радиационного воздействия на организм человека ионизирующего излучения выше установленных норм, правил и нормативов.

Ионизирующими излучениями называются такие виды лучистой энергии, которые, по-

– Мы объединяем технологии, наработки, продвигаем традиции, которые бережно сохраняем и развиваем, – рассказывает О.Боев. – И одна из таких традиций – наставничество. У нас в больнице трудится 127 человек, которые проработали в психиатрии по 20 и более лет. С годами сложилась стройная система наставничества, через которую проходит каждый молодой специалист, который приходит к нам. Остаются не все, но те, кто остаётся, впоследствии занимают достойное место в медицине вообще и в психиатрии в частности.

В достоверности этих слов не приходится сомневаться: в 2009 г. психиатрическая служба Ставропольского края была признана лучшей в России по оказанию медицинской помощи, а в 2015 г. СККПБ № 1 стала лучшей в России сразу по двум направлениям: психопрофилактическому и психообразовательному. К слову сказать, психопрофилактика на Ставрополье тоже имеет свои традиции: в далёком 1927 г. врачи психиатрической больницы пришли в цеха завода «Красный металлист» и консервного завода (на то время – самые «вредные» производства Ставрополя) и занимались медицинским «ликбезом» прямо на рабочем месте.

События

«Старший брат»

Он появился у невинномысских психиатров и наркологов

Филиал Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы (СККПБ) № 1 открылся в Невинномыске. За этим будничным, на первый взгляд, событием стоят очень интересные перспективы развития психиатрической службы и не только в городе химиков, а ещё и в Кочубеевском и Андроповском районах Ставрополя, прилегающих к промышленной столице края. К слову сказать, новшество коснулось не только психиатрии, но и наркологии (эти службы, до сих пор существовавшие в Невинномыске «по разным ведомствам», а ныне объединённые, по иронии судьбы находятся в одном здании). Так что, в некотором смысле, всё возвращается

Возвращаясь к Невинномысскому филиалу, с которого мы начали повествование, можно сказать, что он уже работает по-новому. В первых, произошло объединение наркологической и психиатрической служб. Во-вторых, возвращается такая форма работы, как круглосуточное освидетельствование: практика показала, что это

необходимо и различным медицинским учреждениям, и тем более правоохранительным органам в их повседневной работе.

При том, что открытие филиала направлено на повышение качества и доступности специализированной психиатрической и наркологической медицинской помощи населению города, на развитие

на круги своя. Но главное, конечно, не только в этом. Чтобы понять масштабность перемен, требуется некая историческая справка, которую очень уместно привёл на презентации филиала главный врач СККПБ № 1, главный психиатр Минздрава Ставропольского края, кандидат медицинских наук Олег Боев. Дело в том, что вышеназванная больница – одно из старейших профильных ЛПУ России, насчитывает от роду более 100 лет. Открытая в 1907 г. на пожертвования жителей губернии, больница прочно заняла свою нишу на Юге России. Десятилетиями складывались традиции, которые и пришли сегодня в Невинномыск.

стационарозамещающих технологий, уже расширились возможности дневного стационара для людей с начинающимися признаками психического дискомфорта: нарушением внимания, расстройством сна, появлением тревоги, навязчивого состояния и т.д. Сегодня в Невинномыске, городе с населением около 120 тыс. человек, на диспан-

серном наблюдении у психиатров находится 1200 пациентов и более 1,5 тыс. получают консультативную помощь. С большой долей вероятности можно предположить, что все они в ближайшее время смогут по достоинству оценить грядущие перемены.

Как уже говорилось выше, большое внимание уделяют ставропольские психиатры профилактике, а теперь и Невинномыск с прилегающими районами будет в полной мере охвачен этой работой.

– Очень большую профилактическую работу мы проводим в школах, – продолжает О.Боев. – Достаточно сказать, что к 2015 г. такой работой было охвачено около 25 тыс. ставропольских школьников и их родителей. По статистике, более 70% суицидальных ситуаций зарождается в семье, поэтому мы и идём работать в семью: с 2016 г. запустили тренинг для родителей старшеклассников, и, судя по откликам родителей, мы находимся на правильном пути».

Подытоживая сказанное, можно утверждать, что у невинномысских психиатров и наркологов появился в лице СККПБ № 1 мудрый и опытный наставник, как говорится, «старший брат».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Деловые встречи

В Благовещенске состоялась 12-я межрегиональная научно-практическая конференция оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии». Конференция прошла в научно-практическом лечебном центре Амурской государственной медицинской академии «Семейный врач». Всего в форуме приняли участие около 100 врачей из Приамурья и других регионов России.

диагностики заболеваний уха, которые протекают со снижением слуха. Хабаровчане поделились с амурскими коллегами информацией по заболеваниям гортани, связанным с задымлённостью, что сегодня очень актуально для Приамурья. В течение многих лет дым от большого количества горящих лесов не мог не повлиять на верхние дыхательные пути населения. Интересные разработки в области оториноларингологии представили и амурские учёные. В частности, Александр Блоцкий,

А.Блоцкого и его учеников. Это спасение для многих больных бронхиальной астмой, пациентов с нарушениями свёртываемости крови, гипертонической болезнью. Таких больных оперировать обычным хирургическим инструментом опасно – может возникнуть кровотечение, которое трудно остановить. При новой лазерной методике операция проводится всего за 2 минуты – без всякого скальпеля и крови. А период реабилитации после вмешательства сократился до 1-2 недель.

Лор-врачи представили новые методы

Они обменялись своим опытом, собравшись на Амуре



Многие современные методики ускоряют выздоровление пациентов с заболеваниями уха

С докладами выступили ведущие специалисты в области оториноларингологии из Москвы, Ростова, Новосибирска, Иркутска, Хабаровска, Благовещенска, а также из Польши.

Обсуждались новые подходы, стандарты и методы диагностики и лечения заболеваний носа и околоносовых пазух, глотки, гортани, уха. Были затронуты вопросы онкологической патологии с лор-локализацией, хирургического лечения онкологических больных.

Гости представили доклады по реабилитации после слухолучающих операций, новые методы

профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой оториноларингологии Амурской ГМА, председатель Научного общества оториноларингологов Амурской области, заслуженный изобретатель РФ, поделился одним из вариантов лечения лазером полипов в носовой полости. Суть эндоскопического ноу-хау в следующем. Высокоэнергетический лазер разогревает в носу ткань полипа, и она просто-напросто высушивается.

Восстановление стенок гайморовых пазух – одно из последних изобретений профессора

Одним из главных достижений А.Блоцкий считает разработку новых хирургических методов лечения с использованием высокотехнологичного оборудования: лазерных технологий, радиохирургических скальпелей.

– Такие операции можно делать амбулаторно – не госпитализируя больных и не напрягая стационар. Это так называемая хирургия одного дня: пришёл, сделал и ушёл. Для регионального здравоохранения существенная экономия и сил и средств. При сегодняшнем состоянии бюджета нет возможности держать пациента долго на стационарной койке. И многие из предложенных нами методик позволяют ускорить выздоровление пациентов с заболеваниями уха, горла и носа, сократить их лечение до минимума, – подчёркивает А.Блоцкий.

Его разработки сегодня внедряют другие клиники России. Амурский учёный-хирург зарегистрировал более полусотни изобретений, и ещё около десятка находится на стадии рассмотрения. В числе самых значимых, по его словам, – это выполнение пластики барабанных перепонки и лечение храпа.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Санитарная зона

Трихинеллёз не дремлет

И осложнения его опасны для жизни

С употреблением свинины и мяса кабана, приобретённых на несанкционированных рынках, связаны 22 случая трихинеллёза среди населения Тульской и Курской областей, зарегистрированных Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в I квартале 2016 г.

Ведомство постоянно держит на контроле случаи регистрации гельминтозов, возбудители которых передаются через мясо и мясные продукты, одним из таких заболеваний является трихинеллёз. Так, в Иркутской области в июне этого года отмечено 18 случаев этого опасного паразитарного заболевания в городе Усолье-Сибирское. Специалистами Управления Роспотребнадзора по Иркутской области в Усолье-Сибирском, Усольском районе проведено эпидемиологическое расследование, в ходе которого было установлено, что фактором заражения послужило мясо медведя в копчёном виде.

Как известно, трихинеллёз характеризуется лихорадкой, мышечными болями, отёком лица, кожными сыпями, а при тяжёлом течении и кишечными расстройствами. Нередко развиваются осложнения, приводящие к инвалидности, а иногда и к летальному исходу.

В Российской Федерации ежегодно регистрируется от 30 до 200 случаев заболевания трихинеллёзом, сообщили в Роспотребнадзоре. Наибольший удельный вес заболевших отмечен в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах.

Фактором, способствовавшим заражению людей трихинеллёзом, явилось мясо домашних (43%) и диких (30%) животных, не прошедшее ветеринарно-санитарную экспертизу, а также мясо бродячих собак (27%). Удельный вес свинины из домашних хозяйств в структуре факторов передачи инвазии составил 47%, мяса собак

– 25%, медвежатины – 17%, мяса барсуков – 8%, кабанов – 3%.

По способам кулинарной обработки мясных блюд, послуживших причиной заражения возбудителем трихинеллёза, удельный вес мяса варёного (тушенного) составил 73%, шашлыков – 16%, солонины – 7%, сырого фарша и котлет – по 2%.

Заболевания, связанные с употреблением мяса собак в России, ранее встречались достаточно редко, так как оно не является традиционной для населения пищей. Однако в последнее десятилетие увеличилось число случаев трихинеллёза, связанных с употреблением именно этого мяса. Так, за период 2008-2015 гг. трихинеллёз, связанный с употреблением в пищу собак (более 100 случаев), зарегистрирован в 9 субъектах Российской Федерации: Красноярском, Забайкальском, Хабаровском краях, республиках Башкирия, Бурятия, Хакасия, Амурской, Иркутской областях, Еврейской автономной области.

В течение 2013-2015 гг. зарегистрировано 15 случаев трихинеллёза среди подростков в Республике Бурятия, связанных с употреблением шашлыков, жаркого, приготовленных из мяса собак. Заболевания протекали в среднетяжёлой и тяжёлой формах.

При обнаружении личинок трихинеллы мясо и мясная продукция подлежат утилизации. Опасна продукция как в сыром, так и в термически обработанном виде.

В целях профилактики трихинеллёза, указывает Роспотребнадзор, необходимо приобретать мясо и мясную продукцию в установленных местах при наличии сопроводительных документов. Ведомством принимаются меры по предотвращению заражения людей гельминтозами.

Игорь НЕМИРОВСКИЙ.

МИА Сити!

В Федеральном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России ведётся работа по поиску генетических маркёров аддиктивных состояний человека. Конечная цель, к которой стремятся как российские учёные, так и их зарубежные коллеги, занимающиеся аналогичными исследованиями, – получить данные, на основе которых можно было бы создать тест-системы для определения генетического риска возникновения у человека аддикций.

Вне всяческих сомнений, и медицина, и общество в целом с нетерпением ждут, когда появятся возможности не столько для эффективного лечения разного рода зависимостей, сколько для их прогнозирования и профилактики. Вот где была бы победа над большим мировым злом в виде алкоголизма и наркомании, миллионы спасённых жизней.

Однако восторг обывателя не находит понимания у тех, с кем связаны наши надежды на разрешение проблемы аддикций. Никогда прежде автору этих строк не доводилось беседовать с представителями научного сообщества, которые были бы настолько встревожены тем, как распорядится человечество результатами их открытий. Слово «этика» стало лейтмотивом нашей беседы с руководителем лаборатории молекулярной генетики ФМИЦПН им. В.П.Сербского доктором медицинских наук Александром КИБИТОВЫМ.

Всё – от биологии

Для большинства людей, включая медицинских работников, известие о генетической обусловленности наркомании, алкоголизма, шопоголизма, игровой, пищевой зависимостей и т.д. может стать откровением. Ведь до сих пор в объяснении природы социально опасных явлений из этого ряда – алкоголизма и наркомании – превалировала социальная компонента. Дескать, человек родился в неблагополучной семье или попал в плохую компанию. Так что же всё-таки формирует наши пристрастия и пороки – природа или среда?

– Базовый принцип, которого придерживаемся мы и наши коллеги-учёные во всём мире, таков: зависимость – это патология головного мозга, а вовсе не плохая привычка, не результат ущербности личности и не следствие неправильного воспитания. Аддикции являются заболеваниями наследственного предрасположения, они относятся к классу мультифакторных, полигенных по природе болезней, то есть находятся в одном ряду с бронхиальной астмой, артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Вот важнейшая мысль, которую достаточно трудно объяснить, чтобы преодолеть дефекты восприятия, имеющиеся не только у обывателей, но и у профессионального сообщества, – говорит Александр Кибитов.

Схема генетического риска применительно к наркомании очень хорошо работает, в то же время, предупреждает учёный, ни в коем случае нельзя априори всех людей, у которых анализом ДНК подтверждён генетический риск развития аддикции, сразу записывать в наркоманы. Потому что человек с очень низким уровнем генетического риска при существенном воздействии внешних факторов, которые в данном случае выступают триггерами рисков, может стать больным. Зато человек с очень высоким уровнем генетического риска не станет наркозависимым при отсутствии определённых внешних условий, также при сознательном контроле своего поведения и образа жизни.

Казалось бы, генетик подтвердил ту самую традиционную версию о причинах возникновения зависимостей. Но не тут-то было. Вопрос о том, что первично в формировании зависимостей – природа или внешняя среда, вообще теряет смысл, если вспомнить, насколько высок генетический контроль черт личности, характера человека и его реакции на стресс.

Как поясняет А.Кибитов, если взять сто человек и поместить их в одинаковые стрессовые условия, можно увидеть следующее распределение. На одном конце окажутся люди, которые практически не изменяют поведение, и никаких биохимических изменений мы у них не увидим. На другом конце будут люди, которые продемонстрируют критические изменения и в биохимии, и в поведении. В середине большая часть людей, которые занимают промежуточное положение по реакциям на стресс. При наличии генетического риска

ли это, что ребёнок наследует зависимость к тому же, от чего зависимы его предки? Или генетическая предрасположенность может реализоваться в любую из форм зависимости, как химическую, так и нехимическую, например, трудоголизм, лудоманию или рискованное поведение? На этот вопрос руководитель лаборатории молекулярной генетики Научно-исследовательского института наркологии ответил так:

– Наследуется не само заболевание – алкогольная, наркотическая или иная зависимость, – а риск его развития. Поэтому у пьющих родителей ребёнок может вырасти трезвенником, и наоборот, у непьющих родителей ребёнок может стать алкоголиком. Самый частый вопрос, который нам задают пациенты наркологических клиник и

подействовать нельзя. Человек с генетическим риском аддикций, попав на необитаемый остров, где нет алкоголя, наркотиков и игровых автоматов, найдёт иные способы активировать систему подкрепления в своём головном мозгу.

И тем не менее учёные, в том числе российские, продолжают поиски «генетического кода» аддиктивных состояний. Даже несмотря на то, что сама эта работа оказалась значительно сложнее, чем можно было предположить изначально.

На вопрос, сколько генов отвечает за развитие наркологического заболевания, пока есть такой ответ: от 100 до 300. Причём речь идёт не об одних и те же «дефектах» генома у всех зависимых, а о генетическом полиморфизме. Существуют два научных подхода

тического риска. Условно говоря, мы получили научные данные, на основе которых можно разработать тест для оценки генетического риска развития зависимостей у конкретного человека или использовать как скрининг в отношении всех больных, обращающихся за помощью к наркологам. Если благодаря такому тестированию мы разделим пациентов хотя бы на две группы – у кого выше и ниже генетический риск, то, возможно, увидим и клинические различия в течении болезни. Это позволит, с одной стороны, получить важную информацию для специалистов в области фармакогенетики, а с другой – подбирать адекватную схему лечения для каждого больного, учитывая индивидуальный уровень его генетического риска и вероятность ответа на терапию.

В клиниках и лабораториях

Генетическая природа наркомании

В этих исследованиях вопросов пока больше, чем ответов



Не просто пьянка, а генетически обусловленная болезнь

именно люди из второй группы имеют самые высокие шансы на возникновение аддикции, будь то химическая зависимость, пищевая или поведенческая.

Какова схема?

Если совсем примитивно, схема формирования зависимости выглядит так: среди десятка людей, впервые пробующих психоактивные вещества, непременно найдутся те, кто почувствует не просто интерес, а пристрастие к состоянию наркотического опьянения. Но будут и такие, кто, раз попробовав, не почувствуют никакого влечения испытать это состояние вновь. И всё это – «благодаря» их личной биологии и генетике.

– Для чистоты эксперимента лучше взять алкоголь – вполне доступный представитель веществ, вызывающих зависимость. Уровень его потребления падает, если государство вводит сухой закон, и растёт, если государство не принимает никаких регулирующих мер. При этом доля алкоголиков в популяции – то есть людей, которые не просто много пьют, а у которых развилось заболевание, – постоянна вне зависимости от исторического периода, будь то социальное благоденствие и экономическое процветание или война-разруха-кризис, – замечает мой собеседник.

И ещё несколько важных уточнений по теме. Если наука настаивает на наследственной природе аддиктивных состояний, означает

их родственники: почему вообще в здоровой семье рождается ребёнок с «плохой» предрасположенностью? Это просто генетическая комбинаторика.

Биология аддиктивного состояния одинакова для всех форм зависимостей, что подтверждено результатами зарубежных научных исследований. Не столь важна химическая структура вещества и не столь важны определённые поведенческие активности, с помощью которых человек получает удовольствие, главное – добиться активации той самой системы подкрепления (она же система «наград»), заключённой в лимбическом комплексе головного мозга. По клиническим проявлениям трудоголизм или гемблинг совершенно не отличаются от алкоголизма. Просто нет алкоголя, а патогенез заболевания один и тот же.

Предвидеть не значит спасти?

По приблизительным научным оценкам, от 11 до 15% населения любой страны мира имеют высокий генетический риск развития какой-либо из форм зависимостей. Поэтому государственное регулирование оборота алкоголя может стать действенной мерой профилактики для людей, которые генетически рискуют стать зависимыми. То же самое относится к противодействию наркомании. Но надо понимать: на генетику, биохимию и патогенез наркологического заболевания никакими запретами

к идентификации участков генома, отвечающих за предрасположенность к аддикциям. Первый подход предлагает изучение генов-кандидатов, которые контролируют деятельность 5-6 биохимических систем, ассоциированных с патогенезом зависимостей. Именно в этом направлении работают учёные Центра им. В.П.Сербского.

Второй подход называется «полногеномные ассоциативные исследования». Изучая по 500-600 тыс. генетических вариантов у здоровых и больных людей, исследователи пытаются статистическими методами нащупать некие закономерности.

– Что касается нашей лаборатории, мы определили некоторые ранее неизвестные варианты генов, которые относятся к системе дофамина и отвечают за формирование риска аддикций. Наши находки касаются алкогольной и героиновой зависимостей: найдены одинаковые изменения в одних и тех же генах у больных этими формами зависимостей. Сейчас мы увеличиваем выборки пациентов и изучаем зависимость от других психоактивных веществ – психостимуляторов, каннабиноидов, в том числе «спайсов». Параллельно набираем группу пациентов для изучения нехимических зависимостей – пищевой, игровой. Наша промежуточная цель – показать генетическое единство разных форм зависимостей на молекулярном уровне вне зависимости от того, какое вещество или определённая поведенческая активность стали потребностью для системы подкрепления зависимого человека. Именно в этом уникальность нашей работы, этим мало кто в мире занимается, – продолжает А.Кибитов.

Следуя тесту

Очевидно, что речи о генной инженерии применительно к наркологическим заболеваниям, равно как и ко всем прочим, пока не идёт. Следовательно, избавить человека от груза неблагоприятной наркологической наследственности медицины в обозримой перспективе вряд ли сможет. В таком случае, имеет ли смысл продолжать научные исследования? Ответ заведующего лабораторией молекулярной генетики убедителен:

– Есть задача, которую реально решить уже сегодня – стратификация пациентов по группам гене-

Мне как журналисту перспектива разработки генетического теста внушает оптимизм. Ведь если в распоряжении врачей окажутся способы диагностики генетической предрасположенности человека к аддикциям, это позволит уберечь подростков от опасного поведения, связанного с большой вероятностью алкоголизации или наркомании. Зато отношение моего собеседника к такому варианту развития событий не столь однозначное.

– Использовать генетический тест на подверженность наркотической или алкогольной зависимости как профилактический инструмент, особенно в подростковом возрасте, – прекрасная идея, но, как очень часто бывает, от прекрасной идеи до практического воплощения очень далеко. Как только речь заходит о любом генетическом тестировании, а тем более в области психической деятельности, на первый план выходит вопрос этики. Проблема, порождающая этический конфликт, заключается в следующем: тестируя людей на уже возникшее наследственное заболевание, к примеру, муковисцидоз или диабет, мы подтверждаем свершившийся факт. А когда говорим о вероятности события, которое ещё не произошло и неизвестно, произойдёт ли когда-нибудь, можем сломать жизнь человеку с определённой структурой личности, находящемуся в определённых социальных условиях. Я за то, чтобы любые генетические тесты из области психиатрии применять только в стационаре, когда человек уже болен и имеет диагноз. В этой ситуации вред генетического тестирования минимизирован, – резюмирует Александр Кибитов.

Пока ни одного генетического теста, зарегистрированного и рекомендованного к применению, в мире не существует. Но работа над их созданием идёт, в том числе в лаборатории молекулярной генетики ФМИЦПН. Кроме того, учёные планируют расширить масштаб исследований и создать на базе Центра им. В.П.Сербского национальный научный консорциум по изучению генетики психических заболеваний, где одним из фрагментов тематики будут аддикции.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

В настоящее время известно около 7 тыс. редких болезней. По данным Минздрава России, такими болезнями страдают 12,8 тыс. россиян, чуть меньше 6 тыс. из них – это дети. Стоимость месячного курса лечения варьирует от 100 тыс. руб. до 2 млн и более.

Равное неравенство

Редкие заболевания прежде всего ассоциируются с программой «Семь нозологий». Как известно, её финансирование осуществляется за счёт средств федерального бюджета. Но есть ещё и другой, более обширный список, так называемый Перечень-24. В него включена основная часть орфанных болезней, лекарственное обеспечение по которым, согласно Федеральному закону № 323-ФЗ, возложено на региональные бюджеты. И если в первом случае проблем с лекарствами нет, больные получают их вовремя и в необходимом объёме, то в отношении второго списка всё не так гладко.

Некоторые регионы до сих пор не начали финансирование пациентов по Перечню-24 или тратят на них незначительные средства, но затраты большинства субъектов РФ уже в 2013-2015 гг. составили в среднем около четверти бюджетов, расходующихся на лекарственное обеспечение льготных категорий населения, а в отдельных регионах – от 50 до 80%. Об этом сообщила президент Национальной ассоциации организаций больных редкими заболеваниями «Генетика» Светлана Каримова, выступая на 3-м информационном семинаре «Редкие болезни, диалог с обществом».

Значительные региональные различия в объёмах финансирования лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями ставят их в неравные условия доступа к оказанию медицинской помощи по всей территории РФ. По словам С.Каримовой, неопределённости добавляет и отсутствие полной достоверной информации о количестве больных с редкими заболеваниями, что, как следствие, затрудняет планирование объёмов региональных бюджетов на эту статью расходов. Кроме того, по большей части орфанных болезней отсутствуют утверждённые стандарты медицинской помощи, врачи недостаточно образованы в отношении диагностики и лечения этих нозологий, отсутствует собственно перечень

редких (орфанных) препаратов, а цены на часть из них не зарегистрированы.

На пределе

Ситуация с обеспечением орфанных больных лекарствами достигла критической отметки ещё в прошлом году. К концу III квартала 2015 г. субъекты столкнулись с реальной проблемой полного отсутствия дальнейшего

финансирования. Ещё 20 (33,9%) регионов указали, что им требуется софинансирование в объёме менее 50% от всей потребности. И более половины – 62,7% регионов требуется финансовая поддержка из федерального бюджета в объёме 50% от потребности и выше (в том числе 17 регионов, (или 28,8%) нуждаются в дополнительном финансировании в объёме свыше 80%).

вместно с Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья.

– Возможности регионов по лекарственному обеспечению пациентов с орфанными заболеваниями практически исчерпаны. Анализ это подтвердил. Не потому что не хотят, а потому что нет средств, – отметила депутат Госдумы РФ Разиет Натхо.

По словам депутата, в решении проблем редких заболеваний не-

Института ЕАЭС Елена Красильникова. По мнению эксперта, изменить ситуацию возможно, если вначале создать грамотную систему лекарственного обеспечения «редких» пациентов, а потом погрузить туда финансы.

– Самый правильный вариант – принятие отдельных региональных программ по орфанным заболеваниям или включение больных редкими заболеваниями в категорию региональных льготников, – отметила Е.Красильникова. – Кроме того, наиболее «продвинутые» регионы погружают часть расходов на закупку орфанных препаратов в систему ОМС, а также активно делают запросы в федеральный центр о софинансировании лечения орфанных заболеваний.

Согласно исследованию, проведённому Институтом ЕАЭС, в 2015 г. федеральным властям было направлено порядка 104 соответствующих обращений из субъектов РФ. Все они были хорошо структурированы, в них указывалось, сколько денег субъект тратит на орфанные заболевания, сколько средств ему не хватает. Федеральные власти смогли осознать, что проблема существует, и она имеет границы по количеству необходимых средств. В итоге дополнительные средства были выделены.

Тем не менее если говорить в целом о затратах на лечение орфанных заболеваний, они вполне соответствуют среднемировым показателям. В частности, об этом свидетельствуют результаты международного исследования, проведённого в 17 странах еврозоны. По расчётам аналитиков, в 2016 г. доля расходов на орфанные болезни в общем объёме фармрынка составит 4,6%. В России, по итогам прошлого года, эта цифра равнялась 3,6%. Но это с учётом всех источников. В региональных бюджетах бремя редких болезней несопоставимо выше: расходы увеличивались с 5,9% в 2012 г. до 22,6% – в 2015 г.

– Встречаясь в субъектах с руководителями здравоохранения, достаточно часто приходится слышать, что расходы на лечение одного орфанного больного сопоставимы бюджету клиники или тратам на вакцинацию детей. Однако человек не выбирает свою болезнь, и отказывать ему в помощи, руководствуясь такими аргументами, совершенно неэтично и несправедливо, – резюмировала Е.Красильникова.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Ситуация

Редкие и очень дорогие

Как оптимизировать расходы на лечение орфанных больных?



На семинаре – Разиет Натхо (слева) и Светлана Каримова

финансирования закупок таких лекарств. На помощь пришло правительство, из федерального бюджета был направлен транш в размере 12 млрд руб. Эти деньги помогли избежать катастрофы. Однако в 2016 г. всё повторилось – средств на закупку лекарственных препаратов уже нет.

Согласно межрегиональному мониторингу, проведённому ассоциацией «Генетика», только 2 региона (Владимирская область и Москва) отметили, что в текущем году им не потребуется поддержка федерального центра и они готовы профинансировать лечение ор-

– Сейчас может возникнуть очень тяжёлая ситуация с нашими пациентами, вплоть до летальных исходов, если не будет принято решение о трансферте за счёт федерального бюджета. По нашим данным, некоторые регионы уже не берут пациентов на терапию во второй половине 2016 г., – заявила С.Каримова.

О том, что регионы в подавляющем большинстве не справляются с такой финансовой нагрузкой, свидетельствуют и результаты медико-экономических исследований, проведённых в 2013 и 2015 гг. Институтом ЕАЭС со-

обходимы системный подход и консолидация усилий всего общества. Не последнюю роль в этом процессе играют пациентские организации, которые, как она выразилась, «служат буфером между законодательной и исполнительной властью и способствуют осуществлению работы в полном комплексе».

В конце апреля в рамках Комитета Госдумы РФ по охране здоровья была создана рабочая группа по редким заболеваниям, которую возглавила Р.Натхо. Уже состоялось несколько её заседаний, в ближайших планах – подготовка предложений и поправок с обоснованиями для изменения нормативно-правовой базы, регулирующей данную сферу, обсуждение проблем и поиск решений в области оптимизации финансирования лекарственного обеспечения пациентов, страдающих редкими заболеваниями.

Сначала система, потом – финансы

Недостаточность финансирования и слабая нормативная база – ключевые вопросы, на которых необходимо сконцентрироваться в первую очередь, уверена и директор Центра изучения и анализа проблем народонаселения, демографии и здравоохранения

Акценты

Всемирной организацией здравоохранения опубликованы результаты исследования «Антибиотики: используйте осторожно», проведённого в 12 странах, в том числе в России. С помощью этой кампании эксперты ВОЗ хотят повысить информированность населения о причинах и последствиях антибиотикорезистентности.

Один из самых серьёзных вызовов микробов современному человечеству – резистентность патогенной микрофлоры к основным группам антибиотиков. Учёные фиксируют возвращение «старых» инфекций и появление новых (около 150 вирусов и бактерий «опознано» в XXI веке). При этом выпуск эффективных антибиотиков за последние 30 лет снизился почти в 8 раз, и только по причине резистентности к этим лекарствам в мире ежегодно гибнут миллионы людей.

«В России, как показали результаты 1007 онлайн-опросов, две трети респондентов (67%) ошибочно полагают, что антибиотиками можно лечить простуду и грипп. Более четверти (26%) считают, что с улучшением само-

чувствия надо прекратить приём антибиотиков, а не доводить курс лечения до конца.

При этом эксперты ВОЗ отмечают, что показатель знакомства с термином «устойчивость к антибиотикам» среди россиян высокий – 82%. О том, что они принимали антибиотики в последние 6 месяцев, сообщили 56% опрошенных, столько же респондентов сказали о том, что последний курс им был прописан врачом или медсестрой», – говорится в сообщении, опубликованном на сайте Роспотребнадзора.

В качестве одной из основных причин появления устойчивых к лекарствам бактерий в ВОЗ упомянули также неоправданное употребление антибактериальных препаратов при вскармливании животных. Борьба с использованием антибиотиков и её отсутствие приводят к одному и тому же результату – резистентные бактерии попадают в пищевую

цепочку, и чтобы контролировать резистентность у человека, надо замедлить её развитие у животных.

Сегодня учёные называют ущерб для экосистем обратимым. После того, как страны Северной Европы сократили использование антибиотиков в животноводстве (последние 15 лет в ЕС запрещено использование антибиотиков в качестве стимуляторов роста), произошло резкое и стремительное снижение уровней резистентных бактерий у животных.

В ближайшем будущем необходимо переориентировать использование антибиотиков на изначальную задачу: защищать здоровье человека и спасать человеческие жизни. Необходимо переоценить оправданность использования антибиотиков в иных целях, чтобы сохранить эффективное действие этих лекарств для будущих поколений, подчёркивают эксперты.

Обращая внимание на проблему, ВОЗ сформулировала ряд принципов, которые «настоятельно рекомендует» к применению:

- использовать только антибиотики, предписанные врачом;
- не прерывать назначенный врачом курс лечения даже в случае исчезновения симптомов раньше окончания курса;
- никогда не заниматься самолечением, не использовать антибиотики, купленные по поводу прошлого заболевания, или неиспользованные рецепты с прошлой болезни, без контроля врача;
- медицинским работникам и фармацевтам настоятельно рекомендуется расширить инфекционный контроль, назначать антибиотики по строгим показаниям, только когда это назначение продиктовано реальной необходимостью, желательно – с верификацией возбудителя до начала приёма антибиотиков;
- политикам и законодателям

ВОЗ настоятельно рекомендует вводить систему регулирования оборота лекарственных средств, введение рецептурного режима отпуска антибиотиков, а также наращивание лабораторной базы стационаров с целью выявления и контроля за антибиотикорезистентными штаммами.

ВОЗ также хотела бы видеть увеличение степени взаимодействия между странами и развитие медицинских инноваций – от всех заинтересованных сторон.

Ранее о необходимости борьбы с использованием антибиотиков при самолечении сообщила глава ведомства, главный государственный санитарный врач РФ Анна Попова: «С учётом проблемы антибиотикорезистентности и нарастающей актуальности этой темы необходимо, чтобы антибиотики в аптеках отпускались строго по рецепту», – заявила она.

Анна КРАСАВКИНА.

Таблетка по рецепту

Игеи

Сладости любви

Эрнст Графенберг родился в 1881 г. в Мюнхене, где в зрелом возрасте стал свидетелем пивного путча. Получив образование в университете баварской столицы, молодой врач начинал в офтальмологической Augen-клинике (немецкое искажение латинского *oculus*) университетского медицинского городка, находящейся в 10 минутах ходьбы от печально знаменитого бирштубе. Параллельно попыткам лечения кератитов и катаракт Графенберг увлёкся анатомией, глубокое знание которой сильно помогло ему, когда, выкупленный членами международного сексологического общества, он оказался в Нью-Йорке. За океаном он прославился своей внутриматочной спиралью, позволившей несколько сбить волну послевоенного бэби-бума, а также брошюрой «Роль уретры в женском оргазме», в которой описал некую точку на передней стенке влагалища (вагины). Благодарные коллеги в память о Графенберге присвоили ей сокращённое название G, которое во всём мире читается на английский манер как «джи».

В «Илиаде» рассказывается о царе Мирмидоне, который привёл под стены Трои своих вездесущих как муравьи небольшого росточка воинов. И была у царя прекрасная дочь Клиторис, в которую влюбился Зевс-громовержец, вынужденный сам превратиться в муравья, чтобы добиться её благосклонности. Это одна из многочисленных этимологий названия клитора, или «похотника», о котором знали Гиппократ и Авиценна. Эмбриологи утверждают, что все плоды-зародыши до 2 месяцев развиваются как женские и только затем после включения гена мужского пола в Y-хромосоме (SRY) зачатки будущих яичников начинают свой долгий путь в мошонку, образуемую срастанием половых губ, о чём свидетельствует её срединный шов, а пещеристые тела начинают расти, «подшивая» снизу уретру (мочеиспускательный канал). У девочек уретра остаётся «свободной», то есть отделённой от клитора и вагины, поэтому сексологи уверяют, что женщины могут испытывать оргазм клиторальный и орифициальный (первый в результате стимуляции клитора, а второй – «устья» влагалища. Графенберг говорил о наличии особой железки (Skene's gland) на передней стенке вагины – задней поверхности уретры, – стимуляция которой определяет «дополнительный» оргазм для женщины. С той поры весь мир вот уже полвека ищет его точку G...

Ожесточённые споры вспыхнули с новой силой после «пришествия» виагры, которая, как мыслилось, может стимулировать и полумифическую точку. Подлил масла в огонь и Э.Джаннини, начинавший в Университете Аквила (Италия), а ныне профессор эндокринологии и сексологии римского Университета Тор Вергата. Он отталкивался от результатов австралийской коллеги Элен О'Коннел, которая ещё в 1998 г. показала, что клитор у женщин имеет большие размеры, нежели думалось. Это не помешало Джаннини выступить с критикой её статьи. Виагра подстегнула интерес к ферменту фосфодиэстеразе (ФДЭ), который при нарушениях в его гене вносит «хаос» в проводящие пути сердца. Можно напомнить, что для борьбы с этим у сердечников и была «изобретена» виагра, которая в ходе клинических испытаний показала своё эрогенное действие. Известно, что она блокирует ФДЭ, что способствует накоплению в нейронах окиси азота, расслабляющей гладкую мускулатуру пещеристых тел и удерживающую наполнение их кровью.

Пятнадцать лет назад итальянец писал о том, что мужские андрогены регулируют активность гена ФДЭ в пещеристых телах пениса. Тогда же начались поиски этого фермента и у женщин. Он нашёл повышенную концентрацию ФДЭ в G-точке у 5 женщин и 14 кадаверов. Ещё

у 2 женщин он не смог найти желёзки Скене, заключив, что «для таких женщин вагинальный оргазм анатомически невозможен».

Многолетние исследования с использованием генетики, энзимологии и MPT привели к публикации в урологическом приложении Nature статьи под названием «За пределами G-точки: клитоуретровагинальная (CUV) анатомия женского оргазма». В ней говорится, что «поиски легендарной и весьма эрогенной области вагины (точки Графенберга) привели к получению важных данных». Авторы ссылались на то, что точка не представляет собой единичную структуру, поэтому вагина весьма динамична и активна в плане сексуального возбуждения, что объединяет её в вариабельный функциональный CUV-комплекс, стимуляция которого приводит к оргазму. Знание комплекса помогает избежать осложнений при урологических и гинекологических вмешательствах, чтобы те не приводили к сексологическим нарушениям у женщин.

Две с половиной тысячи лет поколения умных и любознательных людей бились над загадкой того, что Рональдус Колумбус в 1559 г. назвал «аморис дульседо» – amoris dulcedo, или «сладость любви». Вполне возможно, что Графенберг слушал одну из лекций Фрейда на эту тему и уж наверняка читал его статьи и книги («венский шарлатан», как его назвал В.Набоков, тоже оказался в изгнании, окончив свои дни в Лондоне). Новая наука показала всю сложность женского возбуждения, о которой до самого последнего времени не могли догадываться даже современные анатомы и физиологи. И теперь перед учёными и практиками открываются новые перспективы и возможности помощи женщинам.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist,
Nature Review Urology.

Взгляд

Исследовательская группа из Национального института старения (США) во главе с Генриеттой ван Праг предположила, что одной из причин улучшения памяти у людей, занимающихся спортом, может стать попадание в головной мозг белка катепсина В, экспрессирующегося мышечными клетками.

Бегом!..

Авторы показали, что после пробежки уровень этого белка в крови увеличивается у мышей, обезьян и людей, а в экспериментах на мышцах определили, что он действительно может поступать из мышц в головной мозг.

Сравнивалось мнемоническое воспроизведение у нормальных мышей и грызунов, организм которых был лишён способности продуцировать катепсин В. В рамках эксперимента животным приходилось вести малоподвижный образ жизни или же бегать на беговой дорожке.

Грызуны выполняли задание в водном лабиринте Морриса, в котором животному необходимо добраться до платформы, спрятанной под водой. Выполняя это за-

дание в течение нескольких дней, здоровые мыши хорошо обучались и легко находили платформу. Если животные сначала бегали, а потом отправлялись в лабиринт, то здоровые грызуны быстрее вспоминали, как добраться до платформы, а те, у кого отсутствовал катепсин В, не могли запомнить её расположение.

Удалось показать связь между тренировками, улучшением памяти и катепсином В и у людей. Те, кто занимался спортом регулярно в течение 4 месяцев, показывали лучшие результаты в тестах на память, а уровень катепсина В у них также был увеличен.

Впрочем, роль катепсина В пока ещё изучена не до конца, а также недостаточно ясен механизм преодоления белком гематоэнцефалического барьера. Кроме этого ещё предстоит изучить, меняется ли с возрастом уровень выработки белка, а также как он функционирует у представителей разных видов.

Ян РИЦКИЙ.

По информации sciencedaily.com

Исследования

Голод — не тётка

Люди, которые в детском возрасте не получали достаточно пищи, более остальных склонны к импульсивным поступкам и насилию.

К такому выводу пришли учёные из Техасского университета в Далласе (США), проанализировав данные национального эпидемиологического опроса об алкоголе и связанных с ним состояниях. Ранее уже проводились исследования, доказывавшие вред недостаточного питания в юном возрасте (например, такие дети хуже учатся), но это первая научная работа, посвящённая изучению связи между голодом и насилием.

Участники опроса отвечали, в том числе, на то, насколько часто им приходилось испытывать голод в детстве, были ли у них проблемы с контролированием своих эмоций, а также были ли случаи, когда они намеренно травмировали других людей. Выяснилось, что в США

более 15 млн детей питаются нерегулярно. Во взрослом возрасте те, кто, будучи ребёнком, ел слишком мало, проявляли агрессию значительно чаще – более чем в 2 раза. 15% сытых детей выросли в подростках и взрослых, которые были замечены в насилии хотя бы раз. Из голодных детей таких подростков и взрослых было 37%.

Один из авторов исследования, профессор криминологии Алекс Пикеро, заявил: «Хорошее питание критично не только для академических успехов. Мы видим, что оно связано и с поведенческими моделями. Дети, которых преследуют неудачи в школе, начинают проваливаться и в других областях».

Учёный предположил, что стратегии, направленные на уменьшение количества голодающих, могут также помочь снизить уровень насилия.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medicalxpress.com

Ракурс

Народная мудрость гласит, что новое – это зачастую хорошо забытое старое. С очередным доказательством этого выступили немецкие авторы, указывая на то, что в клетке десятки тысяч протеинов, образующих разные комплексы. Гемоглобин, например, может присоединять кислород и СО₂ только в комплексе из двух пар альфа- и бета-цепей плюс гем с железом, имеющим переменную валентность. А инсулин, синтезируемый в бета-клетках поджелудочной железы как одиночная цепь, затем расщепляется на две неравной длины, удерживаемые двумя двусерными или дисульфидными мостиками.

Антительная молекула представлена двумя тяжёлыми цепями, верхние сегменты которых разведены в стороны, образуя Y-образную структуру. С ними «комплексуют» лёгкие цепи, и самые кончики вилок участвуют в связывании антигена. Интересно,

Старое и новое

что моноклональные антитела (МАТ) против белкового натриевого канала, проводящего через оболочку клетки ионы натрия, подавляют зуд и чувство боли. К сожалению, при аутоиммунных расстройствах антитела «направляют» агрессивные Т-лимфоциты против собственных клеток, что приводит к воспалению и клеточной гибели. Примерами подобных атак тканей собственного организма служат рассеянный склероз и диабет 1-го типа. Сейчас первый лечат химиотерапией, предварительно отобрав стволовые клетки костного мозга, с помощью которых затем восстанавливают иммунную систему организма, которая толерантна к клеткам мозга, «изолирующим» нервные отростки. В лечении же диабета 1-го типа надежды

возлагают на бета-клетки, получаемые из стволовых.

Развитие болезней и недугов напрямую связано с нарушениями в ДНК, или веществе генов. Печально знаменитый талидомид, применение которого привело к рождению более 2 тыс. детей с разными уродствами, интеркалирует между её цепями наподобие молекул красителей, положение и ориентацию которых теперь можно увидеть. Одним из важных генов развития является Agt, открытый у головастиков лягушки с их большой головой и длинным хвостом. Формирование головы и рост хвоста эмбриологи описывали как действие некоего «переднего градиента» – Anterior gradient, откуда сокращённое название Agt. Его белковый продукт блокирует

действие протеина p53, подавляющего аномальное деление клеток, которое невозможно без «подпитки» натриевыми ионами, попадающими в цитоплазму посредством натриевого канала.

Талидомид, как выяснили сотрудники Технического университета в Мюнхене, блокирует действие белка цереблona, название которого указывает на его участие в развитии мозга (мутации в гене протеина, локализуемся в коротком плече 3-й хромосомы – 3p26 – приводят к умственной отсталости). В Мюнхене показали, что талидомид и его производные относятся к иммуномодуляторам, почему его в той же Бразилии прописывают ВИЧ-инфицированным. Талидомид блокирует деление Т-клеток, подстёгиваемое комплексом цереблona с МСТ (мы-

шечный транспортёр-переносчик – Muscle Carrier Transporter), открытым в сердечной и скелетных мышцах. Известно, что сокращение мышц невозможно при их «закислении» молочной кислотой, которую необходимо выводить из них, для чего и служит МСТ.

Оказалось, что МСТ прекрасно работает и в других клетках, что сегодня активно используется при химиотерапии опухолей. Речь, однако, идёт не о самом токсичном для ДНК талидомиде, а о двух его менее токсичных и проявляющих большую активность производных – лена- и помалидомиде. Они хорошо зарекомендовали себя при лечении раков крови, в частности мультиформной миеломы. Это делает понятным, почему немецкие учёные назвали свою статью «Лекарства иммунномодуляторы нарушают ось цереблон-МСТ для подстёгивания антитуморной активности».

Иван ЛАРИН.

По материалам Nature Medicine.

Гипотезы

Учёные впервые обнаружили биологические маркёры синдрома хронической усталости – распространённого заболевания, о причинах и механизмах возникновения которого до сих пор было мало что известно. Оказалось, что оно связано с составом микрофлоры кишечника и воспалительными процессами в крови, предположительно вызванными микроорганизмами.

определяющими пока являются клинические симптомы. Считают, что для постановки этого диагноза нужно наличие одного «большого» симптома и не менее 6 «малых».

К большому симптомокомплексу относят длительную усталость по неизвестной причине, не проходящую после отдыха, и снижение более чем на 50% двигательного режима. К малым симптомам относят мы-

усталости имеются проблемы с желудочно-кишечным трактом: к примеру, у них может проявляться синдром раздражённого кишечника. Учёные предположили, что состав микрофлоры кишечника может быть связан с развитием СХУ.

Чтобы проверить гипотезу, авторы работы проанализировали образцы крови и стула 48 пациентов с СХУ и 39 здоровых доноров.

Синдром хронической усталости: новые открытия

Синдром хронической усталости (СХУ) – одна из достаточно распространённых патологий настоящего времени, развитие которой связано, прежде всего, с особенностями современной жизни населения крупных городов, типом жизни в развитых странах и неблагоприятной санитарно-экологической обстановкой, а также чрезмерной эмоционально-психической нагрузкой на современного человека.

В последнее время о СХУ начинают всё больше писать и говорить. Выясняется глобальный характер значимости данной патологии для современного развитого общества. Однако конкретные исследования патогенеза и клинической картины практически отсутствуют.

Впервые как отдельный диагноз название СХУ было предложено в 1988 г., и к 1990 г. в США было зарегистрировано более 100 тыс. случаев этого заболевания (около 80% из которых – женщины) и создан Национальный центр хронической усталости. Так как симптомы СХУ неспецифичны, а патогенез не ясен, в его диагностике

шечный дискомфорт, лихорадку, болезненность лимфоузлов, артралгии, снижение памяти и депрессию.

Среди других симптомов отмечают: боль в горле, лимфоузлах, груди, фарингит, спутанность мышления, головокружение, состояние тревоги и др.

Одним из ведущих симптомов при СХУ является истощаемость, особенно явственно обнаруживаемая при исследовании специальными методами изучения работоспособности (таблицы Шульте, корректурная проба и пр.), проявляющаяся как гипостенический или гиперстенический синдромы.

С явлениями истощения при СХУ связана непосредственно и недостаточность активного внимания, что проявляется как увеличение количества ошибок. Происхождения и причин синдрома врачи до сих пор не знают, поэтому общепринятой терапии пока не существует.

Тем не менее в новом исследовании британские биологи смогли выявить его биологические маркёры. У многих пациентов с синдромом хронической

По сравнению со здоровыми донорами микробиота пациентов с СХУ была менее разнообразна, в ней было больше микроорганизмов, связанных с воспалительным процессом, и меньше – оказывающих противовоспалительный эффект. В крови больных учёные обнаружили биологические маркёры воспаления. Вероятно, его вызвали кишечные бактерии, которые «просочились» в кровь через повреждённые стенки кишечника.

Хотя пока нельзя сказать, что причина, а что – следствие, но по маркерам в крови и стуле пациентов исследователи верно установили диагноз СХУ в 83% случаев. В будущем этот подход можно использовать как вспомогательный метод диагностики. Чтобы облегчить некоторые симптомы синдрома хронической усталости, можно будет использовать пробиотики – продукты, содержащие полезные микроорганизмы, и пребиотики, этих микробов подкармливающие.

Подготовил Игорь САВЕЛЬЕВ.

Однако

Её величество резистентность



В Пенсильвании (США) обнаружен штамм кишечной палочки, устойчивый к антибиотикам. Справиться с инфекцией, вызванной этим штаммом, оказался неспособен даже колистин, который обычно используется для борьбы с особо устойчивыми микроорганизмами. Микроорганизм был обнаружен у 49-летней женщины, обратившейся в одну из больниц Пенсильвании. Нет никаких сведений о том, как и где она заразилась – в последние 5 месяцев женщина не покидала территорию США. Известно, что микроорганизмы присутствовали в моче пациентки.

Специалисты Центра по контролю и профилактике инфекционных заболеваний и Министерство здравоохранения штата обеспокоены полученной информацией и планируют выяснить, с кем контактировала женщина и могла ли она заразить кого-либо.

Как известно, это первый случай выявления такого микроорганизма в США, но эксперты ожидают появление новых суперустойчивых бактерий уже в ближайшее время.

Такие бактерии ранее были обнаружены за пределами США – в Китае, Европе и Канаде. Всемирная организация здравоохранения уже назвала распространение устойчивости к антибиотикам одной из самых серьёзных мировых проблем.

Они связывают её появление, главным образом, с широким назначением антибиотиков, приём которых не всегда необходим.

Так, результаты опроса, проведённого специалистами ВОЗ, показали, что 64% респондентов считают, что антибиотики можно использовать для лечения гриппа, а 32% полагают, что проходить прописанный курс антибиотиков полностью необязательно, так как приём препаратов можно прекратить после улучшения самочувствия.

Борис БЕРКУТ.

По информации edition.cnn.com

Эксперименты

Помоги себе сам

Группа учёных из Йельского университета (США) не исключает того, что в будущем можно будет выращивать лёгкие из клеток пациентов, нуждающихся в пересадке, – это позволит сократить очередь больных, ожидающих трансплантации.

Исследователи разработали биореактор, в котором можно будет выращивать лёгкие на каркасе из соединительной ткани. Каркас органа получают, удаляя клетки из повреждённых лёгких, взятых, например, у трупных доноров. В дальнейшем каркас заселяют клетками, взятыми у больного. В ходе дальнейшей культивации клетки делятся, постепенно заполняя весь каркас.

Ранее учёные уже занимались выращиванием искусственных органов – им удалось создать функционирующую ткань молочной железы, а также почку, которая была успешно пересажена лабораторным животным. Кроме этого, они создавали мини-орга-

ны, подходящие для исследований. Мини-мозг и мини-печень могут применяться в экспериментах по тестированию новых лекарств и способны стать альтернативой опытам на животных.

Биореактор оборудован искусственной диафрагмой, имитирующей процесс дыхания и кровоснабжения. Благодаря этому клетки на каркасе делятся и развиваются в условиях, напоминающих реальные. Выращенные таким образом лёгкие могут быть пересажены пациентам.

Так как для создания органов будут использоваться клетки самих больных, им не придётся принимать иммуносупрессоры, препятствующие отторжению органов.

Уже известно, что разным группам учёных удалось вырастить на соединительнотканном каркасе диафрагму и получить работающую сердечную ткань.

Марк ВИНТЕР.

По информации cpi.com

Накануне

Всего одна доза новой вакцины Гарвардской медицинской школы против вируса Зика давала мышам иммунитет к заболеванию. Испытания безопасности вакцины для человека намечены на октябрь, но некоторые специалисты предупреждают: не исключено, что вакцина повысит риск заражения лихорадкой Денге.

Вакцина в замкнутом круге

Итак, известно, что гарвардская вакцина сделана из цельного, убитого вируса Зика. И спасала она мышей от смертельной дозы вируса, повышая уровень специфических антител. Но, так как Зика близок к Денге, антитела к Денге мощно реагируют перекрёстным образом с вирусом Зика. Существует 4 штамма Денге. Антитела к одному штамму присоединяются и к трём остальным. Но они не убивают их, а атакуют макрофаги, которые поглощают вирусные частицы целиком. Получается, вирус использует макрофаги для размножения, и это позволяет ему увеличить своё присутствие в теле. Люди, обычно имеющие не очень тяжё-

лую форму заболевания, вызванную первым штаммом вируса Денге, при заражении другим штаммом заболевают сильнее. Просто антитела к первому штамму усиливают вторичную инфекцию, что грозит человеку смертью. Как показали исследования с использованием клеток, антитела к Денге усиливают инфекцию Зика (будто Зика – это 5-й штамм Денге). А если антитела к Денге присоединяются к Зика, значит, антитела Зика присоединяются к Денге. Это порочный круг. И, следовательно, вакцинация против Зика способна усугубить ситуацию с Денге.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам New Scientist.

Почему бы и нет?

Необычный велосипед

Австралийская спортсменка Кэрол Кук, паралимпийская чемпионка по велоспорту, страдает рассеянным склерозом. Диагноз был поставлен ей в 1998 г., а в 2012 г. она выиграла золотую медаль на Паралимпийских играх в Лондоне.

К.Кук собрала команду единомышленников для того, чтобы привлечь внимание общественности к этому заболеванию. Все вместе они разработали и создали «велосипед с рассеянным склерозом». Над созданием велосипеда, на котором очень сложно ездить, работали не только веломеханики, но и неврологи, психотерапевты, а также пациенты, страдающие этим заболеванием.

Внешне велосипед выглядит совершенно обычно, но человек, желающий проехать на нём, сталкивается со сложностями из-за

того, что шестерёнки, колёса и рама искривлены или дефектны. Пациенты с рассеянным склерозом на первый взгляд также могут показаться совершенно здоровыми, отмечают разработчики, но заболевание совершенно меняет их жизнь.

Люди, пытающиеся проехать на новом велосипеде, смогут хотя бы частично понять, что приходится ежедневно преодолевать таким пациентам, считают разработчики.

В настоящее время более 2 млн человек во всём мире больны рассеянным склерозом. Несмотря на то, что лекарство от этой болезни пока не создано, новые препараты и способы лечения существенно помогают пациентам, улучшая их качество жизни.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации medicaldaily.com

Ар брют (фр. Art Brut – грубое искусство, здесь – необработанное, неограниченное искусство) – термин, введенный французским художником Жаном Дюбуффэ для описания собранной им коллекции картин, рисунков и скульптур, созданных непрофессиональными мастерами, которые как с общественной, так и с психической точки зрения являются маргиналами.

Исповедальное искусство

Первыми художниками ар брют были пещерные люди. Изображения, сделанные ими, наивны, незамысловаты и бесхитростны. Чаще всего они рисовали предстоящую охоту. Такой рисунок был шаманским заклинанием, колдовством и просьбой о завтрашнем успехе. Он обращался к духам политеистических религий, являясь, по сути, языческой молитвой. Позднее изображения на стенах пещер, имевшие при анимизме несколько утилитарное значение, трансформировались в строку, обращенную к монотеистическому Вседержителю. Упоминание о «хлебе насущном» – формальный аналог просьбы о результативной охоте.

И заклипания шаманов, и молитвы, используемые в монотеистических религиях, содержали просьбы, часто меркантильного свойства. Однако, в отличие от языческой ворожбы, в монотеизме были и молитвы, не имевшие подоплёки личной выгоды. Но любое моление – уже само по себе просьба, сигнал о том, что на Земле живёт человек, обращающийся к Богу в своём стремлении быть понятым и в надежде стать лучше.

Молитва как сигнал, послание Богу о том, что есть на свете человек, который знает и помнит о нём, часто сама по себе содержит персональную характеристику этого человека, демонстрируя его качества и свойства. Содержание молитвы, её эмоциональное наполнение позволяют понять сущность молящегося – для того, чтобы затем простить его.

Живопись ар брют выглядит именно таким исповедальным посланием. Рисунки и картины психически больных людей раскрывают суть личности создателей этих изображений.

Картина ар брют – портрет души её автора. Она – сигнал, подаваемый человеком, надеющимся напомнить о себе – как в стихотворении Б.Окуджавы «Молитва Франсуа Вийона» – сперва попросив за многих, в конце поэт несмело добавляет: «И не забудь про меня...»

Сказочная принцесса

Алоиза (Алоиза Корбаз) (1886-1964), швейцарская художница.



Работа Алоизы

Была частной учительницей в знатных семьях Пруссии. С началом Первой мировой войны вернулась в Швейцарию. В 1918 г. у неё была диагностирована шизофрения. После 1920 г. Алоиза уже не писывалась из психиатрической больницы. В это время она начала рисовать. С 1936 г. её работами заинтересовались врачи. Рисовала она на обёрточной бумаге и кар-

Наш вернисаж

Портрет страдающей души

Его показывают картины в стиле ар брют



МЕКСИКА. КУБА. США. ВИНТОВЧНЫЙ ЗАТВОР. А.П. ЛОБАНОВ ВИДЕНИЕ БЫЛО.

Работа А.Лобанова

тоне, склеивая листы вместе, стараясь заполнить всё пространство яркими карандашными красками. Самым частым сюжетом её работ были влюблённые пары.

На самом деле Алоиза представляла себя сказочной принцессой. В сказках принцессы всегда красивы, добры, любимы, богаты и счастливы. Им всё удаётся, иногда после недолгих и неопасных мытарств, они находят свою безоблачную судьбу, и за ними приезжает принц на белом коне. И художница рисовала себя в тех интерьерах и нарядах, которые наиболее подходили к её сути.

Благородный воин

Александр Лобанов (1924-2003), советский художник, в 7-летнем возрасте оглох, перенёс менингит. Любил мастерить игрушки, качели, грузовики. Осенью 1939 г. был направлен в школу-интернат для слепоглохонемых детей в Загорске, но образования получить так и не смог. Жил в Ярославле с семьёй, переселённой из Мологи, оставшейся под Рыбинским водохранилищем. Немного работал учеником слесаря. В 1947 г. был госпитализирован в

подарить ему винтовку). В 1970-е годы, когда художник влюбился в больничную повариху, то нарисовал и её, причём в руках женщины тоже была двустволка. При таком обилии огнестрельного оружия немного странно, что стреляет оно только на одном из ранних рисунков Лобанова, где ребёнок защищается от врага. В эти же годы художник начал делать фотографические автопортреты (их сохранилось более 500), где, как и в рисунках, тоже были винтовки и пистолеты.

На самом деле Лобанов был благородным воином. Он был готов защищать слабых, бороться за справедливость и всегда стоял на страже своего государства.

В подземном царстве

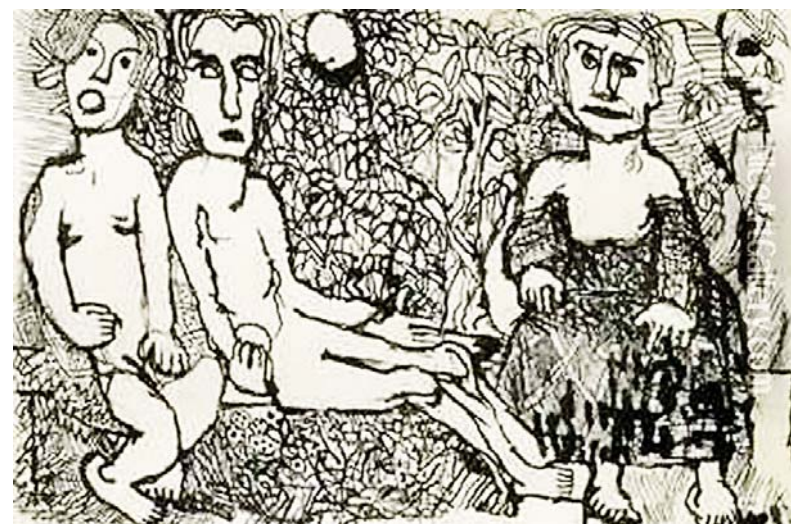
Луи Суттер (1871-1942), швейцарский художник и музыкант, рос одарённым ребёнком. В 1888-1890 гг. посещал факультет математики и естественных наук Лозаннского университета. Однокурсник вспоминал: «Суттер всегда был одинок, тревожен, далёк от реальности». В 1890 г. он изучал инженерное дело. Через 2 года заинтересовался архитектурой, одновременно занимаясь в Королевской консерватории Брюсселя: его учителем был скрипач-виртуоз Э.Изаи. Окончив курс, Суттер стал первой скрипкой оркестра Театра Женевы. В 1895 г. он переехал в Париж, где встретил М.Ферсмана, скрипачку из США, тоже учившуюся у Изаи. Молодые люди поженились.

В 1897 г., переехав в Америку, пара открыла архитектурное бюро. В 1898 г. Суттер стал директором Департамента искусств колледжа Колорадо-Спрингс. Курсы живописи, которые вёл Луи, пользовались большим успехом. Брак выглядел счастливым, карьера шла вверх. Внезапно, в 1903 г. жена подала заявление о разводе. Суттер лишился семьи, дома, денег. М.Тевоз писал: «Он был в плачевном состоянии, физически и психически разрушен, истощён, полностью исчерпан, был не в состоянии сосредоточить своё внимание на чём бы то ни было». Дядя художника приютил Суттера, но вскоре был вынужден отправить его в психиатрическую клинику. После года терапии состояние пациента улучшилось.

В 1907 г. он вернулся в Женеву, где снова стал первой скрипкой театрального оркестра. Однако его нелюдимость и дисциплинарные проблемы привели к тому, что Суттера понизили до второй скрипки.

В 1908 г. он уже играл в симфоническом оркестре Лозанны. Деньги Луи обычно расходовал на роскошные отели и дорогую одежду. Дарил щедрые подарки родным и знакомым, носил шёлковые рубашки, покупал десятки галстуков. При этом Суттер ограничивал себя в еде, порой доходя до форменного аскетизма. Он наказывал себя отказом от пищи из-за чувства вины, никому, кроме него самого, неведомой. В 1915 г. его музыкальная карьера закончилась. Оркестры больше не хотели выступать с этим странным человеком. Теперь он бродил по городу, играя на улицах и в кафе. Изменилась его походка: Суттер ходил, вобрав голову в плечи, сгибая колени, как при езде на велосипеде.

В 1916 г. внезапно умерла его сестра. Обстоятельства этой смерти вызвали слух о суициде. Луи окончательно замкнулся. Семья учредила над ним опеку. В 1918 г. он ещё изредка играл в кинозалах. В 1922 г. его приняли в дом престарелых близ Лозанны. Здесь Суттер провёл последние 19 лет жизни. При малейшей возможности он убежал из приюта, целыми днями бродя по окрестностям. С ним общался лишь его двоюродный брат архитектор Ле Корбюзье. В доме престарелых



Работа Л.Суттера

Суттер начал рисовать – всем и на всём, что подворачивалось под руку. Если не было бумаги, он рисовал на земле. В последние годы жизни у художника испортилось зрение, но это не мешало ему: Суттер говорил о полном обновлении своего визуального мира. Когда его настиг паралич, художник писал пальцами. Умер Л.Суттер в 1942 г. Похоронен близ Лозанны, в Баллеге.

Персонажи картин Суттера выглядят древними хтоническими существами, возникшими одновременно с планетой. Эти фигуры рождались от прикосновения рук художника, не пользовавшегося кистью, от чего его живопись в ещё большей мере выглядела колдовством и шаманством. Изображения стекали с пальцев Суттера, застывая тревожными пятнами и линиями на поверхности земли, словно пытаясь вернуться обратно – в своё подземное царство...

Суттер потерял всё. И сам он всеми был потерян и забыт, оказавшись никому не нужным дальним родственником, о котором никто не вспоминал, и не грустил. Теперь его собеседником был только Бог. И до последних дней художник подавал сигнал о себе, адресуя Ему своё послание: «Это я. Я здесь. Не забудь про меня»...

Пралогическое мышление

До определённой поры творчество душевнобольных не было предметом интересов науки. Если некоторые врачи и собирали картинки, нарисованные сумасшедшими (Г.И.Россолимо), то было, скорее, коллекционированием курьёзов. Перелом наступил в XX веке. В 1922 г. вышла книга Г.Принцхорна «Живопись душевнобольных».

Феномен искусства, не знающего и не признающего общепринятых эстетических норм и использующего в работе любые материалы, стал всё более настойчиво обнаруживать себя, заставляя возвращаться к артефактам такого рода вновь и вновь. Авторы этих спонтанных по исполнению работ не искали правдоподобия, пренебрегали живописной перспективой и масштабом, не признавали границ между реальностью и фантастикой. Но интерес к таким произведениям синхронно рос и в кругу учёных, и в среде эстетов. Учёные танцевали вокруг этого явления, всё чаще относясь к нему как к проблеме, обретавшей всё более научный характер, словно уловив новую лазейку в труднодоступную сферу. Эстеты просто восторгались, затрудняясь, впрочем, классифицировать работы такого рода. Художественная концепция, подведшая идеологический базис под творчество пациентов психиатрических клиник, была создана лишь через 20 лет французским художником Ж.Дюбуффэ; и она возникла не на пустом месте.

Симптоматично совпадение дат и идей: в том же году, что и книга Принцхорна, появилась монография этнолога и антрополога Л.Леви-Брюля «Первобытное мышление». За 12 лет до этого учёный опубликовал монографию «Мыслительные функции в низших обществах». Леви-Брюль создал теорию

о так называемом «пралогическом мышлении». По его мнению, этот тип мышления индифферентен к знанию опыта и имеет сугубо мистический характер. В каждом явлении первобытный человек видел действие сверхъестественных сил и результат колдовства, не сообщаясь с очевидными вещами и даже пренебрегая ими.

Логическое мышление часто представляется аналогом интеллекта. Между тем Вера, Надежда и Любовь – феномены, лишённые напрочь логики, ибо они возникают и существуют вопреки и даже наперекор ей, были дочерями Софии, – мудрости. Логика способствует анализу, вне которого существует прагностика, веря, надеясь и любя. Пушкинский Сальери, «разъявший музыку как труп», «поверивший алгеброй гармонию», был явным аналитиком. Но его композиторская популярность умерла прежде него самого. Моцарт не анализировал: его «...кто-то поддерживал, либо захватывала какая-то могущественная сила».

Молитва тоже нелогична. Но она позволяет прикоснуться к вечности.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Когда этот странный тип уселся рядом с Залетиним, тот почти дремал на не очень-то уютной парковой скамейке и вяло размышлял.

«Нужны новые и правильные лозунги, — лениво думал он, — а то, вишь ты, призвали недавно чиновников дать обязательства начать борьбу с коррупцией, а когда и кому дать, и главное — сколько и в какой валюте, не соизволили сообщить... Неправильно всё это как-то... бестолково...»

Залетин почти тяжело вздохнул и столь же вяло подумал о том, что нужны новые, сильные лозунги, призывы, зовущие в светлые дали...

«Так, а кому дали?.. — уже менее вяло начал вспоминать Залетин. — А главное, сколько?..»

И тут он почти радостно вздохнул, вспомнив, что никому из его коллег и знакомых так ничего и не дали. Даже условно! Точнее, ничего, кроме «золотых парашютов» за выслугу лет. В тот же момент ему в голову почему-то полез давний, полузабытый лозунг одного из не менее давних «вождей»: «Правильным путём идёте, товарищи!». «И господа, тоже!» — добавил мысленно, а точнее глубокомысленно, Залетин.

Но не успел он додумать всю мудрую глубину этого давнего лозунга, как его сосед по скамейке полусосипшим голосом вдруг проговорил:

— Приветствую тебя, человек!
— Это вы что... то есть о чём? — вздрогнул от неожиданности Залетин.

— Приветствую тебя, человек, — говорю... о тебе, — разъяснил странный сосед.

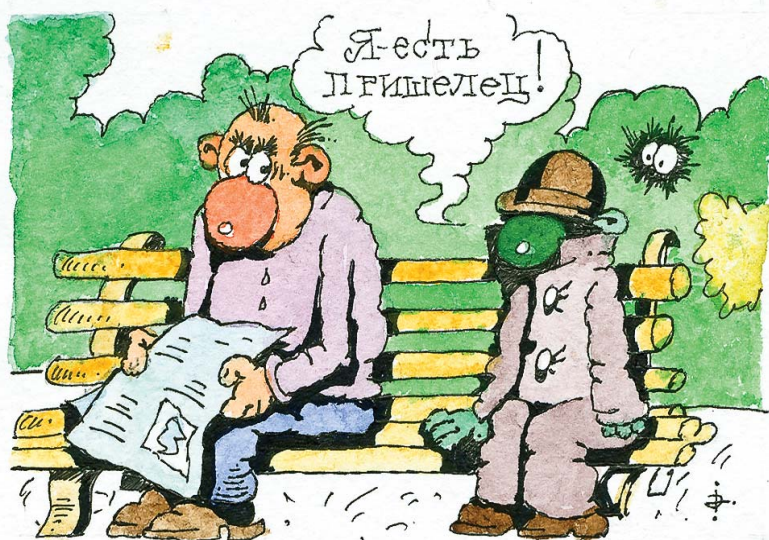
— Ну, привет... от старых штиблет, коль не шутишь, — не совсем вежливо пошутил Залетин и спросил: — Чего надо-то? Дать закурить? Или прикурить?

— Я не есть кур... курить... Я есть представиться от имени всех алдебаранцев!

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

Отставной «барабанщик» и пришелец



— Чего-чего?.. Аль?.. Баранцев?.. — переспросил Залетин и на всякий случай отодвинулся на краешек скамейки. — Вы кто?

— Я есть пришелец, — просипел его сосед.

Залетин взглянул на его зеленоватую, отёкшую физиономию и предположил: «Сейчас деньги станут стрелять...»

— Я не есть стрелять! — несколько обиженно засипел, пришелец, прочитав его мысли. — Мы — мирные люди...

— Во-во, — опять мысленно хмыкнул Залетин, а вслух продолжил:

— Но ваш бронепоезд стоит на опасном пути?

— Мы не есть на опасном... мы

— мирные люди... — сипло выдохнул зеленоватый сосед, обдав Залетина непонятным запахом.

— Всё понятно, наши деньги ему как-то не по вкусу, — додумался Залетин, — сейчас начнёт «зелёные» вымогать.

— Я не есть вымогать, — снова дыкнул на него чем-то непонятно-незнакомым сосед и пояснил: — Представители двух мыслящих миров должны вступить в контакт!

— Иностранец, что ль? — почему-то испугался Залетин. — Может, индонезиец какой? Или вообще с островов Зелёного Мыса? Где эти самые, вирусы Эболы?.. Сейчас ещё заставит третьего искать, чтобы сообра-

зить?.. — А вслух насторожённо поинтересовался: — На двоих, что ли, хочешь?

— Да, да! — обрадованно закивал «зелёный». — Сейчас — на двоих, потом — можно будет больше!

— Я в чужих компаниях не привык! — гордо отрезал Залетин и попытался подняться со скамейки, но в тот же момент какая-то неведомая сила припечтала его к ней.

— Я прибыл установить контакт! Я есть пришелец! — настойчиво повторил зеленоватый сосед.

— Ну так что же? — почти вспылил Залетин. — Я вот тоже сюда пришёл, а не приехал... на машине...

И тут Залетин глубоко опечалился, вспомнив, что ещё недавно ездил всюду на служебной машине... которую недавно отобрали, правда, не вместе с привилегиями.

— А я есть пришелец с машины! — показал куда-то вдаль зеленомордый.

— Ну и иди ты... вы... туда! — разозлился Залетин, поскольку всё ещё никак не мог пошевелить тем местом, на котором просидел на своём высоком посту не один десяток лет, тем местом, каким он делал свою долгую карьеру. — Или разъясни популярно, чего тебе надобно-то?

— Надобно-то сделать контакты с лучшими представителями

этой планеты! — тут же засипел зеленоватый.

— Вот! Всем нужны контакты... с лучшими... — опечалился Залетин. — Только нет их больше у меня... Были, да сплыли... Так-то вот, мужик.

— Нет — контактам? — разочарованно просипел пришелец. — Это есть нехорошо! Очень нехорошо!

— А то!.. — понурился Залетин. — Как жалка... у пчёлки... что ты не есть человек! — тяжело вздохнул его сосед по скамейке. — А кто ты есть?

— Кто-то — дед пихто и баба ништо!

— Ты есть би... би...?! — ахнул «пришелец».

— Ещё чего! — гордо обиделся Залетин. — Я теперь — «отставной козы барабанщик», вот кто.

— О!.. — выдохнул на него сосед. — Ты есть представитель фауны?! Тогда всё это есть большой ошибка!

Зелёный ещё больше позеленел и как-то съёжился. А Залетин хотел было возразить, разъяснив, что он фауну не представляет, но в этот момент самая усидчивая часть его тела вдруг полегчала, и отставник лихо вскочил с парковой скамейки и припустился по аллее от греха, т.е. от межпланетного контакта подальше. Не забывая ругать в душе всё новое, странное и непонятное...

Московская область.

Умные мысли

Филипп ТЕЛИЧКИН

С друзьями и врагами — по жизни

- Куда телега, туда и лошадь — виновата.
- Человечество начиналось с одиночества. Если не считать Создателя.
- Заблудившийся в трёх соснах, был трижды принят в Союз лесорубов.
- Трусы — семейные, значит мужик — холостой.
- Сокол в небе, а тень — на земле.
- Я ничего не откладываю на завтра. У меня листики календаря — кончились.
- Сегодня — заработаешь в морду. Завтра — получишь бесплатно.
- Твои потерянные друзья сразу находят друг друга и становятся твоими врагами.
- Время от времени — живём совсем без времени.
- Блондинки теряются в тёмном прошлом.
- Смотришь ТВ одним глазом — сберегаешь зрение. Хочешь сохранить всё здоровье — закрой оба.

- Пунктуальность — камни на дороге жизни.
- Мэрия Москвы обязана купить всем москвичам новую красивую обувь. Не будем же мы в старых шлёпанцах шоркать по новым тротуарам.
- Не умеешь думать, «не доставай» умеющих думающих.
- Утонул в собственной желчи.
- Пусть нефть падает в цене, главное — чтобы нефтяные вышки стояли.
- Жизнь идёт по солнцу, а рабочая жизнь — по будильнику.
- Давайте без перегибов. Колёса нам больше не нужны. Рельсы — поржавели.
- Лето, жара... Женщинам нечего одеть. Зато мужикам есть на что посмотреть.
- Что за мода: как в тюрьму, так сразу голодать. Это солидарность с продуктовой корзиной?

- Раньше мы звёзды с неба доставали, теперь они нас достают.
- Дело оказалось «мокрым» — все заплакали.
- Скидки — это накидки на доверчивого покупателя.
- Сюжет — кончился. Книга ещё и не начиналась.
- Не ходите по газону. Городская целительница голову оторвёт каждому, кто топчет целительные травы.
- Нашёл чемодан с деньгами? Теперь жди, когда тебя найдут.
- Жена детского поэта написала на собственного мужа заявление в прокуратуру: «Этот сочинитель замучил собственного ребёнка собственными сочинялками».
- Каждый шар ищет свою лузу.
- Природа на детях отдыхает. А дети на родителях — зарабатывают дивиденды.

- Пищевой промышленности требуется большая химчистка.
- Возвращение мёртвых душ чревато опасным увеличением их контингента.
- Прошлое искривляется в наших ме-муарах.
- Удивительно, но закономерно: рейтинг СМИ зависит от количества доставшихся окружающим тумakov. Остальные факты в рейтинг не засчитываются.
- В какое общество не приду, везде собственное «общественное мнение».
- Всего заслужить нельзя. Службы не хватит.
- Любовь — лабиринт. Есть ниточка — выйдешь к финишу.
- Запасы мечты — неизмечтаемы.
- В старые добрые времена и будильники относились к хозяину добрее.

Курская область.

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

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

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

Дежурный член редколлегии — В.ЗАЙЦЕВА.

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-06-00500 Тираж 28 341 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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