

Медицинская

23 декабря 2011 г.
пятница
№ 99 (7228)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году

Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ

Акции

Золотые голоса врачебного сословия

Лауреаты фестивалей искусств медиков на нашей акции «Три дня в Твери»



Правильно было бы назвать это действо «Три дня в Твери – 2», так как именно на верхневолжской земле родилась традиция собирать победителей, призеров номинаций и лидеров направлений в середине межфестивального сезона. Тогда, в декабре 2007 г., гостями Тверской государственной медицинской академии были представители всего трех городов – Москвы, Рязани и Смоленска. На этот раз география стала куда шире: к москвичам, рязанцам и смолянам присоединились талантливые врачи и студенты из Астрахани, Казани, Красноярска, Самары и Ярославля. Акция проходила под патронажем Профсоюза работников здравоохранения РФ, Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, «Медицинской газеты» и Тверской ГМА, отмечающей в эти дни свое 75-летие.

Риму подобная Тверь?

Город встретил нас приветливо, чистыми улицами и зданиями, во всяком случае, нам показалось, что древняя Тверь выглядела значительно лучше, чем 4 года назад.

И совсем уж не «злой старухой», как писал один верхневолжский поэт. «Три дня» начинались с экскурсии по городу, и уже у памятника Афанасия Никитина произошло знаковое событие. Камера фотокорреспондента «МГ» зафиксировала уникальное

мгновение коллективного снимка: 11 часов, 11 минут, 11 секунд 11-го месяца 11-го года. Сразу 10 единиц! Все радостно восприняли этот знак судьбы, и правильно сделали.

Зная еще со школы, что Тверь вполне могла стать столицей русского государства (ах, если бы не Москва!), мы все-таки были профанами в истории города. Автобус остановился на живописной Советской площади, от которой начинаются целых 7 улиц! Таким городским перекрестком обладает только Рим.

(Окончание на стр. 12–13).

НА СНИМКЕ: у Афанасия Никитина в 11 часов 11 ноября 2011 г.

Перспективы

Здоровье столицы: в новый год с новыми надеждами

Два дня в здании московской мэрии на Новом Арбате проходила X, юбилейная ассамблея «Здоровье столицы». Ее участниками были известные российские ученые и специалисты из почти тысячи московских ЛПУ. На 32 научно-практических конференциях обсуждались проблемы кардиологии, острого пиелонефрита, инфекций, психотерапии, колопроктологии и многие другие. На пленарных заседаниях ассамблеи рассматривались самые важные вопросы сегодняшнего и завтрашнего состояния столичного здравоохранения. О них на пресс-конференции журналистам рассказал руководитель Департамента здравоохранения Москвы доктор медицинских наук Леонид ПЕЧАТНИКОВ.

– Впервые за многие десятилетия в уходящем году нам выделены средства на закупку самого современного высокотехнологичного оборудования. Оно уже установлено и устанавливается в наших больницах и диагностических центрах, которых в Москве станет в 10 раз больше, чем сегодня.

Меняется и структура столичного здравоохранения. В каждом округе создана Дирекция по обеспечению деятельности ЛПУ, ликвидированы барьеры между стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью. Теперь 5 участковых поликлиник будут «замкнуты» на консультативно-диагностический центр, оснащенный компьютерными и магнитно-резонансными томографами, другим новейшим оборудованием, работающий практически круглосуточно.

Мы делаем упор на оказание амбулаторно-поликлинической помощи. Почему? Необходимо устранить отставание от мировых тенденций, когда более 60% больных получают полноценную медицинскую помощь на амбулаторном этапе. И не только потому, что это обходится дешевле, это удобнее для человека – ему дома комфортнее. А у нас 60–70% пациентов госпитализируются часто необоснованно.

Но дальше возникает серьезная проблема: гото-

вы ли к таким переменам сами врачи, достаточна ли их квалификация? Далеко не везде готовы. Поэтому система профессионального образования врачей должна пересматриваться, что вызывает серьезную озабоченность и у мэра Москвы С.Собянина. Поэтому мы хотим в 2012 г. создать в столице дополнительную систему профессионального образования и усовершенствования. Важно сочетание структурной перестройки, оснащения техникой ЛПУ и высокого профессионального мастерства врачей и среднего медперсонала.

На вопрос корреспондента «МГ», какие сложности возникли при реализации столичных программ в 2011 г. и что предстоит сделать в наступающем, Л.Печатников ответил:

– Мы хотели все намеченные на 2011 г. программы осуществить быстрее. Однако из-за того, что средства, выделенные на модернизацию, были получены только в середине года, процедура затянулась. Но многое оборудование уже закуплено, заключены необходимые контракты.

На реструктуризацию московского здравоохранения, создание окружных дирекций, сокращение на 32% числа чиновников потребовалось больше полугода. Реально этот процесс завершился только в сентябре.

(Окончание на стр. 2.)

Тенденции

Сельчане купят лекарства в ФАПах

Лицензии на розничную торговлю лекарственными препаратами выданы 334 фельдшерско-акушерским пунктам, амбулаториям и отделениям врача общей практики Краснодарского края. Жители более 200 малонаселенных станиц и хуторов, в которых отсутствуют аптеки, уже приобретают лекарственные препараты в ФАПах и амбулаториях. В остальных заканчиваются подготовительные мероприятия. По программе дополнительного профессионального образования обучено 600 работников со среднего медицинского звена.

Большое значение для Краснодарского края, где почти половина населения проживает в сельской местности, имеет вопрос доступности лекарственной помощи жителям отдаленных сельских поселений.

Законодательная основа решения данного вопроса появилась в сентябре 2010 г. с вступлением в силу Федерального закона «Об обращении лекарственных средств». В соответствии с перечнем поручений Прези-

дента РФ и во исполнение постановления губернатора Краснодарского края «О лекарственном обеспечении жителей сельских поселений» Департамент здравоохранения администрации края осуществляет работу по выдаче лицензий медицинским организациям и их обособленным подразделениям, в которых жители сельских поселений смогут приобрести лекарства.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Краснодарский край.

В НОМЕРЕ

VI Международный конгресс по репродуктивной медицине.

Стр. 3.

Что показала представительная встреча психиатров в Москве.

Стр. 5.

Новости

Повышают зарплату

С начала 2012 г. свыше 90 ЛПУ Омска, пока еще относящиеся к муниципальным, войдут в областную систему здравоохранения. Такая единая территориальная инфраструктура в регионе позволит добиться полного выполнения стандарта медицинского и лекарственного обеспечения населения на всей территории области независимо от удаленности от областного центра.

Однако при этом плюсе есть и минусы. И главный из них – состояние городских больниц и поликлиник, на ремонт и оснащение которых современной техникой, чтобы они соответствовали стандарту областных, потребуются значительные средства. Но в правительстве Омской области уже изыскали на эти цели источники финансирования, как и на повышение заработной платы всем медицинским работникам, не исключая и медицинский персонал в сфере общего образования, на 50% с 1 января 2012 г.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Лучше, чем в городе

В национальный реестр «Ведущее учреждение здравоохранения России» включена недавно Брянская ЦРБ. Специалисты уверены, что уровень оказания медицинской помощи в этом сельском (!) ЛПУ уже в ближайшей перспективе подтянется к планке ведущих лечебных учреждений.

Здесь работают межрайонные хирургическое, гинекологическое и реанимационное отделения, которые обслуживают пациентов из соседних районов области. А 12 врачебных амбулаторий, 29 ФАПов и посты скорой помощи в селах обеспечивают оказание медицинской помощи населению в радиусе около 100 км. В самой же ЦРБ открыт круглосуточный стационар на 175 коек, в амбулаториях функционируют дневные стационары.

Настоящей гордостью лечебного учреждения стало хирургическое отделение, оснащенное лапароскопическим оборудованием. Здесь проводят весь спектр оперативных вмешательств, освоили пластику оперирования грыж с использованием полипропиленовой сетки. Причем главный врач ЦРБ Николай Щеглов – вроде играющего тренера, проводит даже операции на сердце.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

«Обновки» для больницы

В Челябинскую областную клиническую больницу по программе модернизации здравоохранения поступило новое медицинское оборудование. Среди «обновок» есть и уникальные для Уральского федерального округа.

Так, один из трех полученных отделением функциональной диагностики аппаратов для анестезии существует всего в нескольких экземплярах. «Чудо-техника» позволяет проводить МРТ под наркозом, аппарат полностью лишен железных частей, поэтому совместим с магнитом. Среди другого оборудования – 5 УЗ-аппаратов для функциональной диагностики сердца и сосудов. Один из них относится к эксперт-классу и дает возможность произвести наиболее полное на сегодняшний день исследование.

Гордость медиков – переносной аппарат, который помогает обследовать даже нетранспортабельных пациентов в условиях реанимации, чего не было до сих пор.

Хирурги тоже стали обладателями новейшей техники. Им достались 2 ультразвуковых прибора, один из которых способен производить исследования во время операции. Согласно условиям аукционов, по которым закупается современное оборудование, компании-поставщики проводят обучение персонала больниц, который будет работать на новой аппаратуре.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Перспективы

Здоровье столицы:
в новый год
с новыми надеждами

(Окончание. Начало на стр. 1.)

И в 2012 г. продолжится ликвидация совершенно ненужных структурных подразделений. Лично я считаю абсолютно неправильным, скажем, существование части узкопрофильных больниц.

Нам нужно будет «выстроить» научно-практические центры восстановительного лечения. Ликвидируемые врачебно-физкультурные диспансеры становятся окружными подразделениями центров восстановительной медицины. Поскольку подготовкой спортсменов, согласно существующему законодательству, занимаются подразделения ФМБА, наша задача – использовать эти диспансеры для реабилитации больных, перенесших инсульт,

черепно-мозговые травмы и др., придать их деятельности медицинскую направленность.

2012 г. станет важной вехой в решении проблемы выхаживания новорожденных весом от 500 г. Сегодня это подвиг, а со следующего года должно стать нормой. В рамках программы модернизации будет закуплено большое число госпитальных кувезов и реанимационного оборудования для младенцев. К чести отечественных производителей, аппаратура очень хорошего качества. При стоимости в 2 раза ниже, чем ранее производимая. Думаю, что к середине 2012 г. оснащенность профильных учреждений данной аппаратурой будет достаточной.

Леонид ПЕРЕПЛЁТЧИКОВ,
обозреватель «МГ».

Рядом с нами

Два сердца
бьются в унисон

«Шустрые детки» появляются на свет в очень хороших условиях

В родильном отделении роддома Ессентуков заведующая Ольга Соколова «держит руку на пульсе», причем и в буквальном, и в переносном смысле: на ленте кардиомонитора фиксируется биение двух сердец.

Дело в том, что Раиса Белхароева, которой предстоит родить через несколько дней, ждет двойню. Согласно кардиограмме, сердечки малышей бьются нормально, да еще и в унисон, по-другому и быть не должно: беременность протекала хорошо, дети доношенные. «Только слишком шустрые, – сетует, улыбаясь, будущая мама. – Наверное, чувствуют, что скоро увидят белый свет, вот и показывают свое нетерпение».

Как рассказала главный врач Софийа Чотчаева, роженицы из Чеченской и Карачаево-Черкесской республик, а также из близлежащих городов-курортов Кавказских Минеральных Вод – желанные гости в этих стенах. В чем секрет такой популярности? Все без исключения пациентки роддома, с которыми удалось побеседовать в период подготовки этого материала, главным обстоятельством его «неземного притяжения» называли доброжелательность и чуткое отношение медперсонала. За такой оценкой обывателей стоят цифры местной статистики: за последние 10 лет показатель перинатальной смертности снизился в 3 (!) раза и составляет в 2007–2010 гг. около 5% на 2,5–3 тыс. родов. Безусловно, одна из привлекательных сторон такой популярности – родовые сертификаты. Так, только за 11 месяцев нынешнего года реализация этой программы принесла роддому 18,5 млн руб. В конечном счете, это не только увеличение доплат для медперсонала, новое оборудование, медикаменты, но также и дополнительное питание, витамины для беременных.

Преобразования во многом стали возможны благодаря всесторонней поддержке кураторов реформы – заместителя министра здравоохранения Ставропольского края И.Скорик, главного акушера-гинеколога Е.Нередько; частый гость в этом роддоме и министр здравоохранения Ставропольского края В.Махаров.



С.Чотчаева, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения РФ, до назначения главным врачом отработавшая 10 лет в должности заведующей родильным отделением, не понаслышке знает все организационные тонкости и «подводные камни» и умеет найти выход из каждой ситуации. Не сидят сложа руки и сами роженицы, желающие попасть именно в этот роддом. Накануне родов они приезжают в Ессентуки и устраиваются где-то по соседству. Главное же, на мой взгляд, в том,

что женщина наконец-то получила реальное право выбора в самом важном вопросе – где и в каких условиях ей родить.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

НА СНИМКЕ: два сердца бьются в унисон, и за этим внимательно следит заведующая родильным отделением Ольга Соколова.

Фото автора.

P.S. Пока материал готовился к печати, Р.Белхароева родила, как и предполагалось, двойню, тех самых «шустрых малышей» – мальчика 3,2 кг и девочку 3 кг. Дети здоровы и уже вместе с мамой находятся дома – в родной Ингушетии....

Конференции

Медсестры могут многое...

В Москве состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Роль сестринского персонала в первичном здравоохранении».

– Нам предстоит очень многое сделать, чтобы средний медицинский персонал, медицинские сестры и фельдшеры заняли свое достойное место в системе здравоохранения, – отметила начальник отдела Департамента образования и кадровых ресурсов Минздравсоцразвития России Ирина Купеева, приветствуя участников конференции.

В ходе ее рассматривались такие вопросы, как формирование здорового образа жизни у населения, работа с группами риска, иммунопрофилактика и пр.,

которые решают и могли бы еще успешнее решать специалисты сестринского дела – наиболее многочисленный отряд российского здравоохранения.

По словам профессора кафедры общественного здравоохранения и заведующей курсом профилактической медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Галины Сквирской, деятельность медсестры финансируется сегодня фондом ОМС в структуре врачебных мероприятий, что служит препятствием тому, чтобы медицинские сестры становились самостоятельными фигурами, оказывающими определенные виды услуг в пределах компетенции. Профессор озвучила участников конференции

с новой, разработанной учеными моделью поликлиники, где очень большая роль отводится сестринскому персоналу.

С докладами выступили член-корреспондент РАМН Владимир Кучеренко, заведующая кафедрой общественного здравоохранения и профилактической медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова профессор Людмила Сырцова.

Секционные заседания были посвящены темам управления и организация медицинской помощи в первичном звене, качества сестринского ухода, неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Москва.

«Круглый стол»

Возрождая традиции сострадания

Современные проблемы лечения, профилактики и социальной реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами, были в центре внимания участников «круглого стола» на тему «Инвестиции в психическое здоровье – вклад в будущее нации». Это мероприятие прошло в рамках заседания общественного совета по вопросам психического здоровья и церемонии награждения победителей Всероссийского конкурса «За подвижность в области душевного здоровья» имени академика РАНН Т.Б.Дмитриевой.

Согласно статистике, до 20% населения планеты нуждается в специализированной психиатрической помощи, а в России этот показатель достигает 25%. Провозглашенный ВОЗ в 2011 г. лозунг «Инвестиции – в психическое здоровье» призван привлечь внимание государства и общества к проблеме финансирования психиатрии.

По данным современных отечественных и зарубежных исследований, недостаточный объем вложений в службы психического здоровья отрицательно сказывается на уровне их работы. В 2010 г. прямые затраты на лечение психических заболеваний обошлись нашему государству в 0,3% ВВП (53,7 млрд руб.). Однако, по мнению экспертов, для того, чтобы служба нормально функционировала, данная статья расходов в общем объеме ВВП должна составлять не менее 1%. Кроме того, эту цифру необходимо закрепить законодательно, как, например, это сделано в Германии.

– Достойное финансирование является необходимым условием нормальной работы психиатрических учреждений, оно даст возможность врачам обеспечивать своих пациентов той медицинской помощью, в которой они так остро нуждаются, – уверен председатель общественного совета по вопросам психического здоровья профессор Василий Ястребов. – Ведь именно состояние психического здоровья граждан определяет уровень интеллектуального, культурного, творческого и производственного потенциала страны.

В условиях недостатка финансирования на первый план выходят проблемы, связанные с рациональным использованием имеющихся ресурсов, считает и.о.

директора Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Зураб Кекелидзе. Сегодня разрабатываются стандарты оказания медицинской помощи, и важно, чтобы в них вошли препараты, имеющие высокий профиль безопасности и эффективности именно с позиций доказательной медицины, подчеркнул выступавший.

Дискуссия по поводу того, какое место должна занимать психиатрия в открытом обществе, активно ведется в последние 20 лет. К сожалению, до сих пор среди подавляющей части населения сохраняется негативное отношение как к самим больным, так и к врачам-психиатрам. Вместе с тем если обратиться к истории, то в России всегда сохранялось сострадательное отношение к душевнобольным. Возродить эти традиции, поднять престиж отечественной психиатрии – эти цели послужили основанием для учреждения при общественном совете конкурса «За подвижность в области душевного здоровья». Это мероприятие проводится с успехом уже несколько лет при поддержке биофармацевтической компании «АстраЗенека».

– Мы убеждены, что охрана душевного здоровья должна стать всеобщим приоритетом, – отметил медицинский директор компании Алексей Степанов. – Укрепление психического здоровья российских пациентов требует активных совместных действий государства, неправительственных организаций и бизнеса. Мы готовы и впредь оказывать всестороннюю поддержку проектам, которые направлены на решение этой простой задачи.

Ирина АНДРЕЕВА.

С 17 по 21 января 2012 г. пройдет
VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
(Москва, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»)

Организаторами мероприятия выступают Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова», кафедра репродуктивной медицины и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Общество по репродуктивной медицине и хирургии, Российская ассоциация эндометриоза и конгресс-оператор ООО «МЕДИ Ивент». Научная программа мероприятия сфокусирована на наиболее актуальных вопросах репродуктивной медицины: профилактике материнской и перинатальной смертности, репродуктивных потерь, ведении беременных с преэклампсией

и экстрагенитальной патологией, снижении рисков и профилактике осложнений вспомогательных репродуктивных технологий, сохранении репродуктивного здоровья при эндокринной и онкологической патологии; на состоянии здоровья и качестве жизни в переходном и пожилом возрасте. Пройдут пленарные заседания, посвященные профилактике и лечению патологии шейки матки, заболеваний, передающихся половым путем. Специальные разделы программы будут посвящены новым методам лечения генитального эндометриоза, современным аспектам лечения бесплодия, в том числе и новым подходам в подборе методов стимуляции овуляции.

Среди докладчиков конгресса ведущие российские ученые, специалисты и их зарубежные коллеги из авторитетных университетов, клиник и медицинских центров Бельгии, Франции, Италии, Испании, Великобритании, Германии, Израиля, США, Канады и других стран: Ж.Аму, Б.Арабин, А.Атала, В.Барнет, Ф.Бушар, З.Бен Рафаэль, А.Ваттзез, М.Гамбачиани, В.Гомел, С.Гордтс, А.Грациоттин, С.Дайя, Я.Депрест, А.Де Черни, А.Дженаззани, Ж.Ди Ренцо, А.Еберт, К.Зондерван, С.Кеннеди, Л.Кисель, Ф.Конинкс, Э.Маквей, Л.Майклс, В.Морозов, Г.Наргунд, Ф.Нафтолин, Ф.Петраглия, Х.Ремохи, В.Сеникас, Н.Стрельченко, Д.Тру, А.Уссия, Р.Фанчин, Р.Фридман, Л.Хюммельшой, Ф.Червенак, А.Шиндлер и др.

Во время мероприятия пройдут трансляции из новых операционных центра и показ видеофильмов, будет работать выставочная экспозиция ведущих российских и зарубежных производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования.

В рамках конгресса пройдет совещание главных внештатных специалистов с обсуждением актуальных организационно-практических вопросов современного акушерства и гинекологии.

Сопредседатели конгресса:

Г.Т.Сухих – академик РАНН, директор ФГБУ НЦАГиП им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития России; Л.В.Адамян – академик РАНН, заместитель директора ФГБУ НЦАГиП им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития России, главный специалист по акушерству и гинекологии Минздравсоцразвития России.

Подробная информация на сайтах:
<http://www.reproductive-congress.ru/>; <http://www.mediexpo.ru>
Контактный телефон – 8 (495) 721-88-66.

Акция

Студенты поднимут медицинскую грамотность

Российский университет дружбы народов включился в программу по пропаганде медицинских знаний среди жителей города. В ее реализации большую роль призваны сыграть не только медицинские работники, педагоги, но и будущие врачи – студенты.

РУДН поддержали Ассоциация московских вузов и департаменты образования и здравоохранения столицы. Университет инициировал проект «Медицинская грамотность населения Москвы», который направлен на работу по формированию здорового образа жизни среди детей и подрост-

ков. Сейчас уже завершается подготовка волонтеров из числа студентов медицинского факультета РУДН. Добровольцев для работы в школах и детских садах отбирали опытные педагоги и тренеры международного класса. Сформирована первая команда – 20 человек. Волонтеры регулярно посещают специальные занятия-тренинги: «Я – волонтер», где отрабатываются не только навыки организации бесед по тематике «здоровый образ жизни», но и игр и уроков, способствующих закреплению знаний и формирующих бережное отношение к собственному здоровью.

В рамках реализации проекта проходят встречи студентов РУДН с выдающимися спортсменами России, звездами кино и театра, лидерами неформальных общественных и молодежных движений. Цель мероприятий – познакомить ребят с людьми, которые следят за своим здоровьем и уверены в том, что оно помогает достигнуть высот в карьере и увеличивает продолжительность жизни.

Волонтеры РУДН планируют провести в школах Москвы акцию «Информационная палатка для старшеклассников». В интерактивном игровом режиме студенты обсудят со школьниками вопросы профилактики наркомании, табакокурения, употребления алкоголя и энергетических напитков.

Татьяна КОСТИНА.

100 строк на размышление

Меморандум доктора Онищенко

Как бы это ни выглядело со стороны, но общество обязано признать, что и де-юре, и де-факто все инициативы главного государственного санитарного врача РФ Геннадия Онищенко оправданы. Собственно, инициативами его решения назвать нельзя – это всего-навсего исполнение своих прямых функциональных обязанностей.

Отчего же некоторые распоряжения Геннадия Григорьевича вызывают отторжение у населения и сарказм публицистов, политологов? Вот остерег он манифестантов «за честные выборы» от Болотной площади – разве не резонно? Хлябь, холодный ветер – жуть! Недалеко до серьезных болячек. А стоит ему по долгу службы хоть чуточку погладить кого-либо против шерсти, как обзовут сатрапом. Вот самый свежий пример.

На Новый год со всей страны потянутся в Москву поезда с детьми. Это будут так называемые



«организованные детские группы», которые повезут школьников на Кремлевскую елку. По этому случаю главный государственный санитарный врач РФ издал до-

кумент, в котором расписано, как следует организовать большое новогоднее путешествие, чтобы не допустить вспышки инфекционных заболеваний.

Наградили ребенка поездкой на Кремлевскую елку! Ребенок, родители на седьмом небе от счастья. И тут объявили, что надо представить справки о прививках. Г.Онищенко распорядился, чтобы у всех детей были в наличии справки о проведенных профилактических прививках против полиомиелита, кори и гриппа, а также об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 3 недель. Скажете, строго. Но ведь столь строгие меры связаны с сезонным распространением гриппа и ОРВИ. В настоящее время в России превышены пороговые значения заболеваемости в 21 субъекте страны!

Кстати, Онищенко также рекомендовал руководителям органов управления здравоохранением в субъектах РФ запретить детям употреблять в пути следования домашнюю пищу и продукты, приобретенные на станциях, а сухие пайки не выдавать без согласования с управлениями Роспотребнадзора по субъектам РФ. На такую почти – без иронии! –

отцовскую заботу часть СМИ, а главным образом Интернет разразились гневом и насмешками, экивоками на опальную боржоми. Спорить с ними, что-либо доказывать я бы не стал – не хочу угодить в сатрапы. Просто посоветовал бы повертеться несколько минут у детских инфекционных стационаров, заглянуть в заплаканные глаза задавленных горем родителей.

Между тем меня больше возмутила совершенно иная грань коллизии вокруг Кремлевской елки, на которую надо бы направить энергию обывательского гнева. Большинство родителей просто взяли (читай, купили) липовые справки о прививках, как обычно, и отправили своих чад без проблем в Москву на елку! Впрочем, за разъяснениями по поводу такой российской практики я бы не стал обращаться к доктору Онищенко. Скорее, это вопрос к юристу Медведеву...

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

В мире всё более меняется возрастная демографическая структура населения. Растет число пожилых, причем чем старше возрастная группа, тем интенсивнее увеличивается ее численность. К 2050 г. на планете лиц старше 60 лет будет более 2 млрд, они составят 20% населения земного шара. Фактически уже сейчас формируется новая цивилизация долгожителей, при которой на Земле одновременно будут жить не три, как сейчас, а пять и более поколений. Та же тенденция наблюдается и в России. Как организовать жизнь человеческой популяции в новой возрастной демографической ситуации? Эти проблемы обсуждались недавно на прошедшем Всероссийском социальном форуме «Мир активного долголетия – 2011». В рамках его прошла конференция, на которой внимание было уделено, прежде всего, проблемам медицины.

Здоровье нации – национальный приоритет

Открывая конференцию, директор Научно-клинического центра геронтологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН В.Шабалин подчеркнул, что главная задача в условиях постарения населения – максимально продлить период активной жизни человека и сделать минимальным период немощности. Сегодня у нас много межпоколенческих претензий, в основе которых лежит недостаточное понимание обществом фундаментальной роли старения в эволюционном развитии человечества. Именно этот биологический фундамент является основой различных сфер межвозрастных взаимоотношений – в семье и на работе, в обиходной жизни и политике, экономике и устойчивом развитии общества в целом. Только преодолев барьер межвозрастной отчужденности, можно создать гармоничное общество.

В сознании большинства людей укрепилось, что пенсионеры – это «отработанный материал». А это неверно. Всего 2-3% из них не могут себя обслуживать и нуждаются в постороннем уходе. Большинство людей 60-70 лет не считают себя стариками и готовы трудиться.

Тем не менее работодатели создают ситуацию возрастной дискриминации. В.Шабалин считает, что в связи с резкими возрастными демографическими изменениями надо, с одной стороны, побуждать пожилого человека к активной социальной и экономической жизни, с другой – создавать все необходимые условия для реализации профессионального потенциала и мудрости пожилых. Важно еще раз напомнить, что ООН ставит проблему глобального демографического старения на один уровень с проблемой сохранения мира на планете. По инициативе Совета Федерации и Госдумы РФ группа специалистов приступила к разработке программы «Россия: активное долголетие». Главная задача, сказал в заключении В.Шабалин, – стратегическая: создать цивилизацию долгожителей. Это не геронтология, а цивилизация, которая касается всех возрастных групп, а не только людей старшего поколения. Чтобы человек стал долгожителем – об этом нужно заботиться с момента его рождения, а не по достижению 60 лет. База цивилизации долгожителей – это современное молодое поколение, а для создания такой цивилизации сегодня должны работать представители всех возрастных групп.

Когда «золотая руда» под ногами

– Вся жизнь я как невролог лечил пожилых людей и считал себя большим специалистом в этом вопросе, – сказал заместитель руководителя НКЦ геронтологии профессор М.Якушин. – А геронтологией занимаюсь полтора года, но могу сказать – вот это настоящая наука, которая

Деловые встречи

Шаги к цивилизации долгожителей

У нас происходят заметные демографические изменения, которые и радуют и огорчают

требуется приложения усилий, это огромное поле для деятельности, благодатнейшая стезя, трудясь на которой мы, медики, реально можем сохранить здоровье не просто отдельным гражданам, определенным слоям населения, а нации. У нас миллионы людей умирают от несогласованных врачебных действий, мы должны консолидироваться, и этому как раз и посвящен наш форум.

Далее М.Якушин акцентировал внимание на мысли, что продолжительность жизни – это не самое главное, а вот немощ-

тров здоровья пожилых. Надо сделать видеофильм о каждом долгожителе – как он себя чувствовал в разные периоды жизни, чем питался, как отдыхал. Департамент социальной защиты населения Москвы, Министерство здравоохранения Московской области включились в эту работу, столичные геронтологи сотрудничают с кафедрами Курского государственного медицинского университета. Это доказывает, что в решении данной глобальной задачи надо идти рука об руку...

старения замедляется, именно поэтому такие люди имеют возможность дожить до периода поздней старости.

Проблема одиночества – еще один фактор дестабилизации здоровья, эмоциональное состояние стареющего человека – вопрос вовсе не праздный. Геронтологи стали придавать большое значение заместительным вариантам социальной помощи: активно привлекают волонтеров, студентов-медиков, психологов. Опыт показывает, что только в совокупности всех мер политического, правового, социального и медицинского характера можно повысить уровень качества жизни.

В заключение профессор Горшунова напомнила слова великого философа Эммануила Канта о том, что всего более живут в том случае, если менее всего заботятся о продлении жизни, но однако соблюдают осторожность. Это золотое правило не следует никому забывать.

Открытие мирового уровня

Вот уже много лет результаты работы заведующей лабораторией НКЦ геронтологии, доктора медицинских наук, профессора Светланы Шатохиной, которая проводится под руководством академика В.Шабалина, известны в мире, признаны во многих странах. Не случайно выступление Светланы Николаевны вызвало у собравшихся на форуме специалистов громкие аплодисменты.

В центре разработана новая технология оценки адаптационных резервов организма человека. В чем же их суть? Всем известно, что организм человека состоит из устойчивых структур – клеток и высокодинамичных биологических жидкостей. Если методы исследования клеточных структур широко используются в практической медицине, то о структурах биологических жидкостей в медицинской практике прежде не было известно. Биологические жидкости содержат в себе интегральную картину гомеостаза человека, они являются зеркалом метаболических процессов, протекающих в клетках. Для получения такой информации была разработана специальная технология, при которой жидкость в определенных условиях переводится в твердое состояние. При этом формируется «портрет» всех

сложных в ней взаимосвязей, и картина становится доступной для исследования и расшифровки. Высушенную пленку назвали фацией (от греч. – образ, лицо). По своему информационному наполнению фация биожидкости может быть приравнена к гистологическому срезу.

В настоящее время с помощью этой технологии по системной организации фаций сыворотки крови можно установить четыре

основных состояния организма: физиологическое устойчивое, физиологическое неустойчивое, патологическое устойчивое. То есть всю гамму состояний, в которых периодически пребывает человек в течение жизни. При этом оценивается и потенциал адаптационных возможностей организма.

Новая диагностическая технология защищена патентами РФ и 40 стран мира. Она вошла в проект «Сколково».

Интерес растет

С подготовкой специалистов в стране пока дела обстоят неважно. В Самарском государственном медицинском университете кафедра геронтологии была создана 14 лет назад, сообщила ее заведующая профессор Н.Захарова. В отличие от других вузов, здесь решаются проблемы не последилового, а додипломного образования, и студенты 4-6-х курсов уже начинают знакомиться с основами специальности.

После появления в Самаре новой кафедры тема гериатрии начала звучать по-другому среди урологов, психиатров и др. Но чтобы кафедра жила и была интересна для студентов, она должна работать на базе хороших современных учреждений, и в Самаре они есть. Здесь прекрасная госпиталь для ветеранов войн – учреждение, где используют новые методы диагностики, лечения и ведения больных. Вторая база кафедры – научно-практический центр, где имеется хорошая аппаратура. Основы геронтологии, вопросы демографии, изучение феномена долголетия вызывают большой интерес у студентов.

Конференция прошла, как говорится, на одном дыхании, очень интересно. Но на душе остался горький осадок. Почему-то проект программы развития геронтологии, предложенный НКЦ геронтологии, был отклонен Минздравсоцразвития России. И к тому же представители «штаба» отрасли почему-то отсутствовали на этой важнейшей деловой встрече.

Валентина ЗАЙЦЕВА.

НА СНИМКЕ: пенсионеру визит к врачу никогда не помешает.

Фото Александра ХУДАСОВА.



ность – да. Для этого необходимо глубинное изучение проблемы, и у нас есть что изучать. В нашей стране 300 тыс. людей, которые дожили до 90 лет, успешно построив свою жизнь. Ученый уверен, что это заслуга не только генетики. Что-то было в их жизни, что они делали правильно и не делали того, что не следует. Ученым предстоит изучить этот материал, он – настоящая «золотая руда», которая лежит у нас под ногами.

Не преувеличивая, можно сказать, что перед геронтологами стоят космические проблемы. Между тем количество обследуемых порой ограничивается 20-30 человеками. Это же смешно, в то время как у нас 300 тыс. человек, на основе изучения здоровья которых можно построить многие наши научные концепции, сделать четкие выводы! Специалистам предстоит сформировать серьезную концепцию и реализовать ее на практике. Как сказал далее Якушин, у нас, увы, нет единой инфраструктуры, но есть несколько областных геронтологических центров, 66

Регистр поздней старости

Немногие, наверное, помнят, что великий Гиппократ прожил 104 года. Наверняка он знал секреты долгожительства. Увы, сегодня редко кто активно работает над проблемами геронтологии. Но такие ученые есть, и к тем, кто проявляет к ним научный интерес, прежде всего надо отнести заведующую кафедрой поликлинической терапии и профзаболеваний Курского ГМУ профессора Н.Горшунову. Ее регистр поздней старости – первая работа в этом направлении. Вопросы, как достигнуть долгожительства, сохранить трудоспособность наиболее долго, важны потому, считает она, что более 30% населения в стране – это люди в возрасте старше 60 лет. Важно оценить их медико-социальные проблемы, факторы, которые влияют на этих людей, и разработать программу комплексных мер реабилитации.

В демографической структуре жителей Курской области, где 1 млн 200 тыс. жителей, более 200 тыс. – в возрасте старше 60 лет, возрастная группа свыше

В Москве состоялся IV Национальный конгресс по социальной и клинической психиатрии «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья. Организационные, терапевтические и профилактические аспекты», посвященный 90-летию со дня основания Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, ныне возглавляемого главным психиатром Минздравсоцразвития России Зурабом Кекелидзе.



В зале заседаний

Научная программа конгресса включала вопросы модернизации психиатрической службы, проблемы социальной психиатрии в современном обществе и совершенствования психопрофилактической и психиатрической помощи детям и подросткам. Большое внимание было уделено профилактике и терапии психосоматических расстройств, современным подходам к оказанию геронтопсихиатрической помощи и совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы.

Заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ Максим Топилин в приветствии к участникам конгресса сказал, что 2012 г. будет ключевым в программе модернизации здравоохранения:

– В этом плане мы рассчитываем на конгресс. Работа психиатра должна иметь профилактическое направление. Благодаря усилиям Зураба Ильича Кекелидзе нам удастся обсуждать проблемы психиатрии и выработать предложения по их решению.

Региональный советник по психическому здоровью Всемирной организации здравоохранения, руководитель программы «Психическое здоровье» отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ М.Мюджин выразил большое удовлетворение представлять ВОЗ на конгрессе, отметив, что правительства стран Европейского региона продолжают стремиться к основательному



М.Мюджин

развитию социального обслуживания населения.

Академик-секретарь РАН Владимир Чехонин, как и все выступавшие, подчеркнул высокий профессионализм специалистов центра, вспомнил о начале своего трудового пути в этом ведущем учреждении страны и мира.

Заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России Елена Скачкова сообщила, что в последние годы в РФ наблюдается стабилизация психических показателей. Она обратила внимание на то, что в России число психиатрических коек в 8 раз выше, чем в высоко-

Акценты

Нет здоровья без душевного здоровья

Этот девиз громко звучал на недавней представительной встрече психиатров в Москве



З.Кекелидзе

развитых странах, в связи с чем Зураб Кекелидзе заявил, что у нас, тем не менее, закрытый психиатрических учреждений не будет, так как наша психиатрическая служба ориентирована на организацию стационарозамещающих технологий в виде дневных стационаров. Представителем Минздравсоцразвития России был приведен анализ статистических данных. Так, например, в 2010 г. в медучреждениях функционировало всего 2377 психиатрических кабинетов – именно на их базе оказывается первичная специализированная психиатрическая помощь населению.

В работе конгресса усиленно звучала необходимость переноса акцента терапии и реабилитации больных с психическими расстройствами на амбулаторный уровень, что подразумевает развитие таких направлений, как телефонная горячая линия, дневной и ночной стационары, психоневрологический диспансер и психотерапевтический кабинет в поликлинике.

В докладе директора Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России Евгении Кошкиной была дана оценка деятельности наркологической службы. Структура ее за последние 10 лет претерпела изменения. Так, число наркологических диспансеров и наркологических коек уменьшилось за последние 10 лет с 211 до 138 и с 28 718 до 25 497 соответственно. Если реабилитационных центров как самостоятельных учреждений в 1999 г. не было вообще, то и сейчас их всего 3. Число психиатров-наркологов за этот же период увеличилось на 18,4%, а занятых должностей врачей-психотерапевтов всего 233 на всю

страну. По программе модернизации было профинансировано 16 регионов.

По мнению руководителя отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского профессора А.Чуркина без разработки в психиатрии идеологии, целей и задач, без прогноза ожидаемых результатов нет и не может быть модернизации, в результате которой человек в нашей стране, как и принято во всем мире, должен идти лечиться к врачу, а не в больницу.

Главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники Борис Цыганков, анализируя заболеваемость психическими расстройствами в столице, счи-



Р.Валинуров

тает, что ее снижение связано либо с их невыявлением, либо с переходом больных в частные медицинские центры. Им уже неоднократно поднимались проблемы дифференцированной психофармакотерапии, частоты развития побочных эффектов, разработки стандартов в психиатрии, необходимости перехода на нозологическую классификацию психиатрических заболеваний и создания единой общероссийской программы по обучению в психиатрии. Б.Цыганков, будучи известным ученым, всегда активно выступает с самых высоких трибун как человек с выраженной гражданской позицией, отстаивающий достойное место отечественной психиатрии на международном уровне.

Говоря о необходимости реконструкции больниц и диспансеров, Б.Цыганковым в качестве наилучшего примера соответствия международным нормам была приведена возглавляемая главным психиа-

тром Минздрава Республики Башкортостан, главным судебно-психиатрическим экспертом Приволжского федерального округа РФ, профессором Ринатом Валинуровым Республиканская психиатрическая больница № 1, которой пока нет аналогов в России. Глубокое понимание Р.Валинуровым клинических вопросов психиатрии и организационных форм психиатрической помощи позволили уже давно создать в Башкортостане лучшую в России преемственную амбулаторно-стационарную систему помощи пациенту на

для занятий трудовой терапией пациентам предоставлено несколько сотен гектаров земли, на которых выращивают рожь и пшеницу.

Содержание доклада доктора В.Рутца из Швеции можно было бы кратко обозначить в тезисном варианте как «психиатрическая койка – не лечение, а вот активность больного может быть лечебной». Действительно, основанием для стационарной помощи в шведской психиатрии является только острая потребность в лекарственной терапии, которую невозможно



М.Топилин

провести в другом месте. 80% больным специализированная психиатрическая помощь в современной Швеции оказывается только амбулаторно. Тенденции во внебольничной психиатрической помощи в этой стране таковы: малые стационарные формы не более чем на 12 коек и краткосрочные госпитализации. Так, например, на сегодняшний день время пребывания в шведском стационаре не превышает 30 дней, а в среднем оно составляет 2 недели. Как сказал зарубежный коллега, в Швеции дорого обходятся и хорошая больничная, и хорошая внебольничная помощь.

Хочется верить, что звучавшие на конгрессе девизы «Инвестиции в психическое здоровье – вклад в будущее нации» и «Нет здоровья без душевного здоровья» будут услышаны и станут посылами к тому, чтобы психиатрия стала приоритетным направлением отечественной медицины.

Историческая справка

90 лет назад на базе Пречистенской психиатрической больницы был создан Институт судебно-психиатрической экспертизы, которому вскоре было присвоено имя В.П.Сербского. Становление структуры института, имеющего вначале 100 коек, происходило под руководством первого директора Е.Н.Довбни с 1922 по 1930 г. С 1930 по 1950 г. новым директором Ц.М.Фейнбергом была проведена реорганизация учреждения и создана кафедра судебной психиатрии.

Изучение реактивных состояний на материале Великой Отечественной войны стало основным направлением в работе института, возглавляемого в 1950–1955 гг. А.Н.Бунеевым. Плодотворными оказались 1957–1990 гг., когда директором Г.В.Морозовым были расширены мультидисциплинарные исследования, создан отдел пограничной психиатрии. В те же годы были разработаны основы психореаниматологии, в развитие которой вклад ныне действующего главного психиатра Департамента здравоохранения Москвы профессора Б.Д.Цыганкова бесценен. Это время ознаменовалось еще и тем, что на базе института было создано еще одно ведущее в здравоохранении учреждение, известное сейчас как Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России.

Последующие 20 лет бессменным руководителем ГНЦ судебной и социальной медицины им. В.П.Сербского была ярчайшая личность в отечественной и зарубежной психиатрии Татьяна Дмитриева. Именно при Татьяне Борисовне произошло реформирование судебно-психиатрической службы в свете коренного изменения законодательной базы, системы оказания психолого-психиатрической помощи на федеральном уровне и создание кафедры социальной и судебной психиатрии факультета последипломного повышения образования Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (ныне – Первый Московский государственный медицинский университет). Тогда же получили развитие биологическая психиатрия, фундаментальная и прикладная нейробиология, детская и подострая психиатрия.

Найля САФИНА,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

На протяжении последних лет признанный лидер транспортной отрасли отечественной экономики – ОАО «Российские железные дороги» успешно реализует задачи, связанные с модернизацией компании. Отрадно, что при этом руководство железнодорожного ведомства во главе с президентом Владимиром Якуниным уделяет пристальное внимание гармонизации политики в сфере охраны здоровья. Медицинское обеспечение безопасности перевозок, сохранение трудоспособности и профессионального долголетия работников стальных магистралей стали краеугольным камнем социально ориентированной политики РЖД.

Именно такие цели ставят перед собой и региональная дирекция медицинского обеспечения на Северной железной дороге, и негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО «РЖД». Многолетние традиции, сложившиеся в больнице, ставят ее в ряд наиболее авторитетных лечебно-профилактических учреждений Ярославля, Ярославской области и всей Северной железной дороги. ДКБ всегда играла и продолжает играть важнейшую роль в здравоохранении субъекта Федерации.

От приемного покоя – до медицинского объединения

Становление и рост кадрового потенциала железнодорожной больницы начались с конца XIX века. В 1875 г. приемный покой открывается на вокзале станции Ярославль. А в 1914 г. на станции начинается принимать пациентов первая больница на 15 коек.

С момента открытия в 1944 г. Ярославского медицинского института, возникшего на основе эвакуированного из Белоруссии медвуза, дорожная больница стала клинической базой для проведения научных исследований, подготовки студентов, ученых, практических врачей. Знаменательно, что кафедры стали появляться на базе больницы практически с момента образования института – ныне Ярославской государственной медицинской академии. Одной из первых в железнодорожной больнице разместились кафедра госпитальной хирургии, которую возглавил профессор Н.Митюнин. Она была первой ласточкой, а сегодня их уже 7. Из года в год проходило становление и развитие клинических кафедр и серьезных научных школ.

Сегодняшняя ДКБ – мощное современное медицинское объединение. Материально-техническая база 500-коечной больницы с новейшим отечественным и импортным оборудованием «созвучна» стандартам мировой медицины XXI века. Самая современная медицинская техника позволяет в короткие сроки проводить диагностику и лечение. Не случайно только в 2010 г. высокотехнологичная медицинская помощь оказана тут почти 350 пациентам.

Возглавляет ДКБ доктор медицинских наук, доцент ЯГМА Михаил Могутов, выпускник Ярославского меда. После прохождения специализации по ультразвуковой диагностике вплоть до назначения на должность главного врача, а затем директора ДКБ работал врачом, заведующим отделением УЗ-диагностики. Сегодня Михаил Сергеевич по праву считается одним из авторитетнейших в стране специалистов в области лучевой диагностики и хирургии. Докторскую диссертацию защитил в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова по теме «Ультразвукоассистированные операции при патологии щитовидной железы» (научные консультанты – академик РАМН С.Терновой и профессор Ю.Александров).

Во многом благодаря ему практика в ДКБ идет рука об руку с наукой и образованием. Все заведующие отделениями, большинство рядовых врачей регулярно выступают на российских и международных форумах, знакомятся с достижениями мировой медицины, привносят в собственную практику последние новинки. Благо, и вице-президент ОАО «РЖД» доктор медицинских наук, профессор Олег Атьков, всегда заинтересованно курирующий вопросы социальной сферы, и медицины в частности, и начальник Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» Сергей Краевой, и директор Региональной дирекции медицинского обеспечения на

онных технологий теоретического и практического обучения на этапе последипломного образования. Используя телемедицинские технологии, проводят дистанционное обучение, телеконференции в режиме он-лайн, заочные консультации.

Это реальный инструмент практической помощи врачам-клиницистам. Для решения разнообразных задач, возникающих в клинической практике, имеется надежная и универсальная визуализационная техника. Опытные специалисты проводят исследования на УЗ-аппаратах экспертного класса с использованием целого спектра новейших технологий и методик.

Надо особо отметить, что это отнюдь не единственный проект. Таких центров в ДКБ целая линейка, а именно – семь.

Под общей крышей

Во многом успешной работе ДКБ способствует наличие в регионе Ярославской государственной медицинской академии – одного из ведущих центров высшего профессионального медицинского образования в Центральном федеральном округе РФ.

Сегодня в стране практически повсеместно нерешенным остается целый ряд больных вопросов. Например, есть сложности с за-

матике, доступ к информационным и образовательным ресурсам, не ведя при этом речи о коммерческой выгоде.

По мнению почетного президента ЯГМА академика РАМН Юрия Новикова, взаимообогащающее сотрудничество ЯГМА и железнодорожной больницы, длящееся на протяжении 67 лет, имеет хорошие перспективы. Руководство РЖД стремится, чтобы планка, которую установила ДКБ, была не ниже планки других ЛПУ региона и даже много выше. Поэтому результат налицо – например, то, чем занимается профессор ЯГМА Ю.Александров на базе ДКБ, – это высший пилотаж, признанный в

Проблемы и решения

Просвещенная больница

«Возможности – уникальные, стандарты – европейские» – так говорят сегодня о дорожной клинической больнице на станции Ярославль



Северной железной дороге Сергей Смирнов активно поддерживают перспективные начинания руководства ДКБ на станции Ярославль.

Материально-техническая база ДКБ с каждым годом улучшается. Соответственно, что и условия работы персонала, и условия пребывания больных становятся все комфортнее.

Руководство клиники заботится обо всех службах и подразделениях, понимая, что все они объединены одной заботой – заботой о здоровье людей. Как результат – ремонт затронул прачечную, аптеку, гараж, котельную, пищеблок, ЦСО. Со дня на день хозяйственная и экономическая службы переедут в новые помещения. Нормальные условия созданы для урологической службы. Не забыли еще об одном современном конференц-зале, новом музее больницы, в ближайшее время планируется открытие внутрибольничного храма.

В зоне особого внимания

Характерной особенностью сегодняшней ДКБ стало создание центров. Помимо того, что в больнице имеются все структурные подразделения, дирекция вычлняет востребованные временем и людьми приоритетные научно-практические направления. Таким образом происходит специализация, укрупнение и усиление служб.

Широко известен центр внедрения и развития высокотехнологичной УЗ-диагностики, руководит которым доктор медицинских наук, главный внештатный специалист по УЗ-диагностике СЖД Александр Сенча. Открытый при поддержке Ярославской ГМА, этот центр стал одним из первых и лучших в стране региональных обучающих специализированных многопрофильных центров. Специалистам УЗ-диагностики в нем предлагают весь спектр программ и инноваци-

ключением договоров, лечебные учреждения взимают с медвузов арендную плату за размещение кафедр на своих базах, лишают профессорско-преподавательский состав возможности лечить больных и т.д.

– На ярославской земле, – заметил А.Калинин, – взаимоотношения клинических баз, ректората и ЛПУ могут служить своеобразным эталоном и образцом для других.

Действительно, как подчеркнул ректор ЯГМА профессор Алексей Павлов, даже в самые трудные времена удалось обойти многие болевые точки. Это разумно, ведь взаимоотношения между больницей и высшим медицинским образовательным учреждением – процесс обоюдовыгодный.

– Вопрос об аренде, – говорит М.Могутов, – ставился неоднократно, но оптимальный выход был найден. Мы понимали, что разрушить многолетние связи и добрые отношения просто, но вот создать их в дальнейшем будет весьма проблематично. В нашем внутреннем правовом акте ОАО «РЖД» указано, что компания придерживается приказа Минздрава России № 228 от 29.09.1993 о недопустимости взимания арендной платы в железнодорожных больницах при осуществлении совместной деятельности лечебных учреждений и вузов.

– Когда в 2009 г., – вспоминает А.Павлов, – шел процесс лицензирования и аккредитации академии, потребовалось заключение договоров с ЛПУ в рамках современных отношений. Переговоры с государственными и муниципальными учреждениями шли очень непросто, вплоть до неподписания договоров в том формате, в котором мы сейчас работаем. И, как ни парадоксально, единственным учреждением, с которым у нас не было проблем, стала ДКБ на станции Ярославль, кстати, единственная негосударственная база академии. Казалось бы, в негосударственной структуре должны считать каждую копейку, быть максимально прагматичными. Но руководство ОАО «РЖД», где, с моей точки зрения, работают стратегически мыслящие специалисты, поддержало инициативу ДКБ.

Время подтвердило правильность выбранного пути. Результатом конструктивного, адекватного взаимодействия служит беспристрастная статистика. Если в 2003 г. в ДКБ был один штатный кандидат медицинских наук, то сегодня их 20 да плюс к этому еще 5 штатных докторов медицинских наук. И это не считая кафедральных! Работа кафедр на больничных базах – это польза и медалакадемии, а в конечном итоге – пациенту. Многие специалисты мотивированы на глубокие фундаментальные исследования. Академия обеспечивает им руководство по выбранной те-

России и за ее пределами. Юрий Васильевич рассказал о своем посещении госпиталя ветеранов в Ричмонде (США). Он обратил внимание на то, что там уже при проектировании клинического комплекса законом предусмотрено выделять примерно 30% зданий для предоставления образовательных услуг.

В Ярославле тоже ориентируются на мировой опыт. Недавно в городе прошла конференция педиатров. Общеизвестно, что в регионе возведено современный перинатальный центр. Так вот в нем предусмотрены учебные аудитории для ЯГМА. Преподаватели и студенты пришли не в голые стены, а в классы с базовой комплектацией.

В Ярославле даже не обозначалась проблема, когда профессорско-преподавательский состав лишали возможности заниматься лечебной работой, оперировать. А ведь в ряде регионов сотрудники базовых кафедр – профессора, доценты, ассистенты, ординаторы, аспиранты – не могут лечить и консультировать больных, что неизбежно ведет к потере квалификации, да и процесс обучения студентов при этом страдает.

Заметим, что в целом по стране эти вопросы продолжают активно будироваться в вузовском сообществе. Правда, в соответствии с п. 1 ст. 69 нового Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятого 21.11.2011, право на осуществление медицинской деятельности имеют лица, получившие медицинское образование и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Но тут имеется одно «но» – значительная часть статей закона, в том числе и ст. 69, вступит в силу 1 января 2016 г. Поэтому не может не радовать то, что в ряде российских регионов, как в Ярославской области, находят консенсус, руководствуясь здравым смыслом.

ЯГМА и ДКБ занимаются выпуском совместных изданий. Недавно, пожалуй, впервые за всю историю академии, в Европе выпущена книга, переведенная на английский язык. Одно из самых крупных и признанных в мире издательств, выпускающих литературу по лучевой диагностике, заинтересовалось опытом, накопленным в Ярославле. Презентация книги «Ultrasound Diagnostics of Thyroid Diseases» с успехом прошла в Чикаго.

Новое время диктует новые подходы и новые решения. Их находят в ДКБ и направляют на пользу как работающим на СЖД, так и всем жителям северного региона.

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

Ярославль.

НА СНИМКЕ: М.Могутов (справа) знакомит с больницей А.Калинина и С.Смирнова.

Завершение 2011 г. в Самарском государственном медицинском университете знаменательно двумя событиями: государственной аккредитацией образовательных учреждений и сертификационным, теперь уже вторым, аудитом системы менеджмента качества. Оба отмечены приятными результатами. Первый – приказом Рособнадзора, гласящим, что СамГМУ получил государственный статус «университет» на 6 последующих лет. Второй – аудит был успешно пройден без единого замечания, сертификат подтвержден. Оба события объективно отражают высокий потенциал вуза.

Если на предыдущем сертификационном аудите системы менеджмента качества вузу важно было доказать соответствие системы требованиям стандарта ИСО 9001, то теперь предстояло продемонстрировать эффективность функционирования системы менеджмента качества. В итоге аудиторы – представители TÜF CERT (Германия) получили подтверждение того, что эта система в университете успешно совершенствуется. За последние годы через сертифицирующий орган TÜF CERT прошло более 600 компаний и только 10% из них последовательно развивают свою систему менеджмента. СамГМУ входит в это число.

Аудиторы положительно оценили работу подразделений университета, создание такой среды, которая обеспечивает эффективность контроля качества, зрелость всей системы менеджмента, заботящегося об успехах подготовки конкурентоспособных специалистов. Причина проста: ректор вуза, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии РФ и дважды лауреат премии Правительства РФ, акаде-

Ориентиры

Экзамен сдан на «ОТЛИЧНО»

Самарский государственный медицинский университет успешно прошел международный сертификационный аудит

мик РАМН Геннадий Котельников убежден, что высокий уровень медицинского образования – одно из главных условий успехов здравоохранения. Именно поэтому в СамГМУ создано управление контроля качества. Оно имеет специальные программы развития системы менеджмента качества. Главным в них – наблюдение за всеми процессами деятельности университета, их изучение в соответствии с итогами внутренних аудитов, исследование того, что способствует высокому уровню обучения. Это касается не только студентов и слушателей Института последипломного образования, но и тех, кто предоставляет работу выпускникам. И в том, что вуз успешно прошел сертификационный аудит системы менеджмента качества, видна хорошая организация процессов, происходящих в СамГМУ. Что же касается аккредитации на 6 лет, то и это понятно: подготовка высококвалифицированных, перспективных специалистов для здравоохранения и разработка высоких медицинских технологий – основа всей работы университета и самое значимое в ней – формирование клинического мышления и профессиональных навыков на лекциях, операциях, у постели больного; развитие инновационного мышления будущих врачей. Этому способствуют действующие в вузе центры практических навыков, доказательной медицины, студенческие научные кружки.

Методы совершенствования

клинической подготовки студентов и системы управления качеством, информатизации вуза и внедрения федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения детально анализируются на заседаниях ректората. Именно там подчеркивается, что качество подготовки специалистов определяется многими компонентами на каждом из этапов образования: довузовском, додипломном и послевузовском. Глубоко обсуждаются новые стандарты, которые нацелены на качество клинической подготовки студентов. И главное здесь – научить их практическим умениям и навыкам. Именно этому подчинено прохождение всех видов установленных в стандартах практик, возрождается сельская производственная практика. Вуз делает всё, чтобы учебными базами, помимо клиники, стали лучшие учреждения практического здравоохранения.

Подготовка кадров в университете переплетается с развитием новейших технологий охраны здоровья, находящихся на стыке самых разных профессиональных сведений. Например, в сфере лечебных и фармацевтических новшеств. Как заметил заслуженный деятель науки РФ, проректор по научной и инновационной работе профессор Николай Крюков, каждое новаторское производство нуждается в высоком уровне интеграции взаимосвязанных целей и возможностей. Разумеется, во главу угла ставятся разработки по

самым перспективным и востребованным направлениям практического здравоохранения.

В развитии новых технологий самое активное участие принимают и будущие специалисты: каждый второй занимается в научном кружке, причем у большинства из них высокое качество работ. Многие удостоены награды на различных конференциях, и это уже их первый шаг к инновациям, ведь любая идея подразумевает ее разработку, внедрение, коммерциализацию. Ребята стремятся работать над острыми, очень важными проблемами клиницистов. Студентов и интернов, клинических ординаторов и аспирантов занимают вопросы гематологии, челюстно-лицевой хирургии, травматологии, нейрохирургии. Вместе с учеными вуза они исследуют методы получения и культивации различных культур клеток, которые применяются для лечения раневых дефектов кожного покрова, восстановления хрящевой ткани.

В вузе разработано более 20 фармацевтических препаратов, при этом 4 не имеют аналогов в мировой практике. Способы их получения и лечения подтверждены 27 патентами РФ, 10 препаратов уже внедрены в производство. Ждут регистрации и сертификации проекта 7 медицинских приборов и устройств. За последние 4 года труды ученых СамГМУ отмечены 50 медалями на международных и российских выставках.

Разумеется, такие достиже-

ния – показатель эффективности действия системы менеджмента качества. И еще одно подтверждение этого – то, что ректор СамГМУ академик РАМН Геннадий Котельников, проректор по методической работе и связям с общественностью профессор Татьяна Федорина и начальник Управления контроля качества профессор Галина Санталова удостоены звания «Российский лидер качества».

Суммируя столь значимые успехи, ректор в своем новогоднем поздравлении подвел итоги сделанного:

– Уходящий год был, как никогда, насыщен событиями, которые требовали напряженной подготовки и работы всех без исключения сотрудников вуза. В интенсивном режиме осуществлен переход на новые государственные образовательные стандарты; уровень инновационных научных разработок позволил сформировать технологическую платформу университета; проведены крупные научные и образовательные конференции, в том числе и впервые в стране; вновь получен международный сертификат качества по стандарту ИСО 9001:2008. Наконец, и это самое главное, студенты университета продемонстрировали достойный уровень подготовки при аккредитационном тестировании, что позволило вузу подтвердить статус университета.

Любовь ЛЮБИМОВА,
корр. «МГ».

Самара.

Инициатива

В Смоленской государственной медицинской академии прошла торжественная церемония открытия III Всероссийского конкурса на звание «Вуз здорового образа жизни» среди медицинских и фармацевтических высших учебных заведений страны.

Конкурс уже третий год проводится межрегиональной общественной организацией «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России». В его рамках оцениваются условия, созданные руководством вузов для вовлечения студентов в оздоровительную и спортивную деятельность. При этом жюри учитывает не только такие показатели, как состояние здоровья студентов и сотрудников, наличие собственной спортивной инфраструктуры, процент вовлеченности педагогов и преподавателей в занятия физкультурой, но и проведение вузом спортивно-оздоровительных мероприятий и соревнований, организацию санаторно-курортного лечения, медицинского обслуживания при учебном заведении и многое другое.

Выступая перед собравшимися, губернатор Смоленской области С.Антуфьев сказал:

– Когда мы говорим о здоровом образе жизни, необходимости его пропаганды, то всегда задаемся вопросом: с кого брать пример? И, безусловно, когда

пример серьезного отношения к своему здоровью показывает врач – это обстоятельство убеждает как минимум вдвойне. Потому что к человеку в белом халате у нас на генном уровне доверия больше, чем к людям других профессий. Смоленщина заслуживает того, чтобы в ней жили здоровые и счастливые люди. А человек, который здоров телом и духом, не может быть несчастлив...

Ректор СГМА Игорь Отвагин, который перед тем, как возглавить академию, работал начальником Департамента по здравоохранению области, рассказал корреспонденту «МГ», что на протяжении последних 3 лет в регионе работает ведомственная целевая программа «Формирование здорового образа жизни». Благодаря ее реализации в нашем регионе открыты 3 центра здоровья. Их специалисты проводят мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни: акции по борьбе с вредными привычками, по профилактике заболеваний, дни здоровья, выездные обследования населения на кардиовизоре, алкотестере, ана-



лизаторе монооксида углерода, проведение профилактических семинаров для различных категорий населения и многое другое.

Кроме того, значительную лепту в сохранение здоровья населения вносит реализация долгосрочной областной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Смоленской области на 2009-2012 гг.»

А еще И.Отвагин горд тем, что коллектив СГМА стал победителем II Всероссийского конкурса

на звание «Вуз здорового образа жизни», поэтому старт в новые «смотрины» и было решено дать в Смоленске.

Проведение конкурсов, направленных на сохранение здоровья студентов, разработка региональных профилактических программ, по мнению члена Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Татьяны Яковлевой, должны вылиться в значительное изменение действующего законодательства:

Старт в смотрины здоровья

Смоленск принимал гостей из медицинских и фармацевтических вузов

– Мои коллеги считают, что без профилактической медицины невозможна эффективная охрана здоровья. Например, студенты ставят свое здоровье по шкале приоритетов всего на пятое место. Мы очень хотим, чтобы на федеральном уровне была принята комплексная программа, направленная на пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний. В настоящее время нам удалось ввести в государственный образовательный стандарт предмет, посвященный формированию здорового образа жизни у учеников начальных классов. Потихоньку и в федеральный бюджет закладываются средства на профилактику и рекламу.

К Всемирному дню здоровья (7 апреля) будет назван победитель, который удостоится кубка Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

НА СНИМКЕ: перед началом конкурса.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 81 (1603)

Высокотехнологичные методы, такие как мультиспиральная компьютерная томография и конусно-лучевая томография, обладают специализированным базовым программным обеспечением и дополнительным программным обеспечением для планирования костно-реконструктивных операций и стоматологической имплантации.

Материалы и методы. 300 пациентам проводилось планирование стоматологической имплантации на верхней и нижней челюсти с использованием высокотехнологичных методов лучевой диагностики (мультиспиральной компьютерной томографии и конусно-лучевой томографии), 60 пациентам дополнительно проводилось планирование костно-реконструктивных операций и стоматологической имплантации с использованием специализированной программы SimPlant.

Результаты исследования. Базовая программа компьютерных томографов (мультиспиральная компьютерная томография и конусно-лучевая томография) позволяет производить обработку полученной информации в аксиальных, сагиттальных, коронарных проекциях, с

канала нижнечелюстного нерва на нижней челюсти.

При планировании стоматологической имплантации на верхней челюсти обязательно оценивалось состояние верхнечелюстных пазух (тип пневматизации, наличие дополнительных костных перегородок). В зависимости от типа дефекта зубного ряда проводили дополнительные измерения. Если дефект альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти был включенный, то дополнительно измеряли расстояние между соседними зубами в области коронок, альвеолярного гребня и между корнями (см. рис. 1).

При планировании стоматологической имплантации на нижней челюсти базовое программное обеспечение позволяет про-

назначить имплантату позицию в зубном ряду, задать длину, диаметр, специализировать имплантат (т.е. выбрать фирму производителя, с которой привык работать хирург-стоматолог), возможно, подобрать к нему направляющие и абатменты различных видов (см. рис. 3).

После установки виртуального имплантата, в пределах специализированной программы, возможно его интерактивное вращение, перемещение, изменение размеров (длины, диаметра). Также возможно оценить плотность костной ткани вокруг каждого виртуального имплантата и сравнить их между собой.

Используя программу виртуального планирования, производились построения 3D-объемных изображений имеющихся зубов, отдельно – нижнечелюстных нервов и виртуальных зубов в области их отсутствия, что помогало более точно спланировать положение имплантатов. Изменение размера, наклона и перемещение виртуальных зубов вдоль панорамной кривой в зависимости от индивидуального прикуса пациента позволяет виртуально представить ортопедический этап лечения пациента.

При значительной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и дефиците

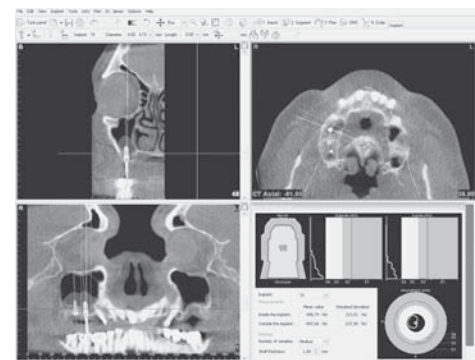


Рис. 4. Пациент Р., 35 лет. Планирование операции синус-лифтинга и стоматологической имплантации справа на верхней челюсти с использованием дополнительного специализированного программного обеспечения SimPlant.

ют различные виды планирования стоматологической имплантации с использованием специализированного дополнительного программного обеспечения и дальнейшим изготовлением хирургического шаблона с опорой на кость, слизистую оболочку, имеющиеся зубы и специализированные шаблоны. Заключительным этапом плани-

Программное обеспечение при планировании костно-реконструктивных операций и стоматологической имплантации

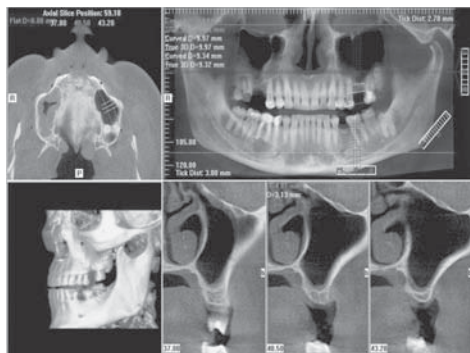


Рис. 1. Пациентка Г., 37 лет. Планирование операции стоматологической имплантации на верхней челюсти слева с использованием базового специализированного программного обеспечения конусно-лучевого томографа. Дополнительно проводилось измерение расстояния между рядом стоящими зубами в области включенного дефекта верхней челюсти в проекции планируемой имплантации и оценивалось состояние верхнечелюстных пазух.

построением панорамных реконструкций, кросс-секций, трехмерных реконструкций. Используя базовое программное обеспечение при планировании стоматологической имплантации, производили измерения высоты, ширины и плотности костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в проекции предполагаемой имплантации. А также учитывали расстояние до рядом расположенных важных анатомических структур, таких как нижняя стенка носовой полости и верхнечелюстных пазух на верхней челюсти, ментального отверстия и

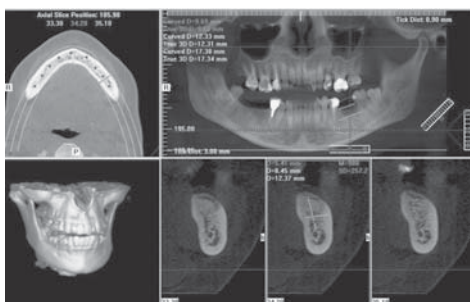


Рис. 2. Пациентка Д., 43 года. Планирование операции стоматологической имплантации на нижней челюсти слева с использованием базового специализированного программного обеспечения конусно-лучевого томографа. С окрашиванием канала нижнечелюстного нерва, проведением стандартных измерений высоты и ширины альвеолярной части нижней челюсти и плотности костной ткани в единицах НУ. Дополнительно проводилось измерение расстояния между рядом стоящими зубами в области включенного дефекта нижней челюсти в проекции планируемой имплантации.

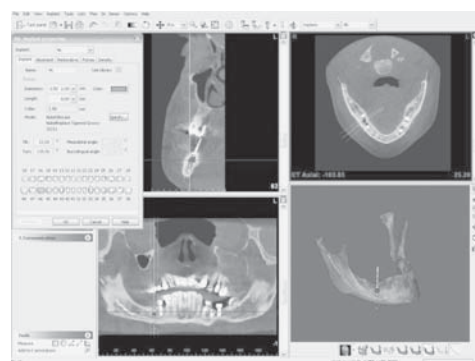


Рис. 3. Пациент А., 55 лет. Планирование операции стоматологической имплантации на нижней челюсти справа с использованием дополнительного специализированного программного обеспечения SimPlant. Оценка изображения проводилась в аксиальной, коронарной проекциях, на панорамной реконструкции. Производилось окрашивание канала нижнечелюстного нерва справа, с последующей виртуальной установкой имплантата, направляющего и абатмента.

изводить окрашивание нижнечелюстного канала, перед началом проведения основных измерений, что облегчает его визуализацию, особенно при различных вариантах его строения (выявлении дополнительных ветвей канала) (см. рис. 2).

Дополнительное специализированное программное обеспечение применялось при планировании стоматологической имплантации в сложных случаях недостаточного объема костной ткани (высоты и/или ширины альвеолярного отростка верхней челюсти и/или альвеолярной части нижней челюсти), пониженной плотности костной ткани. Данное программное обеспечение позволяет поэтапно производить планирование стоматологической имплантации на основе DICOM-изображений, первоначально получаемых при проведении таких высокотехнологичных исследований, как мультиспиральная компьютерная томография и конусно-лучевая томография.

Первый этап сегментации проводили для ограничения области интереса на верхней и нижней челюстях, а также для удаления возможных артефактов.

После проведения сегментации приступали ко второму этапу – планированию стоматологической имплантации. При выборе индивидуальных имплантатов использовали встроенную в программу «библиотеку имплантатов» и руководствовались предварительно проведенными измерениями параметров альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти (высота, ширина, плотность костной ткани). Пользователь может

костной ткани дополнительное специализированное программное обеспечение позволяет проводить планирование операций синус-лифтинга с точным суммационным расчетом количества костно-пластического материала в кубических миллиметрах, измерением высоты, диаметра и порогового значения для вычисления точного количества костно-пластического материала, заполняющего пазуху. Пороговое значение позволяет включать выпот и разрастание слизистой оболочки в будущем объеме трансплантата. Созданный объем заносится в таблицу и показан в коронарной проекции, панорамном окне и в объемном 3D-изображении. В дальнейшем производилось планирование стоматологической имплантации, учитывая объем костно-пластического материала в верхнечелюстной пазухе, с построением графиков плотности вокруг каждого виртуально установленного имплантата (см. рис. 4).

В зависимости от состояния костной ткани и вида дефекта зубного ряда (включенный, концевой дефект, полная адентия) выделя-

рования дентальной имплантации с применением специализированной программы является заказ индивидуальных шаблонов с направляющими для сверления. Используя законченный проект планирования стоматологической имплантации, указывается тип шаблона, размеры и диаметр трех сверел, направляющие для сверления, которые задают положение канала сверления, угол канала по отношению к челюсти и диаметр канала (см. рис. 5).

Вывод. Таким образом, применение базового и дополнительного специализированного программного обеспечения компьютерных томографов увеличивает эффективность планирования костно-пластических операций и стоматологической имплантации и улучшает результаты проведенного хирургического лечения.

Наталья ПЕРОВА,
ассистент кафедры лучевой диагностики,
кандидат медицинских наук.

Московский государственный медико-стоматологический университет.

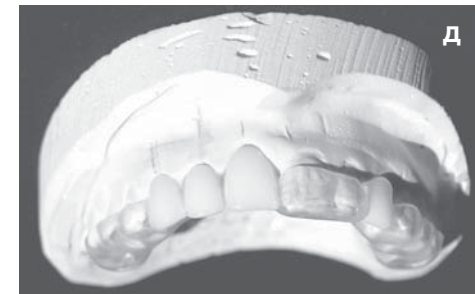
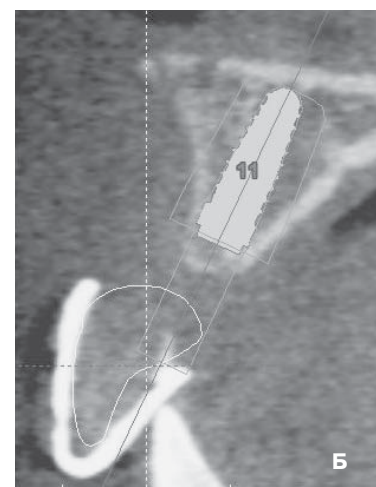
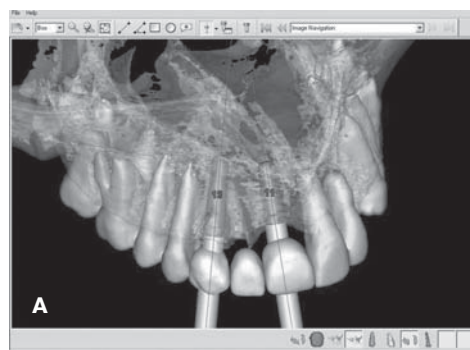


Рис. 5. Планирование стоматологической имплантации с использованием специализированной программы SimPlant, окончательный этап планирования с заказом индивидуального хирургического шаблона с опорой на имеющиеся зубы. А – виртуальные имплантаты с направляющими и виртуальными зубами, Б – виртуальное расположение имплантата внутрикостно, Г – гипсовый слепок, индивидуальные хирургические шаблоны, Д – прикусная модель предполагаемых зубов.

Омоложение наркологических расстройств и рост их распространенности среди лиц женского пола являются наиболее заметными тенденциями в современной наркологии. В то же время гендерная спецификация различных форм наркологических болезней обычно рассматривалась в контексте специфичности женской аддикции, а «маскулинные» формы химической зависимости практически не являются предметом научных исследований – априори предполагается, что алкоголизм или наркомания представляют собой почти исключительно «мужскую» проблему. Вместе с тем, современная постановка этого вопроса значительно меняет традиционные представления о гендерной специфике аддикции.

Половой диморфизм человеческой личности, реализуемый на биологическом, психологическом и социальном уровнях, выводит проблему гендерной специфичности аддиктивного поведения к современному взгляду на наркологическое заболевание как на гетерономный феномен. Клиническая и, что не менее важно, динамическая специфика феминных форм наркологических заболеваний существует, что подтверждено многолетними феноменологическими разработками. И, соответственно, «маскулинные» наркомания (так же, как и алкоголизм) тоже имеет право на научное признание, ведь пол – критерий абсолютный.

Таким образом, представляется более логичной и клинически достоверной следующая точка зрения: проблема женской наркомании является частью более широкой проблемы – гендерной гетерономности наркологических болезней; существуют определенные клинико-динамические паттерны, ассоциированные с гендером – гендерно-ассоциированные типы заболевания. Спектр поливалентного гендерного поведения может быть описан с помощью осей: биологический пол (мужской или женский), сексуальный опыт (гетеросексуальный, бисексуальный, гомосексуальный), система ценностей (мужская или женская) и социальный статус (средний, маргинальный).

На основании кластерного анализа нами выделены гендерно-ассоциированные типы формирования героиновой наркомании у подростков – по четыре среди лиц мужского и женского пола.

Первый тип – **гендерно-доминантный** (мужской гендер-тип с гетеросексуальным опытом, маргинальным социальным статусом и мужской системой ценностей). Это подростки из семей, где родители алкоголизировались, микро-социальная среда носила негативную ориентацию. Ни один из обследованных не имел среднего образования. Профессиональный анамнез исчерпывался непостоянной работой с частой сменой трудовых мест, многие нигде не работали. Физическое созревание в данной группе больных было наиболее ранним как среди всех типов, значительно опережая физическое созревание ненаркотизирующихся сверстников. Сексуальные интересы формировались очень рано, ранняя половая идентификация определяла скорое становление паттернов мужского полоролевого поведения, что становилось причиной раннего дебюта половой жизни. Данное обстоятельство стало причиной вступления в многочисленные сексуальные связи. У 2/3 пациентов в анамнезе установлены случаи заражения половыми инфекциями. Половая жизнь нерегулярна и неинтенсивна, что отражает тенденцию к частой смене партнеров. Особенности типа определили лечебную задачу – коррекцию поведения с дезактуализацией агрессивности и эксплозивности. Используются седативные нейролептики.

Второй тип – **гендерно-независимый** (мужской гендер-тип с гетеросексуальным опытом, средним социальным статусом и мужской системой ценностей). Традиционный гендер-тип юноши. Интериоризация полоролевого поведения в этих ситуациях не отличалась от традиционной. Объектом идентификации

обычно служил отец, реже – отчим или старший брат. Физическое созревание выше, чем в контрольной группе. Сексуальные интересы возникали намного раньше, чем у ненаркотизирующихся сверстников, но дебют половой жизни здесь отставлен среди всех групп сравнения. Половая жизнь неинтенсивна, но регулярна. Смена партнеров в данной группе практически соответствует контрольному. Половая предприимчивость невелика, промискуитет не развит. Осуждая наркотизацию девушек, пациенты толерантно относились к приему наркотиков, что характеризует тип как

Героиновая наркомания у подростков

гендерно-независимый. При данном типе гендер-дифференцированное лечение специфики не имеет.

Третий тип – **гендерно-партнерский** (мужской гендер-тип с гетеросексуальным опытом, средним социальным статусом и женской системой ценностей). Характерологически данная группа представлена «мягкими» психастеничными юношами с частым воспитанием их в неполных семьях в условиях гиперопеки. Физическое созревание соответствует контрольному уровню. Дебют половой жизни в данных ситуациях наиболее ранний. Интенсивность половой жизни в целом соответствует данному параметру у всех юношей, больных наркоманией, половые акты регулярны. Характерна частая смена партнеров, максимальный уровень предприимчивости. Они склонны к промискуитету, у них максимальный уровень удовлетворенности половой жизнью. Ведущим направлением лечения здесь является стабилизация аффективного фона и профилактика поведенческих расстройств. При назначении препаратов лития и антиконвульсантов достигается снижение явлений ажитации и тревоги; компульсивное влечение теряет аффективный заряд. Эффективным оказался налтрексон.

Четвертый тип – **гендерно-интегрирующий** (мужской гендер-тип с гомосексуальным опытом, средним социальным статусом и мужской системой ценностей). Физическое созревание в группе соответствовало контрольному. Сексуальные интересы формировались раньше, чем в контрольной группе, дебют половой жизни (у всех – с девушками) соответствует контрольному. Интенсивность половой жизни низка, что отражает внутрилличностный полоролевой конфликт. Регулярность половых сношений мизерна. При данном гендер-типе ведущей мотивационной структурой, определяющей формирование болезни, является внутрений конфликт. Он обусловлен несоответствием биологически детерминированного вектора либидо, направленного на объекты своего пола, и гомофобной средой. В качестве способа преодоления несоответствия между образом «Я», поведением и внешними нормами пациентам предлагалось принятие своей гомосексуальной идентичности. Целесообразным является взаимодействие с сексопатологом, а также использование амитриптилина, который помимо антидепрессивного эффекта снижает интенсивность полового влечения и переживания кризиса идентичности. При формировании ремиссии пациенты практически не вспоминали о периоде предшествующей наркотизации.

Среди лиц женского пола на основании кластерного анализа выделены следующие гендерно-ассоциированные типы формирования героиновой наркомании.

Гендерно-репрессивный (женский гендер-тип, маргинальный социальный статус, гетеросексуальный опыт, женская система ценностей). Физический эти девушки отличались наибольшей инфантильностью. Формирующая среда не отличается от таковой при формировании аналогичного мужского типа. Сексуальный опыт приобретали рано, с 13-15 лет вступая в многочисленные связи, а в последующем выбирали себе

ждаются частой сменой партнеров и промискуитетом. Половая предприимчивость низка. Своеобразие гендерного поведения накладывает отпечаток на снижение реализации сексуальных желаний и удовлетворенность половой жизнью, психосоциальный компонент половых отношений весьма снижен.

Наконец, **гендерно-утилитарный** тип (женский гендер-тип, средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей). Будущие пациентки нередко вырастали в семьях бизнесменов, сделавших состояния в 90-е годы – «новых русских». Здесь можно наблюдать оппозиционные реакции, когда девушки усваивали мужскую систему ценностей, ориентируясь преимущественно на социальный прогноз партнера. Этих девушек отличала склонность к занятию коммерческим сексом. Интенсивность половой жизни максимальна, но половые связи нерегулярны. Смена партнеров практически абсолютна. Специфика гендерного поведения стала причиной высокого уровня предприимчивости и промискуитета. Подобная активная половая жизнь не приносила удовлетворения, а психологизация половых отношений была иллюзорна. Инициация наркомании происходит под влиянием коммерческих секс-партнеров или сутенеров. Гендерное поведение, ориентированное на получение материальной выгоды от секса, позволяет определить тип как гендерно-утилитарный. Ведущими препаратами были корректоры поведения, вводимые в пролонгированных формах.

Итак, в целом героиновая наркомания у подростков гетерономна по гендерным параметрам (биологический пол, ценностные ориентации, сексуальный опыт, социальный статус). Число доминантных мужских типов примерно симметрично числу репрессивных женских гендер-типов. Среди подростков с независимым и партнерским гендер-ассоциированными типами наркомании число девушек и юношей примерно симметрично. Несимметричные гендерно-ассоциированные типы (интегрированный – у юношей и утилитарный – у девушек) связаны с нетрадиционной сексуальной ориентацией личности или социальной позицией, контрастирующей с морально-этическими нормами. Гендерные стереотипы юношей, больных наркоманией, в основном соответствуют представлениям о маскулинности, принятым в криминально-маргинальной среде. Гендерные стереотипы девушек более дистанцированы от маргинальной среды, романтизируются и ориентированы на традиционные фемининные паттерны социального поведения.

Наиболее прогностически благоприятным типом гендерного поведения для юношей-аддиктов является гендерно-независимый и гендерно-интегрирующий тип: формирование ремиссии достигается при качественном лечении и/или личностной интеграции путем стабилизации психосексуальной идентичности. Аналогичные тенденции выявляются у созависимых девушек при репрессивном типе. Наиболее неблагоприятным гендерным типом у юношей является доминантный, а у девушек – утилитарный.

При проведении гендерно-дифференцированной терапии героиновой наркомании у подростков на постабстинентном этапе следует учитывать как половые различия, так и индивидуальные характеристики гендерной идентичности. Лечебные мероприятия при гендерно-утилитарном и гендерно-доминантном типе предполагают преимущественно психофармакологическую коррекцию расстройств поведения, при гендерно-репрессивном – психотерапевтическую работу с созависимостью. При иных гендерных типах лечение и реабилитация пациентов гендер-неспецифична.

Николай БОХАН,
заместитель директора по научной работе
НИИ психического здоровья СО РАМН,
член-корреспондент РАМН.

Томск.

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Количество страдающих этой болезнью в последние годы прогрессивно увеличивается. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 250 млн человек. В нашей стране зарегистрировано более 3 млн больных СД. Однако истинная заболеваемость значительно выше, и реальное количество должно составлять 6–8 млн человек. В Воронежской области, учитывая налаженную систему ранней диагностики, наблюдается неуклонный рост числа больных СД – за период с 2005 по 2011 г. количество пациентов увеличилось с 41 666 до 61 155 человек.

По масштабам своего влияния на состояние здоровья населения сахарный диабет рассматривается как одно из самых опасных заболеваний, на предупреждение и борьбу с которым тратятся огромные финансовые средства. Значительный рост числа пациентов делает актуальной проблему оказания им специализированной диабетологической медицинской помощи, использования высокотехнологичных методов диагностики и лечения поздних осложнений СД.

Ведущим учреждением диабетологической службы Воронежского региона является областная диабетологический центр. Создан он одним из первых в стране в 1994 г. и с тех пор успешно функционирует на базе Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра.

Его основная функция – оказание высококвалифицированной специализированной помощи больным сахарным диабетом. Врачи, ведущие прием, имеют первую и высшую категорию, двое из них – кандидаты медицинских наук. Консультативный прием в диабетологическом центре осуществляется по 6 специальностям: эндокринолог, невролог, нефролог, офтальмолог, психотерапевт, сосудистый хирург.

В структуре диабетологического центра функционирует методический кабинет, занимающийся ведением «Автоматизированного регистра больных СД» в рамках федеральной программы на территории области, внедрением новых методов диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета и его осложнений, обучением врачей и среднего медицинского персонала навыкам ведения школ диабета, контролем над подготовкой кадров. Особой гордостью службы является созданный в области реестр больных СД, который предназначен для определения расчетной потребности в инсулинах, таблетированных сахароснижающих препаратах и средствах самоконтроля на основании учета персональных доз каждого пациента.

Сегодня, когда в России создана надежная лекарственная база, а наши пациенты достаточно обучены и мотивированы, диабетологи должны вплотную заняться предотвращением развития и прогрессирования грозных осложнений СД. В настоящее время идет оснащение диабетологических центров самым современным оборудованием в рамках реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной программы «Борьба с заболеваниями социально значимого характера на 2007-2011 гг.» Чем располагает наш диабетологический центр сегодня?

- Кабинет офтальмолога для лечения диабетической ретинопатии, полученной областью за счет средств федерального бюджета по подпрограмме «Сахарный диабет». Врач-офтальмолог диабетологического центра определяет степень поражения глаз при СД и проводит необходимые профилактические и лечебные мероприятия;

- диодный лазер для фотокоагуляции сетчатки, предназначенный для лечения поздних диабетических осложнений глаз, приводящих к полной потере зрения;

- кабинет диабетической стопы, оборудование которого позволяет врачу диагностировать степень



пенсированных пациентов по уровню глюкозы крови в Воронежской области выше, чем в РФ, динамика эффективности качества лечебно-профилактической помощи в Воронежской области оценивается как положительная и отражает степень использования современных технологий диагностики и лечения сахарного диабета.

По данным федерального регистра сахарного диабета, за период с 2006 по 2010 г. были получены следующие статистические данные динамических по-

Как показывает практика, реальной профилактикой острых и отдаленных осложнений СД является обучение больных в школе диабета, что, в свою очередь, приводит к сокращению госпитализаций и тем самым уменьшению материальных затрат, связанных с лечением в стационаре. В структуре областного диабетологического центра функционирует областная школа диабета по обучению пациентов здоровому образу жизни, выполняющая организационную, методическую, обучающую функции. Она хорошо оснащена: глюкометром, тест-полосками для определения сахара крови, глюкозы мочи, микроальбуминурии,

новейших сахароснижающих препаратов, позволяющих добиться компенсации углеводного обмена.

На территории Воронежской области функционирует областная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2007-2011 гг.» и в ней подпрограмма «Сахарный диабет». Итогами реализации ее мероприятий являются:

- снижение доли осложнений при сахарном диабете с 32% в 2007 г. до 29,1% в 2010 г.;

- увеличение средней продолжительности жизни больных СД 1-го типа: мужчин с 52,7 года в 2007 г. до 54,5 в 2010 г.; женщин с 56,6

Тенденции

С ВЫСОКИМ ПРОФЕССИОНАЛИЗМОМ

Так подходят к работе со своими пациентами в Воронежском диагностическом центре

Сегодня не найти воронежца, который не знал бы об областном клиническом консультативно-диагностическом центре (ВОККДЦ). Опытный, квалифицированный персонал, высокий уровень технической оснащенности позволяют ему неизменно занимать передовые позиции в рейтинге ведущих медицинских организаций Воронежской области. Центром ежегодно выполняется более 1 млн лабораторно-инструментальных исследований, ежедневно его посещают более тысячи человек. Его деятельность высоко оценена на уровне не только региона, но и страны. Недаром лучшим главным врачом России в 2010 г. стал бессменный главный врач учреждения – профессор Сергей Петросян.

Специалисты ВОККДЦ, имея за плечами огромный опыт работы, оказывают методическую и практическую помощь коллегам из медицинских учреждений области, передают им стандарты методик и золотой стандарт отношения к профессии.

Рассказывая об истории создания и становления Воронеж-

ского диагностического центра, волей-неволей приходится часто употреблять слово «впервые». Вот и в августе этого года ВОККДЦ опять одним из первых не только в области, но и в стране, изменил тип, став автономным учреждением здравоохранения. Это является знаком доверия, признанием профессиональной зрелости коллектива центра, его способности к работе в современных рыночных условиях.

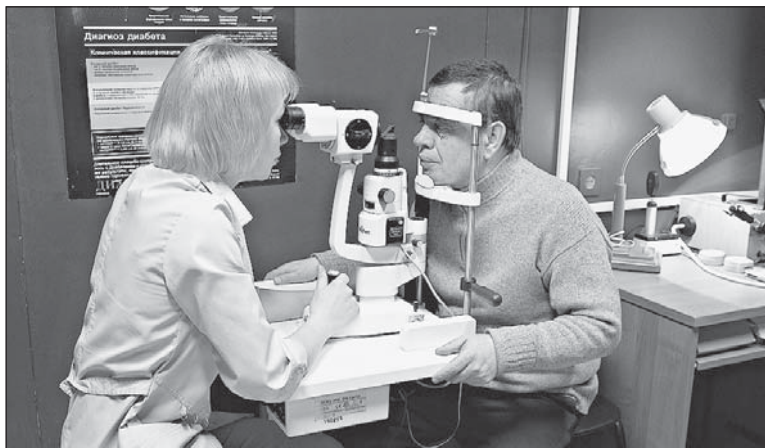
В этом году ВОККДЦ исполнилось 20 лет. Возраст юный, а опыт и возможности – колоссальные! Но у каждого свой горизонт. Для Воронежского диагностического центра – это активная интеграция в современную систему здравоохранения, предполагающая постоянное использование новых способов диагностики и лечения.

Об одном из ведущих направлений рассказывает заместитель главного врача по медицинской части, главный диабетолог Минздрава Воронежской области, кандидат медицинских наук Елена ЖДАНОВА.

поражения сосудов и нервов при СД и проводить необходимые лечебные мероприятия.

В обследовании пациентов сахарным диабетом используются возможности детского отделения, отделения функциональной диагностики, лаборатории биохимии, дневного стационара и других отделов ВОККДЦ. Наличие такой специализированной клинической базы позволяет не только оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь, но и осуществлять разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения больных. В этом неосцима помощь Эндокринологического научного центра (Москва). С участием его специалистов в Воронеже проводятся конференции по наиболее актуальным вопросам эндокринологии.

Тесное сотрудничество с ЭНЦ завязалось в 2005 г. Воронежский диагностический центр обеспечил функционирование лечебно-диагностического модуля Эндокринологического научного центра для изучения развития диабетологической помощи больным сахарным диабетом Воронежской области. Программа обследования «Диамобиль» включала опрос больного по специальной карте, физикальное обследование, изучение состояния органов зрения, сердечно-сосудистой системы, почек, нижних конечностей. Тогда прошли обследование 600 пациентов – по 300 человек из города и села. Работа воронежских врачей с больными СД была оценена: регион по уровню компенсации больных занял лидирующее место. В октябре 2010 г. экспедиция из ЭНЦ приехала повторно для изучения динамики развития диабетологической помощи в Воронежской области. Были опасения, что удержать лидирующую позицию в области диабетологии будет сложно. Результаты скрининга повторно показали, что процент ком-



казателей течения СД в области (к уровню 2005 г.):

- количество осложнений сахарного диабета снизилось до 29,1% (обращает на себя внимание увеличение процента ранних осложнений СД при снижении доли поздних);

- количество диабетических ком уменьшилось в 5 раз, смертность от диабетической комы снизилась на 16%;

- развитие ранних форм диабетической ретинопатии увеличилось на 17,8%, при этом развитие случаев слепоты как исхода ее поздних форм уменьшилось на 50%;

- развитие ранних форм диабетической нефропатии увеличилось на 4%, при этом развитие случаев хронической почечной недостаточности как исхода ее поздних форм уменьшилось на 3,3%;

- развитие начальных форм диабетической нейропатии увеличилось на 17,9%;

- общее количество ампутаций нижних конечностей вследствие сахарного диабета снизилось на 23,6%.

Эта статистика свидетельствует об активной работе врачей эндокринологов по раннему выявлению осложнений сахарного диабета и их своевременному адекватному лечению.

таблицей замены хлебных единиц, набором плакатов и карточек для проведения занятий, макетами и образцами продуктов питания. Программа преподавания универсальна, ориентирована на «средний образовательный уровень», содержит необходимый минимум информации. При этом каждый курсант имеет возможность получить дополнительные сведения, овладеть какими-либо навыками (например, использованием глюкометра). Принципы обучения строятся на доступном изложении, активном участии больного в обучении и повторении узанного. Все рекомендации даются не в форме жесткого ограничения привычек и образа жизни больного, а в виде поиска путей к максимально большей независимости от заболевания при поддержании хорошего качества лечения. Не обходят вниманием и сельские жители. В районы регулярно выезжают бригады врачей, которые помимо оказания специализированной помощи сельскому населению обучают пациентов, используя короткий курс занятий. Диабетологи ВОККДЦ, имея сертификаты ГСР, активно участвуют в международных многоцентровых клинических исследованиях, направленных на использование

года в 2007 г. до 58,4 в 2010 г.;

- увеличение средней продолжительности жизни больных СД 2-го типа: мужчин с 69 лет в 2007 г. до 71,2 года в 2010 г.; женщин с 71,4 в 2007 г. до 73,1 в 2010 г.

Недавно в Воронеже прошла межобластная конференция Центрального федерального округа, в которой участвовали представители эндокринологической службы из Белгорода, Курска, Тамбова, Липецка, Брянска. Мы представили доклад о результатах работы диабетологического центра ВОККДЦ как ведущего учреждения Воронежского региона, координирующего работу диабетологической службы всей области. Нам действительно было о чем рассказать коллегам: раннее выявление заболевания, обучение пациентов с использованием структурированных программ, строгий учет пациентов с использованием ежеквартально обновляемого реестра больных, раннее использование интенсивной терапии для предотвращения осложнений диабета. Потому что те показатели, которые определяют эпидемиологическую обстановку с заболеваемостью населения сахарным диабетом, являются ключевыми и для программы модернизации здравоохранения – продолжительность жизни наших пациентов.

Стиль нашей работы – повышенное внимание, возможность предварительной записи и самое главное – профессиональная грамотность. Мы стоим на страже здоровья наших пациентов и всегда готовы им помочь.

Записала
Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Воронеж.

НА СНИМКАХ: Е.Жданова; в кабинете диабетической ретинопатии.

В рамках VII Всемирного конгресса по инсульту, состоявшегося в Сеуле (Южная Корея) (см. «МГ» № 91 от 01.12.2010) под председательством Лоуренса Вонга (L.Wong, Гонконг) и Ганса-Христофа Диенера (H.-Ch.Diener, Германия) прошел сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм» «Новые перспективы современного ведения острого инсульта и вторичной профилактики инсульта».

Как следует из названия, симпозиум состоял из двух частей, одна из которых была посвящена тромболитическому лечению инсульта, а другая – его вторичной профилактике. Каждая часть была представлена двумя докладчиками.

Время и мозг

Симпозиум открылся выступлением **Стефена Дэвиса** (S.Davis, Австралия), который представил обзор современного состояния вопроса о внутривенном тромболитическом лечении инсульта. Предполагаемое ежегодное число инсультов в мире достигает 15 млн. Инсульт является второй по частоте причиной смерти и часто приводит к инвалидности. Согласно проведенным рандомизированным клиническим испытаниям (РКИ), единственным доказанным методом лечения ишемического инсульта в остром периоде является внутривенный тромболитический препарат. Наилучшие результаты достигаются при тромболитическом лечении в первые 1,5 часа после начала инсульта, значительная польза отмечается в первые 3 часа, и, как показало недавнее РКИ ECASS3, результаты которого были доложены на предыдущем Всемирном конгрессе по инсульту, терапевтическое окно может быть увеличено до 4,5 часа (см. «МГ» № 1 от 16.01.2009). Однако известная поговорка «Время – это мозг» («Time is brain») по-прежнему актуальна. Если тромболитическое лечение проводится в первые 90 минут, то для достижения полного выздоровления одного больного (0-1 балл по модифицированной шкале Рэнкина) требуется пролечить 3,5 больных с ишемическим инсультом, если тромболитическое лечение проводится в первые 3 часа, то их число увеличивается до 7, а если в сроки от 3 до 4,5 часа – то до 14.

Как известно, внутривенный тромболитический препарат (РТПА) имеет множество противопоказаний. Часто они отражают дизайн РКИ и ограничивают число больных, получающих тромболитическое лечение. Недавние исследования подвергают сомнению обоснованность таких противопоказаний, как возраст старше 80 лет, наличие ранее перенесенных инсультов и диабета, легкой инсульта и т.д. Большое значение отводится телемедицине, позволяющей осуществлять тромболитическое лечение в отдаленных сельских больницах. В качестве примера докладчик привел тромболитическое лечение в районной больнице в Австралии, находящейся в 300 км от сосудистого центра в Мельбурне. В этом центре при инсультах в первые 4,5 часа практикуется

А как у них?

Инсульт: перспективы лечения и профилактики

Остается еще много нерешенных вопросов

массовый подход (бесконтрастная компьютерная томография и внутривенный тромболитический), а при более поздних инсультах подход к лечению является индивидуальным (оценивается зона пенумбры, состояние окклюзированного сосуда, решается вопрос о внутривенном тромболитическом лечении).

Тромболитическое лечение в Азии

Второй доклад, представленный **Лоуренсом Вонгом**, был посвящен современным стратегиям тромболитического лечения в Азии. В данном регионе чаще встречаются геморрагические инсульты, а наиболее частой причиной ишемических инсультов является атеросклероз крупных мозговых артерий (в 42% случаев, тогда как в Европе – в 20%). Лечение инсультов в странах Азии также имеет свои особенности. Внутривенный тромболитический препарат применяется при инсультах бассейна средней мозговой артерии в первые 6 часов (уровень доказательности II B), а у больных с инсультом в вертебрально-базиллярном бассейне – в первые 24 часа после начала заболевания (II C). Вопрос об оптимальной дозе РТПА в Китае является дискуссионным. Недавнее небольшое исследование (105 случаев острого ишемического инсульта), сравнивающее три дозировки РТПА (0,9 мг/кг, 0,8 мг/кг и 0,6-0,7 мг/кг) не выявило статистически значимой разницы в частоте внутримозговых кровоизлияний и летальности в трех группах. В Японии рекомендованная доза РТПА составляет 0,6 мг/кг.

Ситуация в Индии остается драматичной. Тромболитическое лечение применяется лишь в 15 центрах, а общее число пролеченных в/в РТПА больных составляет всего 400. Основными барьерами для внедрения тромболитического лечения (например, расходы на лечение одного больного с помощью РТПА в Гонконге составляют около 1 тыс. долл.) и отсутствие соответствующей инфраструктуры. Большинство сосудистых центров являются частными и расположены в крупных городах. Если в Японии, Корее, Гонконге и на Тайване тромболитическое лечение осуществляется государством, то в Индии, Китае и Вьетнаме финансирование осуществляется из частных источников. Для уменьшения времени до начала тромболитического лечения разрабатываются специальные протоколы. По данным шведских исследователей,

больные, госпитализируемые в сосудистые центры, имеют в 5 раз больше шансов получить тромболитическое лечение, чем те, которые поступают в обычные палаты.

Улучшение исходов инсульта Вонг видит в просвещении населения, улучшении местных протоколов ведения (на догоспитальном и госпитальном этапах), развитии телемедицины, увеличении терапевтического окна и уменьшении стоимости тромболитического лечения.

Один хорошо, а два лучше

Вторая часть симпозиума открылась выступлением **Филиппа Бата** (Ph.Bath, Великобритания). Для вторичной профилактики инсульта применяется антиагрегантная, антикоагулянтная и гипотензивная терапия, назначение статинов и каротидная эндартерэктомия. Риск повторного инсульта максимален в первые дни после перенесенного инсульта или переходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК). Ранняя антиагрегантная терапия снижает вероятность повторных ишемических расстройств, улучшает отдаленные исходы и может уменьшать объем мозговых повреждений. Как показало РКИ EXPRESS, частота повторных инсультов снижается при назначении антиагрегантов, статинов и снижении артериального давления. Одним из антиагрегантов является дипиридамолом, обладающий мультимодальным действием (антитромботическим, противовоспалительным, антиоксидантным и т.д.). По данным РКИ ESPS2, сочетание дипиридамола замедленного высвобождения с аспирином более эффективно, чем назначение только аспирина или только дипиридамола. РКИ PROFESS показало одинаковую эффективность назначения клопидогреля и дипиридамола замедленного высвобождения с аспирином. Недавно завершилось РКИ EARLY, в котором сравнивалась эффективность назначения дипиридамола замедленного высвобождения с аспирином либо только аспирина в первые сутки после ишемического инсульта или ПНМК. В первой группе хороший исход (0-1 балл по модифицированной шкале Рэнкина) наблюдался в 56% случаев, а во второй – в 52% (разница не является статистически достоверной). По данным метаанализа, назначение двух антиагрегантов предпочтительнее монотерапии, причем,

по-видимому, это не зависит от состава антиагрегантов.

Дабиغاتран вместо варфарина

Симпозиум завершился выступлением **Ганса-Христофа Диенера**, посвященным профилактике кардиоэмболического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Риск инсульта у больных с ФП возрастает пятикратно. Ежегодное число инсультов вследствие ФП в мире достигает 3 млн. Кардиоэмболический инсульт в 25% случаев приводит к летальному исходу в течение первого месяца, а в течение первого года умирает половина таких больных. Однако инсульты вследствие ФП в 2/3 случаях можно предотвратить с помощью антикоагулянтной терапии антагонистом витамина К (варфарином). К сожалению, применение варфарина в клинической практике затруднительно из-за узкого терапевтического окна и других ограничений: сложная фармакокинетика, взаимодействие с другими лекарствами, неудобство практического применения (препарат медленно действует, требует мониторинга, часто приходится менять дозу, наблюдается резистентность). Лишь 20% больных остаются на варфарине через год после начала лечения. В настоящее время ведется поиск новых антикоагулянтов. В частности, изучается дабиغاتран этексилат – пероральный обратимый прямой ингибитор тромбина, который, в отличие от антагонистов витамина К, не взаимодействует с пищей и другими лекарствами и не требует мониторинга.

В настоящее время завершено или близко к завершению несколько больших РКИ новых антикоагулянтов при ФП. Одним из наиболее масштабных является RE-LY (Randomised evaluation of long term anticoagulation therapy). В данном РКИ, проведенном компанией «Берингер Ингельхайм», участвовало более 18 тыс. больных в 951 центре 44 стран. Критериями включения была ФП плюс еще один фактор риска тромбоэмболии (предшествующие инсульт, ПНМК или системная тромбоэмболия, левожелудочковая недостаточность (фракция выброса менее 40%), сердечная недостаточность (NYHA класс 2 и выше), возраст 75 лет и выше, диабет, атеросклероз венечных артерий, артериальная гипертензия). Результаты лечения оценивались по времени от начала приема лекарства до нового

инсульта или системной тромбоэмболии. В данном РКИ сравнивалось назначение дабиغاتрана в дозе 110 мг 2 раза в день и 150 мг 2 раза в день с назначением варфарина (МНО 2,0-3,0). Согласно полученным результатам, обе дозировки дабиغاتрана имеют преимущество по сравнению с варфарином. Назначение дабиغاتрана в дозе 150 мг более эффективно для профилактики инсульта или системной тромбоэмболии при одинаковой с варфарином частоте кровоизлияний. При применении дабиغاتрана в дозе 110 мг число кровоизлияний было значительно меньше при одинаковой с варфарином эффективности. Среднее время наблюдения (катамнез) составило 2 года. Каждый пятый больной, включенный в данное РКИ, ранее перенес инсульт или ПНМК. Эта подгруппа анализировалась отдельно. Как и следовало ожидать, частота инсультов была выше у тех, кто ранее перенес инсульт или ПНМК. При назначении дабиغاتрана (независимо от дозы) частота инсультов оказалась такой же, что и при варфарине, однако число геморрагических инсультов при приеме дабиغاتрана оказалось существенно меньше, а если дабиगतран назначался в более низкой дозировке (110 мг), также наблюдалось значительное снижение летальности от сосудистых причин и общей летальности. Тем не менее при выборе дозы дабиगतрана врач должен сопоставить преимущество профилактики ишемического инсульта с риском внутримозгового кровоизлияния.

Конечно же, остается много нерешенных вопросов. Например, более половины больных с инсультом или ПНМК в анамнезе ранее получали варфарин. Кроме того, неизвестно, скольким больным назначалось сопутствующее лечение антиагрегантами или нестероидными противовоспалительными препаратами, что также могло отразиться на частоте кровоизлияний. Через сколько дней после ПНМК или инсульта можно назначать дабиगतран? Больные, перенесшие ПНМК или инсульт в течение 2 недель после рандомизации, из данного РКИ исключались. Безусловно, нужны дополнительные исследования РКИ, но, как сказал Диенер, «открылась новая дверь в области профилактики инсультов».

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Сеул – Москва.

Новости

Проблема химических аддикций остается чрезвычайно актуальной не только в стране, но и в отдельных регионах, в том числе и в Надымском районе.

По официальным данным, озвученным на заседании Антинаркотической комиссии районной администрации и опубликованном в СМИ, под наблюдением психиатра-нарколога психоневрологического диспансера ЦРБ состоят 159 человек с синдромом зависимости от наркотических и психотропных средств, 141 пациент употребляет наркотики опийной группы. По-прежнему в городе доступными являются

дезоморфин, курительные смеси и порошки, заказываемые через Интернет.

Совершенно очевидно, что при потреблении наркотических средств происходит быстрая деградация психического и физического здоровья, что отражается на продолжительности и качестве жизни зависимых лиц.

Просветительская работа среди разных слоев населения вносит свою лепту в формирование

крайне негативного отношения к наркотическим средствам и психотропным веществам, осмысленного отказа каждого человека от их употребления.

Сотрудники центра здоровья ЦРБ систематически проводят антинаркотические профилактические мероприятия. В декабре в поселке Заполярный Надымского района наряду с обследованиями врачей-специалистов взрослой поликлиники прошла выездная

школа здоровья по профилактике химических аддикций. Учащимся 7-11-х классов местной средней школы были адресованы лекции врача-психиатра центра здоровья кандидата медицинских наук Татьяны Шипулиной «О наркомании всерьез» и «ВИЧ как следствие употребления психоактивных веществ». Ученикам 5-11-х классов предложена беседа на тему «Энергетические напитки: плюсы и минусы», а их родителям –

«Профилактика табакокурения и употребления наркотических веществ у детей». Мероприятия сопровождались выдачей дидактического материала – памяток и листовок. Завершилась выездная школа здоровья «круглым столом» на тему «Профилактика вредных привычек у родителей – залог здоровья детей».

Сергей ТОКАРЕВ,
внешт. корр. «МГ»,
Надым.

Заполярный безнаркотический



Ксения Волкова у самой «музыкальной» басни Крылова

(Окончание. Начало на стр. 1.)

А сколько рассказов ходит здесь о знаменитом баснописце Иване Андреевиче Крылове! Слушали мы экскурсовода Ирину у знаменитого памятника, а она, зная, что мы медики, не преминула спросить: а отчего умер последователь Эзопа и Лафонтена? Наши не ударили в грязь лицом, помня о необузданном аппетите любимого автора. Никуда не торопясь, погуляли мы по уютному скверу, разглядывая барельефы, изображающие всем известные басни: глядели «на счастье» хвостик овечки, уже попавшей во внимание кровожадного волка, «фоткались» у «Квартета», «Вороны и лисицы», «Лебедя, рака и щуки», «Слона и Моськи».

Погода, правда, не баловала, но вскоре мы согрелись в кабинете проректора ТГМА по учебной и воспитательной работе, доцента кафедры эндокринологии Дениса Килейникова, который за чаем рассказал нам об истории академии, славных ее культурных традициях. Денис Васильевич расспросил каждого за столом: откуда гость и какое направление в медицине представляет? А потом повел на фотовыставку члена Союза фотохудожников РФ Владимира Моисеева, там мы увидели прекрасные иллюстрации из полнокровной жизни академии, где особое место занимало сценическое искусство – славна, славна этим Тверская ГМА!

Закончилась экскурсия у красного знамени академии, искусно вышитого золотошвеями из Торжка. Посещение этого города тоже входило в нашу программу.

В гостях у новоторов

Жителей Торжка ставят в ряд с мoneгасками из Монако и манкунанцами из Манчестера. Потому как имя горожан отличается от места их жительства. Но не будем останавливаться на истории об основании Нового Торга – пожалуйста за подробностями в

Интернет. Нас же первым делом остановили у музея А.С.Пушкина.

Вопрос «И тут он был?!» по отношению к Торжку не очень уместен. Легче задать вопрос «кто тут не был?» – город-то на полпути между двумя столицами. И путешествующие – особенно в начале XIX века – практически все здесь останавливались. Здание музея – старинный особняк, часть городской дворянской усадьбы как раз начала позапрошлого века. В историю он вошел как «Старый дом» на Ямской улице. В музее много подлинников, связанных с тем временем, а рассказы о любовных интригах поэта и его современниках были вполне кстати, учитывая скорое выступление наших коллег на сцене.

Переехали на высокий волжский берег Торжка, где распо-

одной из лучших традиций, – рассказал нам перед концертом президент ТГМА, известный челюстно-лицевой хирург, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ Борис Давыдов. – Вся моя сознательная жизнь связана с вузом, и за эти 50 лет, 20 из которых я занимал должность ректора, в стенах академии сценическая атмосфера была не просто факультативным приложением к учебному процессу, а имела огромное место в судьбах наших студентов и преподавателей. С восхищением и ностальгией я вспоминаю замечательных педагогов-врачей, которые по-настоящему профессионально выступали на сцене. Среди них – заведующая курсом детской хирургии, выпускница Свердловской консерватории,



«Fanny tAkt» (слева направо) Матвей Исаенко, Анна Добросмыслова, Юрий Поспелов, Александра Ткачёва

Акци

Золотые голоса



Проректор Денис Килейников представляет фотоработы руководителям делегаций (слева направо) Арине Манкевич (Красноярск), Антонине Грековой (Смоленск) и Татьяне Котовой (Рязань)

лагается большинство старых церквей и монастырей, внизу-то в основном новодел, хотя и в стиле этого очень красивого города. Постояли у старой, XVII века, Старо-Вознесенской (Тихвинской) церкви, зашли в Новоторжский Борисоглебский монастырь, и начался дождь. Автобус возвратил нас в Тверь, в одно из общежитий медгородка, где остановились участники акции. Завтра – репетиции и большое представление, пожалуй, в лучшем концертном зале среди всех медицинских вузов страны.

Слово президента

– Высокий профессиональный уровень культурно-воспитательной работы в стенах Тверской государственной медицинской академии считаю не просто большим нашим достижением, а

рывно связан с нашим вузом. Неординарный человек, потрясающая певица и одаренный педагог, она за эти 20 лет воспитала целую плеяду медиков-вокалистов, чьи выступления смело можно назвать высокопрофессиональными. Чего только стоят Георгий Вакулин и Мария Скурат, чей песенный уровень не нуждается в наших комментариях! Говорить о культурных достижениях воспитанников нашего вуза можно много и долго, ибо Тверской медицинской академии за всю ее 75-летнюю историю есть чем похвастаться. По этому поводу очень емко и образно когда-то сказал мой учитель и предшественник на посту ректора академии, выдающийся инфекционист, член-корреспондент РАМН Олег Арсеньевич Дунаевский, назвав ТГМА вокально-театральным институтом с медицинским уклоном. Вроде бы шутка, но правды в ней, как показывает время, во много раз больше юмора. Я очень рад и искренне горжусь громкими фестивальными успехами творческой команды академии под руководством Ирины Григорович, профессионального музыкального режиссера, вокалиста и достойного продолжателя традиции своих предшественников. А тот факт, что Международный фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников в 2012 г. будет проходить на верхневолжской земле, считаю огромным достижением и большой честью для всей медицинской общности региона.

Мы же добавим, что сам Борис Николаевич внес огромный вклад в творческое развитие Тверской ГМА, которая, наряду со Смоленской ГМА, стоит у истоков возрождения подлинного искусства в стенах медицинских и фармацевтических вузов России.

Традиции и сюрпризы

Концерт лауреатов открылся теплыми словами приветствия ректора ТГМА, академика Петровской академии наук и искусств, профессора Михаила Калинкина. Михаил Николаевич отметил, что фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников, организованный «Медицинской газетой», является значимым событием международного масштаба. Издавна считается, что медики – народ талантливый и многогранный. Среди выдающихся деятелей культуры, вокалистов, музыкантов, танцоров, писателей и художников очень много тех, кто за плечами имеет годы обучения в медицинских учреждениях и работал в больницах, клиниках и институтах. Так было всегда. Отрадно, что современные таланты в медицинских халатах, многие из которых вполне могут войти в историю искусств нашей страны, сегодня имеют возможность заявить о себе именно на данном фестивале. Он вот уже 6 лет является флагманом культурной жизни в медицинской среде, с каждым разом открывая новые громкие имена.

И вот ведущие концерта Мария Кочнова, Владимир Барбашин и Максим Страхов от номера к номеру стали эти имена называть. Арий Канио из оперы Руджеро Леонкавалло «Паяцы» задал высокую планку всему представлению доцент кафедры факультетской хирургии с курсом онкологии ТГМА Георгий Вакулин. Это о нем после выступления членов жюри на открытии последнего фестиваля в Самаре председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Самарского ГМУ, академик РАМН Геннадий Котельников, не лукавя,



Отражение в старинном зеркале. Антон Минаев



Танго Виктора Дикманова и Анны Смирягиной



Величественный дуэт Марии Скурат и Евгения Мишутина



Появление ректора Михаила Калинкина с супругой Натальей Михайловной – сигнал к началу конкурса



«Домино» у рояля (слева направо) Иван Панов, Антонина Крутякова, Ася Гюлюмянц, чуть сзади Раиса Оганесян, Роман Андреев

красноярцы из ансамбля «Funny tAKT». Но зря! И четверка сибиряков вызвала полный восторг зрителей какой-то фантастической энергией, единым нервом, связывающим этот коллектив современного танца. Участники основанного в 2005 г. «Funny tAKT» свои первые призовые места и победы завоевали в фитнес-аэробике и соревнованиях Общероссийской танцевальной организации, два года назад получив звания кандидатов в мастера спорта по фитнес-аэробике. Но с ростом и развитием коллектива взгляды на творческую деятельность резко изменились. Танец стал инструментом сценического воздействия на зрителя, а спортивная площадка сменилась закулисьем. Коллектив стал рассматривать танец как сце-

НУЗ «Узловая больница на ст. Няндомы ОАО «РЖД» требуются: ОФТАЛЬМОЛОГ, ОТОЛАРИНГОЛОГ, СТОМАТОЛОГ, ТЕРАПЕВТ, ГИНЕКОЛОГ.

Гарантии для работающих в местностях приравненных к районам Крайнего севера, зарплата от 25 тыс.руб.

100% оплата арендуемого жилья.

Контактный телефон/факс: 8(818)38 67-030

Резюме по факсу: 8(818)38 67-030

или по E-mail: nwsb12nr@atnet.ru

Другой представитель Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова, будущий сосудистый хирург, обладатель мощного крепнущего голоса Антон Минаев победил недавно в двух конкурсах – в Брянске и в Рязани. На последнем вручивший ему награду председатель жюри Лев Лещенко не скрывал восхищения пением студента-медика. А вот выступление Анны Шевниной, дважды лидера восточного танца наших фестивалей, рязанским

организаторами фестиваля – учреждается «Зал фестивальной славы медиков», в который войдут прежние неоднократные победители конкурсов. Почет им и слава! Одно жаль, что при этом некоторые из них теряют право участия в будущих конкурсах. Но что же делать – талантов много, а мест победителей – единицы.

– В следующем году фестиваль приезжает в Тверь, – сказал после концерта ректор ТГМА профессор Михаил Килинкин. – Это радостная и одновременно очень волнительная новость, ибо перед нашей академией и верховолжской землей лежит сложная и ответственная задача – провести фестивальную неделю на самом высоком уровне, как это было в Смоленске, Рязани, Астрахани и Самаре. Уверен, что с этой задачей мы все вместе справимся, и в 2012 г. Тверь станет столицей искусств для представителей самой гуманной и востребованной профессии человечества.

врачебного сословия

сказал: «Мы видели сегодня на сцене дважды народного артиста страны». Надо сказать, что зрители любого ранга давно сравнивают наши гала-концерты и представления на «Трех днях» с ведущими звездами российской эстрады. И сравнение это далеко не всегда в пользу последних.



Гимн любви: Елена Чунихина и Георгий Вакулин

Это подтвердила еще одна представительница ТГМА, ординатор-стоматолог и наша оперная дива Мария Скурат, роскошно исполнив арию Лауретты из оперы Джакомо Пуччини «Джанни Скикки». Приветом Верхней Волге от Волги Средней был «Самара-городок» – клинический ординатор-онколог и лидер фольклора последнего фестиваля Ксения Волкова была в особенном ударе и с первых нот «завела» зал.

Оториноларинголог Валентина Доний, радующая нас разнообразием направлений классического

танца, предстала на этот раз в «самом» классическом, трогательно исполнив «Умиряющего лебедя» Камиля Сен-Санса. Дождались мы оперной арии от уже знаменитого смоленского бас-стоматолога Евгения Мишутина – мощно прозвучала «Заздравная» Джузеппе Верди. Кстати, смоляне прибыли в Тверь позже других, накануне выступая в своей академии на открытии мероприятия «Вуз здорового образа жизни». Там, после выступления Евгения Александровича, по словам очевидцев, одна высокопоставленная гостья из Москвы подвела певца к губернатору: «Вот кого надо показывать по телевидению!»

Студентка 4-го курса Российского национального исследовательского университета им. Н.И.Пирогова, победительница Самарского фестиваля в вокале Елена Чунихина вышла со знакомым нам, но новым для искушенных тверитян «Think of Me» из мюзикла «Призрак оперы». Также с победным в Самаре уникальным попури-многоголосьем «Наш сосед – Черный бумер – Мы желаем счастья вам» восхитил зрителей ансамбль «Домино» из Московского государственного медико-стоматологического университета. В этот вечер они выступали дважды, показав, кто весной будет снова претендовать на победу в номинации «Вокальный и вокально-инструментальный ансамбль». Вторые явные претенденты – ансамбль «Мелодия» из Тверской ГМА во главе с Анастасией Виноградовой – тоже блестяще выступили на концерте с традиционным американским соулом «Let My People Go». Так что борьба на седьмом фестивале точно будет нешуточной!

Очень переживали, что не могли прибыть в полном составе (формат акции не позволяет)

ническое искусство и познавать основы актерского мастерства. С развитием такой творческой деятельности уровень коллектива был отмечен победами на всероссийских и международных танцевальных конкурсах, включая оглушительный апрельский успех в Самаре. Для руководителей коллектива, представлявшего хозяев будущего фестиваля 2013 г. – Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого – Вячеслава и Татьяны Грабовецких это не только работа, это их жизнь, душа и дыхание. Приоритетом для них в работе с коллективом являются современные танцевальные направления, изучение актерского мастерства по системе Станиславского, развитие общей физической подготовки по методикам пилатес и йога.

Как вы заметили, фестивали искусств медиков уже распланы по годам, и Казанский ГМУ, ждущий форум в 2014-м, представляла лидер авторской песни фестиваля в Самаре стоматолог-интерн Лилия Хафизова. Она пела свою песню «Без тебя», а на весеннем фестивале может здорово удивить, привезя с собой университетскую рок-группу «Lily Was Here».

Середину большого концерта очертил Театр моды ТГМА «Притяжение» с коллекцией «Military». Такие стильные девушки в защитной форме – это всегда внушает. «Любимица публики» – так всегда говорим мы, когда на сцену выходит студентка Астраханского ГМА Диана Григорьянц. Армянская песня «Келе-келе» в ее исполнении была принята с откровенным восторгом.

СТЭМ «ЯГМА-mateg» из Ярославской ГМА выступал со своими классическими номерами, при этом – в очередной раз обновленном составе. И надо сказать: получилось лихо. Большинство тверитян видели это впервые и смеялись до слез.

Особые слова надо сказать о рязанцах. Ольга Яшкина, наш «талиман», участник всех «Трех дней» – и первых тверских, и в Рязани, и в Астрахани, и в Самаре, приехала, только что победив в Национальном фестивале-конкурсе традиционного народного творчества молодежи «Есенинская Русь», который проводится ежегодно в дни празднования рождения великого русского поэта Сергея Есенина. Пела а капелла «Балладу» так, что слезы у многих потекли. Трагично, о том, как вернувшийся с войны солдат зарубил изменившую ему жену.

можно назвать лишь отчасти. Теперь она – клинический ординатор-дерматовенеролог Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Как всегда изумительно выступали представители бальных танцев – тверитяне член жюри смоленских фестивалей, руководитель школы бального танца «Натали» Наталья Чернина и Евгений Гуреев («Сьюзи») и представители Смоленской ГМА победители астраханского фестиваля клинический ординатор-терапевт Анна Смирягина и аспирант кафедры фармакологии Виктор Дикманов («В ритме танго»). Не было из наших прославленных медицинских бальных дуэтов только Оксаны Васильевой и Арсена Агамалына из Твери – они в эти дни выступали на конкурсе в Нидерландах.

Еще два претендента на победу весной блестяще исполнили свои номера. Речь о студенте МГМСУ Иване Панове и теперь уже фониатре поликлиники Государственного академического Большого театра России Асе Гюлюмянц (джазовые вариации на тему армянского танца «Берт»).

А в конце незабываемого концерта нас ждали два сюрприза, державшиеся в тайне до последних минут: два межвузовских дуэта. Мария Скурат и Евгений Мишутин исполнили «Tomorrow Never Dies» из репертуара Шерил Кроу, а Георгий Вакулин и Елена Чунихина – с аккомпаниментом на рояле заслуженной артистки РФ Лидии Буланкиной – дуэт Тони и Марии «Tonight» из мюзикла «Вестсайдская история» Леонарда Бернстайна. Золотые голоса врачебного клана слились вместе, заполняя пространство зала чудесным настроением...

Отдельно надо сказать о нарождающейся традиции, придуман-



Ольга Яшкина пела вдохновенно

Особенно радостно, что это происходит в год 75-летнего юбилея академии, который мы празднуем с необыкновенным трепетом. Имя Тверской государственной медицинской академии, история которой берет свое начало от славного Ленинградского стоматологического института только что внесено в легендарную «Золотую книгу С.-Петербурга». Эти события вся медицинская общественность Тверской земли воспринимает с особой гордостью и радостью, понимая и благодарно принимая ту высокую честь, которая оказывается нашему вузу.

Альберт ХИСАМОВ,
Максим СТРАХОВ,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные
корреспонденты «МГ».

Тверь.



Ярославский хит с врачами на природе. Слева направо Сергей Казённый, Андрей Ермохин, Полина Свечникова, Анастасия Смирнова



После концерта не хотелось уходить. На переднем плане - президент ТГМА член-корреспондент РАМН Борис Давыдов

Это место засекречено. Здесь находится ферма по выращиванию конопли и производства из нее легальной марихуаны. Территориально она располагается недалеко от Беэр-Шевы, города, именуемого столицей юга Израиля.

На входе меня попросили надеть халат, бахилы и подписать документ о неразглашении местонахождения фермы. Кстати, халаты необходимы не для поддержания стерильности, которая в сельском хозяйстве ни к чему, а чтобы запах марихуаны не пропитал одежду. В противном случае первый же встреченный полицейский обязательно задержит человека, от которого разит марихуаной. В самой же теплице установлены датчики движения и температуры для обеспечения допуска внутрь только тех, кто имеет на это разрешение.

Вопреки запретам

Как и в большинстве стран мира, промышленное выращивание конопли (лат. - cannabis) в Израиле запрещено. Однако в качестве обезболивающего средства она используется вполне легально по лицензии Министерства здравоохранения. Сведения об использовании конопли как лечебного средства можно найти в трактатах древних и средневековых эскулапов.

Два года назад ведущий актер Тель-авивского камерного театра Оded Теоми, которому тогда было 72 года, неожиданно во время репетиции почувствовал настолько резкую боль, что потерял сознание прямо на сцене. Оказавшись в больнице, он узнал, что у него рак мочевого пузыря. Началось интенсивное лечение. Но боли не утихали. Обезболивающие средства, обычно применяемые при онкологических заболеваниях, не помогли. Тогда лечащий врач порекомендовал Теоми начать курить марихуану. Актер внял совету доктора и вошел в число лиц, попечителем которых является организация «Тикун олам» (на иврите – «исправление мира»). Именно «исправителям» Министерство здравоохранения Израиля в 2007 г. выдало первую лицензию на выращивание конопли, выделение из нее наркотика, производство сигарет и их бесплатную раздачу определенным категориям больных.

В природе существует около 60 разновидностей конопли, содержащих различное количество каннабиноидов - психотропных веществ, используемых в производстве марихуаны. В конце XIX века в Великобритании и ряде других европейских стран коноплю стали применять для снятия мышечных спазмов, приступов эпилепсии и при ревматизме. Однако спектр лечебного воздействия каннабиноидов намного шире.

В 1964 г. профессор Ивритского (Еврейского) университета в Иерусалиме Рафаэль Мешулам впервые синтезировал тетрагидроканнабинол (ТГК) – главный активный ингредиент каннабиса. Примечательно, что сегодня именно на юге Великобритании находится крупнейшая в Европе ферма по производству легальной марихуаны. Это сельскохозяйственное предприятие, производящее 26 т конопли в год, также засекречено. Охрана фермы аналогична охране тюрьмы строгого режима.

Конопля требует тщательного ухода и интенсивного освещения в течение 12 часов в сутки. Полный цикл созревания саженцев занимает 13 недель, цветение длится 8 недель. Зацветшие растения становятся родоначальниками нового поколения саженцев. 10% саженцев выбраковывают и сжигают. Конопля любит влагу, и каждые 10 минут осуществляются сеансы капельного орошения, чтобы растения не засохли. Всё это делается для того, чтобы конопля зацвела, потому что именно из цветков добывают вещество для производства лекарства. Далее собранный урожай проходит сушку. Для этого растения нередко просто развешивают на веревках, но могут первоначально помещать и в сушильные

марихуаны в Германии, Франции, Италии.

Медицинский центр «Шиб» в Тель-а-Шомере стал первым израильским лечебным учреждением, в котором началось осуществление широкой исследовательской программы по использованию марихуаны в клинических целях. Пациенты этой больницы получают курительные дозы марихуаны согласно процедурным нормам, разработанным врачами

план пятикратного увеличения производства каннабиса.

В настоящее время Лекарственный комитет при Минздраве Израиля рекомендует ввести марихуану в так называемую «корзину лекарств», ибо никто не сомневается, что потребности в каннабисе будут возрастать и от совершенно бесплатной раздачи этого препарата рано или поздно придется отказаться. Если же каннабис попадет в «корзину

будет заниматься всеми вопросами лечебного каннабиса – логистикой, производством, закупкой, реализацией и контролем за распространением.

Джуди Зигель пишет в статье «Есть ли в Израиле будущее у «медицинской марихуаны?», опубликованной в местной газете The Jerusalem Post: «Процесс распространения марихуаны в медицинских целях должен быть строго контролируемым для того,

Взгляд

Спасительный кайф

Конопля – зло или лечебное средство?



камеры для понижения влажности воздуха.

...И боль отступает

Лечебное воздействие каннабиса заключается в уменьшении боли, усилении аппетита, регулировании настроения и позитивном влиянии на нервную систему при некоторых заболеваниях. В Израиле впервые в мире стали применять коноплю при раке, рассеянном склерозе, ВИЧ-инфекции, фибромиалгии, неврологических заболеваниях, астме, глаукоме, колите. Марихуана ослабляет депрессивные и панические состояния. Поэтому ее рекомендуют также и бывшим военнопленным, которые страдают посттравматическим стрессом. Получены клинические данные, свидетельствующие, что каннабис уменьшает вредное воздействие химиотерапии.

Особенный эффект дает использование составляющих конопли именно при рассеянном склерозе - заболевании, поражающем центральную нервную систему, головной и спинной мозг. Заболевание вызывается расстройствами иммунной системы, в результате которых совершается ошибка: белое вещество мозга принимается за «чужака» и атакуется. Болезнь чаще встречается у молодых людей в возрасте 20-40 лет, у женщин чаще, чем у мужчин. Больной становится инвалидом, но к смерти эта болезнь чаще всего не ведет. Современная медицина не располагает средствами, излечивающими от рассеянного склероза.

Тем не менее симпатическая терапия облегчает страдания больных. Лекарства на основе каннабиса, производимые в основном в Великобритании и Израиле, получили лицензию на продажу в Испании, Чехии, Канаде. Еще в 15 странах эти препараты распространяются с ограничениями. В ближайшее время ожидается выдача разрешений на медицинское применение препаратов из

и научными сотрудниками центра «Шиб».

Больные, не находящиеся в стационаре, получают дозы лекарства, содержащего каннабиноиды, через диспансерную сеть. На сегодняшний день общее количество страдающих, которым предписано лечение марихуаной, достигает в Израиле более 2 тыс. человек. Нестационарным больным марихуана распределяется государственным медицинским центром психического здоровья «Абарбанель» в Бат-Яме, которым руководит доктор Иегуда Барух. Именно он обладает исключительным правом контроля за высаживанием кустов конопли, производством из нее марихуаны и соответствующих сигарет.

Как медицинское средство марихуана была легализована одновременно на Земле Обетованной и в Великобритании в 1999 г. Недавно генеральный директор Минздрава Израиля доктор Рони Рамзо дал разрешение еще 5 больницам, которые наряду с центром «Шиб» получили право назначать марихуану пациентам, страдающим хроническими болями.

Важное событие, делающее каннабис весьма доступным медицинским средством, произошло летом нынешнего года. Комиссия кнессета по борьбе с наркотиками разрешила импорт марихуаны в медицинских целях. Председатель этой комиссии Талб Сана (между прочим, депутат от одной из израильских арабских партий) заявил, что «местные производители пока не в состоянии удовлетворить спрос лечебных учреждений на марихуану». И в самом деле, в еврейском государстве официально разрешено выращивание каннабиса на 14 фермах, но в полном объеме задействованы только три. Поэтому комиссия кнессета по здравоохранению, социальному обеспечению и труду потребовала от Минздрава в 6-месячный срок разработать

лекарств», то для потребителя скидка может составить до 90%.

По данным газеты «Гаарец», в конце нынешнего года количество рецептов, выписываемых для получения марихуаны, возрастет до 5 тыс. Как отмечает 10-й канал Израильского телевидения, в еврейском государстве выдано больше разрешений на использование марихуаны по медицинским показателям, чем в Канаде и Нидерландах, странах, где данная область давно регулируется государством. После же вступления в силу новых рекомендаций по использованию каннабиса количество пациентов, которым наверняка пропишут марихуану, увеличится до 40 тыс. По предположению доктора Иегуды Баруха, в 2012 г. оборот рынка медицинской марихуаны возрастет до 60 млн шекелей, а в последующие годы дойдет до 240 млн.

Сомнения остаются

Однако не всё так однозначно с применением марихуаны в медицинских целях. Хотя каннабис прописывается в малых количествах, при долгом потреблении возможны легкие галлюциногенные психозы и паранойя у небольшой части пациентов. Вероятен риск увеличения заболевания шизофренией. Часты и осложнения, ведущие к суицидальной депрессии. При курении марихуаны больной вдыхает и такие ингредиенты, которые могут оказать канцерогенное воздействие на организм. Следует, однако, заметить, что с канцерогенным риском связано потребление почти любых лекарственных препаратов.

Дискуссионным остается и вопрос о появлении наркозависимости. Причем при использовании марихуаны зависимость возникает, по-видимому, не так быстро, как при употреблении героина, но не медленнее, чем при злоупотреблении алкоголем. Профессор Эльад Давидзон, глава отделения по исследованию боли в иерусалимской больнице «Адас-са», в беседе с корреспондентом «МГ» назвал одним из возможных побочных эффектов использования марихуаны возникающую склонность к потреблению более «тяжелых» сортов наркотиков.

Немалые опасения высказывает и полиция. Там считают, что никакое медицинское учреждение, даже обладающее исключительным правом на распределение наркотического средства в лечебных целях, не в состоянии активно противостоять черному рынку. Поэтому специальная комиссия, созданная Минздравом и представителями полицейских структур, пришла к заключению о необходимости создания в стране Агентства лечебной марихуаны (АЛМ). Создаваемая структура

чтобы она не попадала в руки наркоманов».

Но здоровый смысл побеждает

Интересно, что по примеру израильтян свое АЛМ предполагают создать и американцы. В США каннабис запретили в 1938 г., несмотря на многочисленные протесты тогдашних владельцев частных клиник и недоумение медицинских светил того времени. Важно заметить, что тогда же американцы запретили и импорт конопли в любых количествах. Считается, что инициатором запрета выступила фармацевтическая компания, которая не смогла получить лицензию на «эксклюзивное» производство марихуаны в лечебных целях. Нельзя исключить, что этой фирме противостояли даже не конкурирующие фармацевтические компании, а мафиозные структуры, контролировавшие уличный черный рынок.

Существовал и «политическая» версия американского запрета конопли. Согласно ей, во второй половине 30-х годов прошлого века американцев обуял страх перед возрастающей мощью СССР и увеличением экспорта продуктов из конопли из самой большой страны мира. Запрет ввоза конопли на территорию США, по мнению тогдашнего американского руководства, мог ослабить Советский Союз.

Понятно, что с позиции сегодняшнего дня расчет американцев видится не просто ошибочным, а смехотворным. Сейчас за океаном за коноплю взялись всерьез и, похоже, надолго. В том смысле, что исторические ошибки там осознали и решили исправить. И пример берут с Израиля.

Не отстает и Канада. Минздрав этой страны выдает лицензии на покупку марихуаны по рецепту врача больным, страдающим рядом хронических заболеваний, вызывающих потерю трудоспособности. На сегодняшний день такой лицензией обладает 5 тыс. граждан Страны кленового листа. Поразительно, но еще 3,5 тыс. получили право самостоятельно выращивать коноплю.

Профессор Эльад Давидзон считает, что медицинская марихуана в ближайшем будущем будет использоваться в форме каннабисового масла, а также в виде пены с высоким содержанием конопли. Однако он сомневается, что новые формы употребления марихуаны будут столь же эффективны в лечении, как старый и проверенный способ – курение.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Беэр-Шева.

Анализируя жизненный путь наших предшественников, период активной деятельности которых совпал с периодом существования Советского Союза, начинаешь понимать и ценить то, что они сделали для страны в невероятно тяжелых условиях. Поэтому в этой статье предпринята попытка не просто осветить жизненный путь известного нейрохирурга Вениамина Угрюмова, но и показать, что такие люди, как он, в течение короткого отрезка времени превратили страну из слаборазвитой и безграмотной в сверхдержаву, во многом, в том числе и по ряду направлений медицины, опередившую ведущие западные страны.

Склонен к естественным наукам

В. Угрюмов родился 26 октября 1911 г. в Тюмени. Его отец – Михаил Георгиевич Угрюмов был сыном владельца кирпичного завода. Мать Вениамина Михайловича – полячка, родилась в Вильне. Ее мать умерла, а отец с маленькой дочерью был выслан в Тюмень за участие в польском освободительном движении и вскоре умер. После этого мать Вениамина Михайловича воспитывалась в купеческой семье, крестившись из католицизма в православие и получив новое имя – Павла Фоминична. Будучи хорошо материально обеспеченными до 1917 г., после революции и конфискации имущества родителям Михаила Вениаминовича было трудно адаптироваться к новой жизни – мать не работала, а отец был кустарем. В 1936 г. Михаил Георгиевич как враг народа был отправлен в лагерь в Республике Коми, откуда не вернулся.

В 1929 г. Вениамин окончил тюменскую среднюю школу, проявив «склонность к естественным наукам» (из характеристики). В это время одной из проблем, тормозивших развитие страны, была массовая безграмотность и отсутствие кадров для борьбы с ней. Поэтому после окончания средней школы юноша был направлен в сельскую местность на работу в качестве учителя и директора начальной школы. При этом он активно участвовал в ликвидации неграмотности среди взрослого населения. В 1930 г. Угрюмов переехал в Москву с желанием продолжить учебу в медицинском институте. Однако дети не рабочих и не крестьян могли поступать в вуз только при наличии двухгодичного рабочего стажа. Поэтому Вениамин отработал два года рабочим и только после этого поступил в 1-й Московский медицинский институт, который окончил с отличием в 1937 г. Одновременно он окончил и техникум иностранных языков, что сыграло важную роль в его дальнейшей международной деятельности.

Уже в студенческие годы Угрюмов определил свой путь в медицине – исследование нервной системы и лечение неврологических больных. Как отличник он получил право поступления в аспирантуру на любую кафедру и был направлен на ту кафедру, где исследования нервной системы не проводились. Только благодаря ходатайству заведующего кафедрой факультетской хирургии 1-го Медицинского института профессора Н.Н.Бурденко перед народным комиссаром здравоохранения РСФСР П.Г.Сергиевым Вениамин Михайлович был оставлен в аспирантуре на кафедре факультетской хирургии по специальности «нейрохирургия». После аспирантуры незадолго до начала войны он успешно защитил кандидатскую диссертацию «Темпе-

ратурный синдром при различных операциях», отражающую интерес Н.Н.Бурденко к неспецифическим физиологическим реакциям в ответ на хирургическое вмешательство.

Несмотря на то, что Бурденко не мог уделять большого внимания своим ученикам ввиду чрезвычайной загруженности, даже незначительный опыт общения оставлял глубокий след. Так, по воспоминаниям Угрюмова, поучительными были обходы больных, когда Бурденко, войдя с многочисленной свитой в палату, уже на пороге замечал у больных не-

в разгар Сталинградской битвы, назначен ведущим нейрохирургом тысячекоечного нейрохирургического госпиталя № 1056 в Саратове. С этого момента и до конца жизни рядом с ним находилась Раиса Петровна Панкова, начмед этого же госпиталя, соратник и впоследствии жена Вениамина Михайловича.

Тяжелейшая обстановка на Сталинградском направлении, непрерывный поток раненых, почти круглосуточные операции и неопределенность на фронте не могли заглушить интереса к науке. В это время были прове-

нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко АМН СССР Угрюмов был переведен в этот институт заместителем директора по научной работе.

В 1961 г. после кончины В.Н.Шамова Вениамину Михайловичу предложили возглавить Ленинградский нейрохирургический институт. На этом посту вплоть до ухода на заслуженный отдых в 1979 г. он особенно ярко проявил себя как нейрохирург, ученый-физиолог, организатор науки и здравоохранения. Под его руководством выполнялись исследования по диагностике и хирургическому лечению череп-

было показано, что повреждение гипоталамуса в результате опухолевого роста, травмы или хирургического вмешательства приводит к развитию патологии сосудов мозга, гипофиза, периферических эндокринных желез и их висцеральных мишеней.

Невероятно, но...

Работая директором ЛНХИ, профессор Угрюмов проявил себя как выдающийся организатор науки и здравоохранения. Были созданы новые клинические отделения и лаборатории – отделение анестезиологии и реанимации, медико-математическая лаборатория, отдел патологии мозгового кровообращения и др. Невероятным было то, что ему удалось построить в историческом центре Ленинграда, где строительство было запрещено, корпус больше по размеру самого института. Это дало возможность существенно увеличить масштабы высококвалифицированной нейрохирургической помощи больным, поступающим со всех концов Советского Союза и из-за рубежа. В этот же период была повышена категория ЛНХИ и увеличено его финансирование, на его базе был создан совет по защите докторских диссертаций. Достижения в «развитии медицинской науки и подготовке научных кадров в целом были отмечены награждением ЛНХИ в 1976 г. орденом Трудового Красного Знамени.

Организаторский талант Вениамина Михайловича распространился далеко за пределы ЛНХИ. С 1960 г. он был главным нейрохирургом МЗ РСФСР, а с 1970 г. и председателем Республиканской комиссии «Хирургическое лечение заболеваний нервной системы» этого министерства. В его функции входила организация нейрохирургической службы в РСФСР, подготовка высококвалифицированных кадров и координация деятельности региональных нейрохирургических центров. Основным достижением в этом направлении явилось увеличение числа нейрохирургических отделений с 41 до 186 и создание 9 межобластных нейрохирургических центров. Наиболее ярким показателем международного признания Угрюмова явилось его избрание в 70-е годы вице-президентом Европейского общества нейрохирургов.

В.М.Угрюмов принадлежит к числу выдающихся отечественных нейрохирургов. Он – автор более 300 работ, в том числе 16 монографий и клинических руководств. Под его руководством выполнено более 100 докторских и кандидатских диссертаций. Заслуги Вениамина Михайловича были отмечены присвоением звания заслуженного деятеля науки РСФСР, награждением премией им. Н.Н.Бурденко АМН СССР, орденом Ленина и рядом других государственных наград. Помимо профессиональных достоинств, профессор Угрюмов обладал уникальными человеческими качествами – высокой работоспособностью, скромностью, поистине ленинградской интеллигентностью, доброжелательностью. До конца жизни он руководствовался изречением Шота Руставели: «Что ты отдал, то сохранилось, а то, что оставил, то пропало».

25 января 1985 г. Вениамин Михайлович Угрюмов ушел от нас, оставив глубокий след в истории отечественной и мировой нейрохирургии.

Валерий БЕРСНЕВ,
профессор.

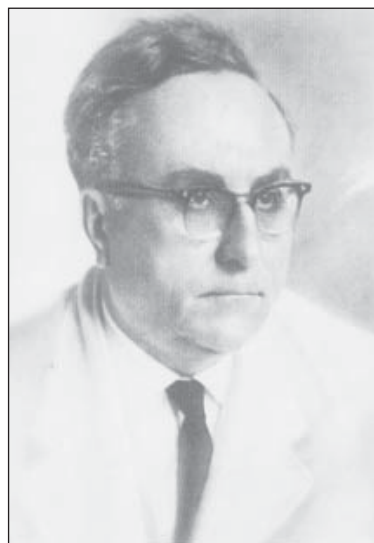
Игорь ЯКОВЕНКО,
доктор медицинских наук.

Российский нейрохирургический институт им. А.Л.Поленова.
С.-Петербург.

Имена и судьбы

Что ты отдал, то сохранилось...

Прошло 100 лет со дня рождения выдающегося нейрохирурга Вениамина Угрюмова



значительные проявления заболеваний, которые не были отмечены лечащими врачами, но играли ключевую роль в постановке диагноза и лечении. В дальнейшей работе Угрюмов руководствовался заповедью Бурденко о том, что нельзя ограничиваться совершенствованием хирургической техники – необходимо постоянно анализировать опыт лечебной работы и дополнять его исследованиями в клинко-морфологическом, клинко-физиологическом и клинко-биохимическом аспектах. Другими словами, Бурденко призывал проводить исследования на всех уровнях – от молекулярного до целостного организма. И наконец, определяющим в деятельности Угрюмова как исследователя явилось представление Бурденко о том, что локальные патологические процессы в мозгу – естественная и единственно адекватная модель для изучения нормального функционирования мозга.

Дыхание войны

Великую Отечественную войну Вениамин Михайлович встретил в госпитале, где лечился от гепатита, но уже через неделю был мобилизован в Красную армию и назначен начальником нейрохирургической группы ОРМУ № 22 (отдельная рота медицинского усиления) в Калинин. Затем он был направлен в Тулу для организации нейрохирургического центра, работал ведущим нейрохирургом в эвакогоспитале № 1848, который был переведен в Энгельс на Сталинградском направлении, а в июне 1943 г.,

дены исследования больных с огнестрельными и травматическими повреждениями нервной системы. Уникальный аппарат для этого сконструировал Л.М.Закс – главный инженер оборонного завода в Энгельсе и большой друг Вениамина Михайловича.

После реорганизации эвакогоспиталя в Саратовский межобластной нейрохирургический госпиталь и до его расформирования в 1948 г. Угрюмов оставался ведущим нейрохирургом, а затем работал ведущим нейрохирургом Саратовского областного госпиталя инвалидов Отечественной войны. Кроме того, в 1945 г. он был избран доцентом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Саратовского медицинского института. В 1949 г. он успешно защитил докторскую диссертацию «Периферические сосудистые реакции при поздних операциях в зоне огнестрельных черепно-мозговых ранений», получил профессорское звание, и с 1950 г. заведовал этой кафедрой. Вениамин Михайлович был не только хорошим нейрохирургом, но и талантливым преподавателем – в его студенческом кружке получили «боевое крещение» Е.И.Бабиченко, Л.Я.Лифшиц, Ю.В.Зотов, О.С.Мишарев, ставшие известными хирургами. Уже в саратовский период проявился талант Угрюмова как организатора здравоохранения: в 1948 г. он создал клинику нейрохирургии на базе Саратовского института травматологии и ортопедии.

Несмотря на «железный занавес»

В 1954 г. академик АМН СССР В.Н.Шамов, директор старейшего в Советском Союзе Ленинградского научно-исследовательского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова, пригласил Угрюмова на должность своего заместителя по науке. Вскоре Вениамин Михайлович был также избран заведующим кафедрой нейрохирургии Ленинградского института усовершенствования врачей. Основываясь на традициях школы Бурденко, Вениамин Михайлович активно развивал клинко-физиологическое направление, привлекая к исследованиям таких корифеев, как Л.А.Орбели и Э.А.Асратян. Через 2 года по приглашению академика АМН СССР Б.Г.Егорова – директора НИИ

но-мозговой травмы, травмы позвоночника и спинного мозга, эпилепсии, патологии сосудов головного мозга. Однако любимым детищем оставалась проблема травмы позвоночника и спинного мозга. Основным принципом лечения и реабилитации спинальных больных было как можно более раннее оперативное вмешательство, направленное на устранение сдавления спинного мозга, восстановление кровообращения и ликворообращения, что стимулировало развитие репаративных процессов, а в конечном итоге способствовало восстановлению проводниковых и сегментарных функций. Достижения В.М.Угрюмова и его учеников в этой области были обобщены в ряде сборников статей и монографий, причем монография «Закрытая травма позвоночника и спинного мозга» (1973), написанная с учеником профессором Е.И.Бабиченко, в 1978 г. была удостоена одной из наиболее престижных в области медицины премий – им. Н.Н.Бурденко АМН СССР.

Несмотря на «железный занавес», информация об успехах советских нейрохирургов в лечении травмы позвоночника и спинного мозга быстро распространилась за рубежом. Из США, Канады и западноевропейских стран в ЛНХИ потянулся поток больных, лечение которых считалось перспективным. У больных, прооперированных в Ленинграде, полностью или частично восстанавливались нарушенные функции. Профессора Угрюмова и его соратников много раз приглашали на международные форумы, а также в американские госпитали для консультации. Эти встречи убедили зарубежных коллег в реальности достижений советских медиков, что отразилось в многочисленных публикациях в уважаемых американских газетах. Один из американских дипломатов писал: «В американской медицине отмечается тенденция смотреть свысока на открытия, сделанные в Советском Союзе, но оказалось, что Угрюмов добился большего успеха в реабилитации парализованных больных путем операций».

В последнее десятилетие своей деятельности Вениамин Михайлович особое внимание уделял новому направлению – роли гипоталамуса в развитии патологии висцеральных органов. При этом

В 1970 г. в СССР произошла революция для тех, кого обманула природа, кто ощущает себя иным по отношению к собственному телу и физиологии...

Мы беседуем с хирургом, который первым в мире более 40 лет назад провел завершленную смену пола, – академиком РАМН и Латвийской академии наук, Героем Социалистического Труда, лауреатом Государственных премий СССР и Латвии, кавалером высшей награды Латвии – ордена Трех звезд Виктором Калнберзом.

– Виктор Константинович, пациенты обращались к вам, как правило, со сложными травмами. Как же возник у нас этот абсолютно новый участок хирургии – смена пола?

– Понимаете, я хирург как хирург. Специалистов таких – тьма в России, хватало их и в СССР. Но иногда становишься заметным благодаря какому-то стечению обстоятельств, непредвиденной ситуации. И когда я совершил смену пола в 1970 г., по сути начался иной этап, иной уровень работы.

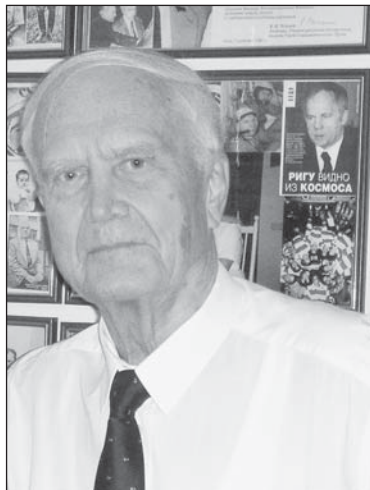
Прислал мне письмо мой друг легендарный Владимир Петрович Демихов, который первым в мире осуществил пересадку головы собаке. Он просил принять девушку, которая решила стать мужчиной. Дело в том, что вначале пациентка обратилась именно к нему, зная об уникальных экспериментах. Она не знала, что Демихов – пусть выдающийся, но биолог, врачебного диплома у него нет. Собаке даже голову может присоединить, а вот человека оперировать не имеет права.

Ко мне пациентка поступила в 1968 г. Решение оперировать было очень трудным, два года ушло на обдумывание, консилиумы и консультации с коллегами из разных областей медицины – урологами, гинекологами, эндокринологами. Кроме того, требовались сведения от юристов и психологов. Беседовал я и со священником, потому что совсем не хотелось быть преданным анафеме; он снял грех с души. В целом сомнений было предостаточно, всё было вновь, идти предстояло в неизвестное.

Что же получилось уже потом, после операции? Меня осудили... Правда, я заранее получил разрешение нашего, республиканского министра здравоохранения Канепа, хотя и устное. Кстати, он и после не отрицал, что дал добро. Человек солидный, авторитетный, к тому же зять члена политбюро Арвида Пельше.

– А кто же начал, что называется, гнобить вас?

– Сам союзный министр, Борис Васильевич Петровский. Может, у него в душе были сомнения. Когда-то он ко мне по-отцовски относился, потому что они с моим учителем профессором Мачабели были друзьями. Приедет он на взморье – и: «Виктор, посмотри, что с фотоаппаратом, ты же в этом соображаешь». Я тогда активно занимался фотографией. Потом еще что-нибудь, да и сам посоветует по делу. Словом, от-



Сергей поздравил со
Новым 2012 годом и желал
самые добрые пожелания
моей любимой «Медицинской
газете» и ее многочисленным
верным читателям!
С уважением Уралов

Виктор КАЛНБЕРЗ:

Я первым в мире сделал из женщины мужчину

носился очень хорошо. Но после этой операции всё изменилось...

Вызвал в Москву. Беседа была на «вы», тяжелой, многочасовой. «Вы преступник, ваше место – за решеткой. Вами интересуется министр юстиции Теребилов: ведь искалечена абсолютно здоровая женщина». И пошло-поехало. Наконец, задает вопрос: «Знаете, на кого вы были бы похожи, если бы две недели не брились и не мылись?» – «Борис Васильевич, не представляю себе». – «Да на Солженицына». Это было просто бранным словом в его устах. «Я знаю, – продолжает, – кто вас надоумил на эту операцию. Этот Демихов ничего более толкового не может, кроме как собачьи головы к задницам пересаживать». Такой вот диалог.

Потом в Ригу прислали комиссию; она, кстати сказать, целиком встала на мою сторону. Я представил фильм о подготовке и ходе операции, они беседовали с пациенткой, смотрели историю болезни.

– А было ли этично раскрывать человека, в чьих документах указана фамилия и иные данные, перед более широкой аудиторией – пусть даже специальной комиссией?

– Это делалось только с ее согласия, а оно было.

– Но пациентка давала согласие на операцию, а не на раскрытие своей истории и возможной новой легенды...

– Но они затребовали встречу с ней. Что касается досье, то это – относительная вещь. Когда женщина поступала в клинику, то фигурировала как Инна NN. После же операции она получила другие документы, и новое имя в досье не значится. У нее началась другая жизнь.

– А юридически как это оформлялось?

– Через республиканское Министерство внутренних дел. Оформление шло целиком в Риге. Вместе со мной и с документами клиники пациент должен был предстать перед генералами и полковниками из комиссии. Но

никакого осмотра... В отличие от медиков из Москвы, которых результаты интересовали с профессиональной точки зрения.

– Извините, что столь подробно выясняю, но ведь это было впервые. Пациентка была москвичкой. И на какую жилплощадь, в качестве кого она бы прописалась по возвращении? Тогда с пропиской было жестко.

– Она всё предусмотрела. Более того, когда пришла перед отъездом, спросила: «Сказать вам мою новую фамилию, имя?» Я говорю: «Знаешь, Инна, ты для меня уже новый человек, Иван или Иннокентий, неважно. Мне не надо знать. Ты ведь сама говорила, что боишься, если твоя история раскроется. Не дай Бог – и будешь подозревать своего доктора. Не надо. Я тебе оставляю свои координаты, но ты свои оставь при себе».

– Потом какие-то сигналы были – звонком, письмом?

– Я узнал, что у него появилась жена, они долго жили вместе, но потом она скончалась от онкологического заболевания. Пациент женился на другой. Много уж лет прошло, постарел пациент.

– А как узнали?

– Звонок: «Я отдыхаю на Рижском взморье. Хочу встретиться». Вот тогда и узнал... Потом опять долгое молчание. А в прошлом году – снова звонок. Ну, думаю, слава Богу...

– Все-таки давайте вернемся к обстановке после первой операции по смене пола...

– Шум уже рос среди медиков всего Союза. Потому что министр Петровский ездил на активы медработников в республики. И везде, не называя моей фамилии, вещал: «В хорошем стаде нашелся один такой хирург, позволил себе искалечить женщину, сделать из нее...» – «Кого?» – «Мужчину. Да еще без разрешения». А доктор: «Кто это, где это было?» Министр молчит. Многие подумали на министра здравоохранения Белоруссии Савченко – он занимался гермафродитами. Оборвали тому

телефон: «Ты ж такое чудо сотворил!» – «Да не знаю я ничего». Потом выяснили: это дело рук рижанина.

В общем, результат получился обратный: заинтересовались, стали активно приглашать при иных сложных случаях.

– Логика проста: если он такое смог, то уж с иным случаем, любой сложности, справится. Скажите, а до вас в этой области что-то происходило, были ориентиры? Или приходилось рисковать, где-то наощупь, первым – как сапер?

– Конечно, ориентировался. Естественно, вначале многого не знал. Решил изучить соответствующую литературу. Есть журналы международные, из коих выяснил: в мире таких операций было сделано четыре. Последнюю делал чешский хирург Клуцек. Тщательно всё описывал, дал фотографии. Меня насторожило другое: в результате всех четырех операций появились... гермафродиты. То есть пришив мужское достоинство – честь за это и хвала докторам! – пациенткам сохранили остальное женское естество. Значит, у них сохранялись месячные, они могли родить ребенка; при этом отсутствовал мочеиспускательный канал – такой, как у мужчин.

– То есть ваши коллеги подошли по-хирургически: здесь прийти, там отрезать. – Да, удалялись молочные железы, но матка сохранялась. Обдумывая стратегию действий, я решил, что надо сделать шаг вперед – и добиться того, чтобы мужчина был как мужчина. И пятая операция стала первой в мире по завершенности: были удалены матка, влагалище. Из плоти пациентки я сделал мужской член с кровеносными сосудами и каналом, чтобы даже «по-маленькому» можно было ходить по-мужски.

Так что развивал идеологию этой операции не с нуля, а с учетом опыта других, пусть и неполного. Привнес и свое, что было отмечено авторским свиде-

тельством союзного Госкомитета по науке и технике...

Важно, что у пациентки после операции не было отторжения: ведь все компоненты, материалы были от собственного организма. Правда, следовало принимать гормоны, чтобы общий процесс «мужания» был более явным.

– Закрепилось ли, получили развитие данное направление?

– Конечно, прогресс огромный. Ныне применяется другая технология. Я использовал для создания мужских достоинств филатовский стебель, эти операции требовали нескольких этапов. Сегодня действует микрохирургия. Кроме того, сократились сроки.

Тогда приходилось делать паузы по 2-3 месяца (заживление, срастание, фактор наркоза). Пациентке это было даже выгодно: она уезжала, работала, потом возвращалась.

Впервые гражданам СССР об этой операции рассказал академик Чазов в знаменитой телепрограмме середины 80-х годов «До и после полуночи», более 15 лет спустя.

А потом были операции по фаллоэндопротезированию, маммопротезированию, по устранению элифантиаза, сотворению носа, из того же филатовского стебля, на месте зияющего отверстия (результат травмы), восстановление утраченных пальцев. Сделал компрессионно-дистракционный аппарат для лечения переломов и вывихов. В общем, вместе с коллегами помогал больным, искалеченным... Директорствовал, депутатствовал, написал воспоминания на русском языке, никак не договорюсь об издании...

– Вы работали в боевых условиях Афганистана, летали на Кубу, оперировали, консультировали и лечили политиков, спортсменов, космонавтов. Есть ли школа академика Калнберза?

– Мой учитель, профессор Лепу Кална был учеником академика Бурденко. Так что Николай Нилович – как бы мой «хирургический дедушка». Учителем для меня был и Пауль Страдынь, а он работал с С.П.Фёдоровым. Значит, и Сергей Петрович – мой воспитатель. Профессор Арчил Мачабели – тоже...

Я же не склонен называть кого-то своим учеником. Когда сам говорю о наставниках, то ощущаю их вклад в мое становление, мои знания и навыки. Если кто из младших признает меня как учителя, мне будет приятно и гордо. Но не могу брать на себя смелость отвечать вместо них, показать: вот – моя школа, мои «птенцы»...

Беседу вел
Александр ПЕСЛЯК

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 несет рекламодатель.



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЗАЙЦЕВА, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, А.ХИСАМОВ, В.ХРИСТОФОРОВ.
Директор-издатель В.МАНЯКО.

Дежурный редактор номера – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел. 608-86-95. Отдел информации – 608-76-76.
Рекламная служба – 608-88-64, 608-85-44, 608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@post.ru (редакция); E-mail: rekmedic@post.ru (рекламная служба); E-mail: inform@mgzt.ru (отдел информации)
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в типографии
ОАО «Издательский дом
«Красная звезда»
Хорошевское шоссе, 38,
Москва 123007
Тел. (495) 941-28-62.

Тираж 39 945 экз.
Распространяется
по подписке в России
и других странах СНГ.
Заказ № 5453.

Региональная корсеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 524201; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск 89107857286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4595420; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675, 48242105; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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