

Медицинская

23 декабря 2016 г.
пятница
№ 97 (7717)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Профилактика

Встречая жизнь с улыбкой

Детская стоматологическая заболеваемость должна и может быть снижена



Стоматологическая ассоциация России (СтАР) и Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова объявили о начале новой благотворительной программы «Детские улыбки России», направленной на улучшение ситуации в области стоматологического здоровья детей и подростков.

СтАР – это профессиональная ассоциация федерального уровня, являющаяся крупнейшей общественной организацией в стране по принадлежности к одной врачебной

специальности, объединяющая и координирующая действия по защите профессиональных прав стоматологов в России и включающая в себя 73 региональных объединения. Основная цель проекта СтАР – обеспечить стоматологическое лечение детям школьного возраста от 7 до 11 лет и подросткам от 12 до 18 лет. Эта программа призвана помочь детям из социально незащищенных слоев населения, проживающих в многодетных, неполных семьях, а также детям с ограниченными физическими возможностями.

«Большое значение имеет разработка и реализация программ про-

филактики ещё в раннем возрасте для предупреждения заболеваний полости рта», – отметил президент СтАР Владимир Садовский.

Программа «Детские улыбки России» сфокусируется по таким направлениям, как консультации детского врача-стоматолога и ортодонта, комплексах профессиональной гигиены, лечение кариеса. Это наиболее важные методы для поддержания надлежащего уровня стоматологического здоровья детей.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ,
ректор СамГМУ, академик РАН:

Открытие стартап-центра даст возможность получить студентов, максимально подготовленных к решению научно-практических задач.

Стр. 6



Владимир ПАРОНДЖАНОВ,
старший научный сотрудник
Научно-производственного центра
автоматики и приборостроения
им. Н.А.Пилюгина,
кандидат технических наук:

Ахиллесовой пятой медицины является её неточный, неясный и устаревший язык.

Стр. 11



Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор:

Эвтаназия – это, на мой взгляд, не только и не столько медицинская проблема, сколько социально-этическая.

Стр. 12



Итоги и прогнозы

Вовремя успеть на помощь

Внедрение системы 90-минутных комплексных обследований в поликлиниках столицы планируется до конца года. Об этом сообщил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погонин в рамках демонстрации ситуационного центра, который в режиме реального времени контролирует ситуацию с обеспеченностью столичного населения медицинской помощью в государственных поликлиниках города. Данными этого мониторинга пользуется мэрия Москвы.

«Надо успеть помочь человеку до его прихода в поликлинику. Мы обязаны сами его найти и в определённом возрасте провести ему предварительное обследование, не допустить развития болезней», – заявил А.Погонин. – Чтобы по достижении, например, 40 лет, ему были бы проведены определённые обследования, которые выявили бы заболевания на ранней стадии. У нас определённая работа проводится сейчас, и мы хотим до конца этого года внедрить систему, при которой за 90 минут пациент пройти такое обследование, включая маммографию».

Наряду с этим стало известно, что за постоянными пациентами московских поликлиник закрепят отдельных врачей уже в будущем году.

«Мы провели анализ и увидели, что 30% пациентов, которые обращаются в поликлиники, дают 70% всего объёма посещений. И мы этих пациентов сейчас конкретно знаем. В следующем году в каждой в поликлинике будет выделен отдельный врач для таких москвичей. Предполагаем, что это позволит нам снизить нагрузку на вызовы скорой помощи и на госпитализацию», – отметил А.Погонин.

Кроме того, в ходе мероприятия было акцентировано

внимание на том, что более половины столичных поликлиник перешли на работу по электронным медицинским картам.

«Электронная медкарта на сегодняшний день внедрена более чем в половине амбулаторных медучреждений, подведомственных нашему департаменту. Мы уже имеем свыше 2,8 млн электронных карт. В следующем году мы полностью закончим их внедрение. Все рецепты на препараты выписываем в электронном виде. И врач при выписке имеет возможность видеть остаток этих лекарственных средств и другие данные, которые позволяют нам анализировать объём лекарственного обеспечения», – подчеркнул А.Погонин.

Электронная медицинская карта ЕМИАС представляет собой комплекс электронных данных обо всех результатах обследования и лечения пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Она была создана с целью предоставления врачам полной и достоверной информации об истории лечения граждан и упрощения обмена информацией между медучреждениями.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Современные технологии

Недоступное становится доступным

Специалисты ультразвуковой диагностики в ходе обучающего курса Венской международной школы ультразвука познакомились с инновациями в области пренатальной эхографии плода.

Слушатели приняли участие в мастер-классе, проведённом ведущим мировым экспертом в сфере пренатальной ультразвуковой диагностики, доктором Бернардом Бенуа (Монако). Он продемонстрировал сканирование пациенток на ультразвуковом аппарате, воплощающем все передовые достижения и инновационные технологии в акушерстве,

гинекологии, а также рассказал о новых режимах визуализации, которые были представлены в сентябре 2016 г. на Всемирном конгрессе Международного общества ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии. Применение принципов объёмного сканирования открывает перед врачами широкие диагностические возможности.

С лекцией о методике объёмной нейросонографии и эхокардиографии плода выступил заведующий кафедрой ультразвуковой и пренатальной диагностики Института повышения квалификации ФМБА профессор Михаил Медведев.

Богатым клиническим опытом поделилась доцент кафедры ультразвуковой диагностики Российской медицинской академии последипломного образования кандидат медицинских наук Ольга Мальмберг. Она отметила:

– Сегодня мы видим такие анатомические структуры плода, которые ранее были недоступны исследованию. Новые возможности требуют от врача глубоких знаний в различных областях медицины и постоянного профессионального совершенствования.

Анна ПИКИНА.

МИА Сито!

Новости

Производство лекарств
набирает темпы

Санкт-Петербург является не только культурной столицей России, но и крупнейшим центром отечественной фарминдустрии. Здесь выпускается 18% всей фармацевтической продукции РФ, открыто 8 новых фармацевтических заводов и строится ещё 5.

Компания «ПОЛИСАН» осуществляет проекты по локализации производства зарубежных препаратов. В частности, в январе этого года был подписан договор о производстве на заводе компании трёх лекарственных средств, а уже в декабре объявлено о начале выпуска опытно-промышленных серий этих препаратов. В торжественном открытии производства на заводе участвовали губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко, главный терапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга академик РАН Вадим Мазуров.

Для приглашённых журналистов была проведена экскурсия по цехам завода компании, где можно было увидеть весь процесс производства – от контроля поступающей субстанции до маркировки готового продукта.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Санкт-Петербург – Москва.

Ценный подарок

Накануне новогодних праздников для жителей деревни Ивановка Омской области им станет новый фельдшерско-акушерский пункт. Это первичное лечебно-профилактическое учреждение построено на месте прежнего, капитальный ремонт которого оказался нецелесообразным по причине его ветхости. Корпус здания возвели к началу нынешнего года. За летние месяцы были проведены инженерные сети, теперь завершена и отделка помещений. Помимо живущих в Ивановке, за ФАПом закреплено население ещё нескольких соседних сёл и деревень, так что на его открытии соберётся много народа.

Сейчас, как сообщили в Министерстве здравоохранения Омской области, завершается строительство фельдшерско-акушерского пункта в селе Куренёво, а в селе Ганновка новый ФАП сдан в эксплуатацию в эти дни.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Медицинское волонтерство

Форум медицинских волонтеров состоялся в посёлке Новобурейский – райцентре Амурской области. В его рамках было проведено 5 обучающих площадок, организаторами которых выступили представители различных общественных объединений областного и федерального уровней.

Большой популярностью на форуме пользовалась площадка «Медицинское волонтерство», которую провели студенты 5-го курса Амурской государственной медицинской академии. Лектором на площадке выступил Константин Кожеченков, руководитель волонтерского отряда академии.

Членом студенческого научного общества по практической медицинской подготовке симуляционно-аттестационного центра Романом Шангиновым был проведён мастер-класс «Первая помощь пострадавшим», который вызвал особый интерес у бурейской молодёжи. Уверенные действия будущих медиков в экстремальной ситуации и то, как они, обучая, демонстрировали свои умения на муляжах, заставило многих по-иному взглянуть на эту профессию, а некоторые даже изъявили желание поступить в медицинскую академию.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Амурская область.

Новые возможности хирургии
Приморья

Врачи Находкинской городской больницы овладели всеми современными видами стоматологической помощи, в том числе и хирургического лечения. К ним поступают пациенты с самыми тяжёлыми случаями, а также те, кому не смогли помочь в других учреждениях. По ряду направлений челюстно-лицевые хирурги медуниверситета идут впереди своих коллег из передовых частных клиник Приморского края.

Наиболее сложных больных с челюстно-лицевыми патологиями хирурги Виктор Беляев и Павел Хамула оперируют в травматологическом отделении стационара. Недавно они продвинулись ещё на шаг вперёд: успешно выполнили две хирургические репозиции костных отломков челюстей при помощи фиксирующих конструкций.

Оба пациента получили травмы в ДТП. В удовлетворительном состоянии они уже выписаны из стационара домой на амбулаторное долечивание.

– До этого людям со сложными переломами челюсти мы могли предложить лишь операции, предусмотренные госпрограммой бесплатного оказания медицинской помощи, – объясняет П.Хамула, заведующий стоматологическим отделением Находкинской городской больницы. – Они предполагают шинирование или стягивание челюстей спицами. В этом случае может понадобиться дополнительная операция, пациенты дольше восстанавливаются. Сейчас наше медуниверситета закупило специальные фиксирующие конструкции, то есть мы говорим о применении современных технологий, более щадящих методик: костные отломки фиксируются пластинами стабильнее, обеспечиваются оптимальные условия для анатомически правильного сращения костной ткани.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

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

Конкурсы

Показали
высокий уровень

Студенты соревнуются в знании хирургии

Первая внутривузовская олимпиада по хирургии прошла в Медицинском институте Чеченского государственного университета.

Девиз олимпиады – «Покажи высокий уровень» – предлагал студентам 4-го, 5-го, 6-го курсов применить теоретические знания на практике; в частности, будущие медики демонстрировали методики вязания хирургических узлов, интубации трахеи, знание анатомии, владение хирургическими инструментами, хирургическими доступами, накладывали косметический и хирургический швы и выполняли другие задания.

Когда авторитетное жюри в составе министра здравоохранения Чеченской Республики Эльхана Сулейманова, директора мединститута Идриса Байсултанова, председателя Медицинской палаты республики Казбека Межидова, руководителя Росздравнадзора по республике Юнади Дачаева и других специалистов подвело итоги, выяснилось, что из 4 команд по итогам 10 конкурсов лучшей оказалась «Дельта», которой и вручили Кубок победителя и почётные грамоты.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.



Эльхан Сулейманов (в центре) принимал самое активное участие в олимпиаде

Работают мастера

Тромб в сердце, опухоль – в почке

Две хирургические бригады НИИ – Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского провели операции одновременно на сердце и на почке больного. Врачи применили при этом оригинальную методику, которая позволила избежать кровопотери.

В клинику обратился 50-летний мужчина с жалобой на одышку. При обследовании у него обнаружили сразу несколько тяжёлых заболеваний. В сосудах сердца формировался тромб, в любую минуту грозящий нарушить кровоснабжение, а левую почку поразила объёмная опухоль, которая

распространилась на нижнюю полую вену.

Подобную комбинированную патологию краевые врачи встречают редко. Лечить её в нашей стране способны лишь в медицинских центрах федерального уровня.

Бригадам предстояло работать бок о бок, словно единый слаженный механизм. Первая команда – урологическая, под руководством профессора Владимира Медведева. Она взялась за брюшную полость и провела успешную резекцию раковой опухоли. Вторую бригаду возглавил кардиохирург Кирилл Барбухатти. В своей зоне ответственности врачи справились блестяще: тромб из сосудов серд-

ца был полностью удалён. Всего на эту операцию ушло 4 часа.

Как правило, подобные вмешательства сопровождаются огромными кровопотерями (от 10 до 17 л крови). Однако кубанские врачи воспользовались собственной инновационной методикой. Тело больного подверглось гипотермии, кровообращение было временно остановлено, и операция прошла практически без потери крови. Сегодня пациент довольно быстро идёт на поправку и уже готовится к выписке.

Дмитрий АНДРЕЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Тенденции

Прогнозы гриппа и ОРВИ

В Алтайской краевой клинической больнице прошла межрегиональная научно-практическая конференция по проблемам инфекционных болезней. Участие в ней приняли более 200 человек – врачи-эпидемиологи, инфекционисты, микробиологи, терапевты, педиатры, гинекологи, клинические фармакологи, хирурги и представители Роспотребнадзора.

В начале конференции главный инфекционист Алтайского края и президент краевой ассоциации инфекционистов Валерий Шевченко подчеркнул:

– Мы стоим на пороге подъёма заболеваемости ОРВИ и гриппом, всегда актуальны хронические вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, ослож-

нения после ОРВИ и гриппа. Большой комплекс вопросов возникает вокруг организации прививочного процесса.

Одной из самых злободневных тем был посвящён доклад заведующей кафедрой инфекционных болезней и фтизиатрии Алтайского ГМУ Нины Карбышевой. Нина Валентиновна подвела итоги эпидемиологического сезона гриппа и ОРВИ 2015-2016 гг., проинформировала о прогнозах на предстоящий сезон, озвучила последние цифры по эффективности вакцинации против гриппа.

Об особенностях генотипа микобактерий туберкулёза в Алтайском крае рассказала заведующая централизованной бактериологической лабораторией краевого противотуберкулёзного диспансера Ольга Солодилова.

Актуальные аспекты лечения вирусных гепатитов раскрыл в докладе главный инфекционист Алтайского края В.Шевченко.

Особенно важным стал доклад педиатра краевого Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Елены Журавлёвой «Дети и ВИЧ».

Об основных принципах работы медицинских организаций Алтайского края в условиях выявления больных особо опасной инфекцией подробно рассказала заведующая отделением профилактики инфекционных болезней краевой клинической больницы Ирина Переладова.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Официально

В поддержку наркозависимых

«Необходимо разработать и принять федеральный закон о формировании комплексной системы реабилитации и ресоциализации граждан, употребляющих наркотики. Этим мог бы заняться совет по проблемам профилактики наркомании при Совете Федерации, – заявила на заседании совета вице-спикер Совета Федерации Галина Карелова. – Формированию такой комплексной системы мог бы помочь отдельный закон, надо начинать работу по его подготовке».

Наряду с этим Г.Карелова сообщила, что, помимо государственных организаций, реабилитацией и ресоциализацией наркоманов в нашей стране занимаются около 500 негосударственных центров.

По её словам, официально в РФ насчитывается 2 млн людей, регулярно употребляющих наркотики, большинство из них, как ни прискорбно, – молодые люди в возрасте от 15 до 35 лет.

Говоря о необходимой поддержке со стороны государства организаций, занимающихся реабилитацией и ресоциализацией наркозависимых, вице-спикер верхней палаты отечественного парламента отметила необходимость объединения их сил, определения полномочий федеральных и региональных органов в этой сфере, а также выработки критериев и стандартов допуска к этой деятельности.

Г.Карелова также подчеркнула, что уже в 43 субъектах РФ организована система сертификации организаций, оказывающих

реабилитационные услуги для наркозависимых. В 19 регионах, в том числе в столице, а также в Московской, Ленинградской и Псковской областях, введена такая форма адресной финансовой помощи наркопотребителям, как субсидии в виде сертификатов на социальную реабилитацию.

Примечательно, что во многих регионах в местные и муниципальные антинаркотические программы включены мероприятия комплексной реабилитации и ресоциализации. «В ряде областей разработаны и внедрены амбулаторные и стационарные программы комплексной помощи несовершеннолетним потребителям наркотиков, основная цель которых – помощь семьям», – сообщила сенатор.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Ситуация

Медстраховщики не согласны с выводами Счётной палаты

Страховые медицинские организации возвратили в систему обязательного медицинского страхования более 67,3 млрд руб. в 2015 г., годом ранее этот показатель составил 60,7 млрд. Такие данные привёл президент Всероссийского союза страховщиков (ВСС) Игорь Юргенс.

Он при этом назвал необоснованными данные, изложенные в материалах Счётной палаты по результатам проверки медстраховщиков, указывающие на якобы «потерянные» системой ОМС 30,5 млрд руб., выделенные в 2015 г. на деятельность страховых медицинских организаций. «Эти цифры не находят реального подтверждения», – сказал глава ВСС.

«В материалах Счётной палаты не нашёл отражения ни один факт успешной работы СМО по исполнению своего функционала. Например, тот факт, что в результате активной экспертной деятельности СМО в 2015 г. возвратили в систему ОМС более 67,3 млрд руб., удержанных по результатам проведенных экспертиз по случаям дефектов, не оказания, некачественного оказания медицинской помощи в системе ОМС», – сказал И.Юргенс.

«Данные средства были использованы в этом же году на оплату медицинским организациям действительно качественной медицинской помощи, что характеризует деятельность СМО как высокоэффективную и направленную на обеспечение качества медицинской помощи и целевого характера использования средств ОМС. Эти цифры есть в открытом доступе и размещены на сайте Росстата», – подчеркнул глава Всероссийского союза страховщиков.

При этом ряд выводов, которые обнародованы, он назвал неверными. Так, сумма якобы «потерянных» системой ОМС на деятельность страховых медицинских организаций 30,5 млрд руб. в 2015 г. не имеет реального подтверждения. Её расчёт, данный аудитором Счётной палаты, не соотносится с реальными показателями по ведению бизнеса. Из ведомственных форм бухгал-

терского и статистического учёта системы ОМС чётко следует, что в 2015 г. СМО в системе ОМС сформировано собственных средств по всем видам установленных законом источников в сумме 19,2 млрд руб. Эти данные есть в ведомственной отчётной форме Ф-10 (ОМС), доступной контрольным органам.

И.Юргенс пояснил, что собственные средства расходуются на поддержание эффективной работы системы: в том числе на обеспечение юридической помощи для защиты интересов пациентов (что во многом даёт возможность застрахованным вернуть обратно необоснованно полученные у них при оказании медицинской помощи средства), подготовку и обучение экспертов, выдачу полисов ОМС, информирование граждан об их правах через смс-оповещение, информационные стенды и СМИ, также расходы заложены на формирование института страховых представителей, создание IT-систем и другие функции.

В материале Счётной палаты приведена информация о 9,4 млн человек в 11 субъектах РФ, по которым есть риск наступления отрицательных последствий со страхованием и оплатой медицинской помощи в системе ОМС в результате возможного приостановления действия лицензий 8 СМО. Однако на указанную аудитором дату 01.12.16 две из приведённых 8 компаний уже провели реорганизацию путём слияния с другими СМО и прекратили своё фактическое существование, о чём есть соответствующие записи в ЕГРЮЛ. Эта информация находится в открытом доступе. Ещё одна из компаний из числа указанных (СК «Башкортостан-Медицина») добровольно отказалась от лицензии ОМС ещё в октябре 2016 г. Таким образом, цифра 9,3 млн человек превращается по состоянию на указанную дату в 1,8 млн человек, то есть уменьшается на 80%. Но и по оставшимся якобы «на риске» 1,8 млн человек никаких затруднений в случае возможного ограничения действия лицензий у этих СМО у граждан не будет, по-

скольку в системе ОМС существует чётко прописанный механизм перестрахования таких застрахованных другими страховщиками ОМС, который решает также и вопросы оплаты оказанной медицинской помощи.

В обнародованном пресс-релизе Счётной палаты приведена информация о том, что в нарушение статьи 38 федерального законодательства в Свердловской области территориальным фондом ОМС определён норматив ведения дел для страховой организации «Урал-Рецепт» в размере 1,8% вместо установленного в бюджете норматива в 1%. Это тоже ошибочные данные. В системе ОМС Свердловской области для компании «Урал-Рецепт», как и для других работающих СМО действует единый норматив отчислений средств на ведение дел в размере 1% от суммы целевого финансирования.

Это лишь часть фактов необъективного рассмотрения Счётной палатой РФ роли СМО в системе ОМС, но они свидетельствуют, что комплексная оценка эффективности деятельности медицинских страховых организаций «как участников обязательного медицинского страхования в 2014-2015 гг. и истекшем периоде 2016 г.» проведена необъективно и не в полном объёме, сделаны выводы, не подкреплённые объективными данными. Кроме того, отдельные выводы основаны на недостоверной информации. Подобный подход к оценке деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих одну из значимых социальных функций государства, не может отвечать ни интересам социального обеспечения граждан страны, ни стратегическим целям общественного развития, убеждён И.Юргенс.

Он отметил, что в настоящее время эксперты всех уровней готовят предложения по реформированию системы ОМС.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Вехи

Этап якутской медицины

Управлению здравоохранения Якутска исполнилось 90 лет.

В актовом зале Академии наук Республики Саха (Якутия) состоялась приуроченная к этому событию Межрегиональная научно-практическая конференция. Были отмечены специалисты, многие годы отработавшие в ведомстве.

На конференции были вручены благодарственные письма ветеранам медицины, которые на протяжении многих лет стояли во главе столичного здравоохранения.

Николай СОЛОВЬЁВ.

Якутск.

Дословно

Труд придёт на помощь больным

Восстановить лечебно-трудо-вые мастерские, в которые можно было бы направлять людей с психическими расстройствами из дневных стационаров, предложил главный психиатр Минздрава России, директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, профессор Зураб Кекелидзе.

Во время «круглого стола» «О реорганизации психиатрической службы в Москве» главный психиатр страны заявил, что создание таких совместных государственно-частных учреждений позволило бы переводить трудоспособных пациентов на производство и в спеццеха, чтобы они могли хотя бы частично себя содержать.

З.Кекелидзе пояснил, что сделать это необходимо в связи с постоянно растущими расходами на психиатрию. Время пребывания больного в лечебнице должно сокращаться, но, чтобы он не был предоставлен самому себе, необходимо направлять его в лечебно-трудо-вые мастерские и ночные профилактории.

– Днём больной может работать на производстве, ночью – находиться в профилактории, чтобы расстройства исчезли, редуцировались, – отметил эксперт. – Считаю также необходимым предоставление налоговых льгот бизнесу, который занимается профессиональным обучением больных этого профиля.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

Отрава

«Страждущие» дошли до концентрата для ванн...



Более шестидесяти человек скончались от отравления суррогатным алкоголем в Иркутске. По данным правоохранителей, все они употребили в качестве напитка – концентрат для принятия ванн «Боярышник».

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой дано поручение главному токсикологу Министерства России профессору Юрию

Остапенко оказать содействие региональным специалистам в определении тактики лечения пострадавших. Пока в больницах Иркутска остаются 28 человек, отравившихся страшным напитком. Состояние всех их оценивается врачами как тяжёлое.

Отрава приобреталась в микрорайоне города, где и проживали пострадавшие и погибшие. Возбуждено уголовное дело.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

В последние годы Липецкая область демонстрирует неуклонный рост в экономике и социальной сфере, оставаясь одним из наиболее динамично развивающихся субъектов в Центральном федеральном округе России. А год назад область стала одной из лучших по ключевым показателям здравоохранения. Удалось ли удержать эти позиции в 2016 г.? В каком направлении развивается система здравоохранения региона? Об этом корреспондент «МГ» беседует с заместителем главы администрации Липецкой области профессором Людмилой ЛЕТНИКОВОЙ.

– Людмила Ивановна, какие показатели, на ваш взгляд, наиболее наглядно иллюстрируют успехи регионального здравоохранения?

– Ситуация в здравоохранении области характеризуется позитивной динамикой показателей заболеваемости и смертности населения. За последнее десятилетие смертность населения сократилась на 13%, естественная убыль уменьшилась в два раза. Ежегодная рождаемость сохраняется на довольно высоком уровне – около 12 промилле. Что касается этого года, то Липецкая область в пятёрке лучших по Центральному федеральному округу. В регионе один из самых низких показателей смертности от болезней системы кровообращения – мы на втором месте после Москвы – и от новообразований, где мы в тройке лучших.

– Министр здравоохранения России Вероника Скворцова, побывавшая летом в ваших медицинских учреждениях, отметила успешную реализацию сосудистой программы. Она подчеркнула, что высокотехнологичная медицина соответствует мировым стандартам. Как удалось добиться таких результатов?

– Это результат правильно организованной и слаженной работы медицинских учреждений области. Здесь два сосудистых центра, в которых выполняются эндоваскулярные вмешательства у пациентов с острым коронарным синдромом, – это Липецкая областная клиническая больница и больница скорой медицинской помощи. Доля оперированных больных с острым инфарктом миокарда составила 70%. В результате смертность населения от ишемической болезни сердца снизилась в прошлом году на 22,6%, на 18% – число вышедших на инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний.

– Наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями одной из основных причин смерти в стране является онкология.

– В области принят ряд мер, в результате которых повысилось качество и доступность специализированной медицинской помощи онкологическим больным. В региональном онкологическом центре существенно укреплены материальная техническая база. Только активные площадки приросли почти в два раза. В этом году за счёт средств областного бюджета был приобретён ещё один линейный ускоритель для радиотерапевтического лечения онкобольных. За последние годы липецкие онкологи внедрили ряд инновационных технологий. Доля эндоскопических операций при раке в этом году выросла до 13%. Благодаря современным методам лучевой терапии количество пролеченных больных увеличилось на 20%. При этом доля высокоточной лучевой терапии превысила 60%. В рамках практической реализации государственно-частного партнёрства второй год подряд успешно функционирует центр позитронно-эмиссионной томографии.

– Известно, что любую болезнь легче предотвратить, чем потом лечить. А если уж заболел, то раннее выявление

Ориентиры

В пятёрке лучших Высокотехнологичное здравоохранение – ключевое звено в развитии Липецкой области

недуга даёт больше шансов на исцеление. Осознают ли это жители области?

– Мы прилагаем значительные усилия для воспитания у населения здоровьесберегающего поведения. Регулярно проводим массовые профилактические акции, организуем выезды центров здоровья на предприятия и в учреждения, другие мероприятия. И для детей проводим «Дни здоровья» в детских поликлиниках, а в домах детского творчества и культуры – театрализованные информационно-образовательные программы «Здоровая привычка».

Во взаимодействии с Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н.Бурденко липецкие медики приступили к реализации проекта «Здоровый школьник». С целью популяризации здорового образа жизни среди молодёжи, формирования ценностного отношения к своему здоровью в Липецком государственном педагогическом университете им. П.П.Семёнова-Тянь-Шанского осуществляется молодёжный профилактический проект «Ступени к здоровью».

Все профилактические мероприятия, о которых я рассказывала, реализуются в рамках долгосрочного проекта «Здоровый регион», инициатором которого стал глава администрации Липецкой области Олег Королёв. Комплексный план мероприятий проекта состоит из 8 тематических блоков, в рамках которых запланированы информационно-образовательные, организационные и профилактические мероприятия. Результаты данной работы измеряются в конкретных медико-демографических показателях по группам болезней, управляемых средствами профилактики. Так, благодаря нашим совместным усилиям в нынешнем году удалось существенно сократить смертность от наркологических расстройств, от случайных отравлений алкоголем – уменьшить на четверть, от случайных отравлений наркотиками – вдвое. Количество умерших от причин, обусловленных злоупотреблением алкоголем, сократилось на 15%.

– Подведены итоги Всероссийской акции по бесплатному анонимному тестированию на ВИЧ-инфекцию. Как прошло это массовое мероприятие у вас?

– Всероссийская акция «#Стоп-ВИЧ/СПИД» у нас продолжается. В рамках проекта задействованы ведущие вузы области, управления образования и науки, молодёжной политики. Проведены и планируются комплексные мероприятия по информационно-просветительной работе среди населения и в первую очередь среди студентов и молодёжи. Ежегодно в области добровольно проходят тест на ВИЧ около 22% населения области. Наша задача – к 2020 г. повысить этот уровень до 30%. В областном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями в этом году организован мобильный пункт тестирования на инфекцию, внедряется экспресс-тестирование при проведении массовых профилактических мероприятий.

– Практически все регионы сегодня испытывают дефицит медицинских кадров. Как решается эта проблема в Липецкой области?

– Медицинских кадров липецкому здравоохранению сегодня не хватает, и мы используем все воз-

можные пути решения этой проблемы. На систематической основе из областного бюджета выделяются единовременные выплаты выпускникам медицинских вузов, окончившим целевую интернатуру и клиническую ординатуру. Врачам дефицитных специальностей предоставляются социальные выплаты на строительство и приобретение жилья, размер которых в этом году удвоен. Предусмотрена ежемесячная денежная компенсация за наём жилых помещений и затрат по оплате жилищно-коммунальных услуг. Выплачиваются именные поощрительные премии, ежемесячные стипендии врачам-интернам и клиническим ординаторам, обучающимся по целевому набору, единовременные выплаты трудоустроившимся на должности средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшеров скорой медицинской помощи. Студентам «целевикам» предоставляются ежемесячные стипендии.

Действенной мерой, направленной на привлечение молодых врачей в отрасль, является финансируемая областью федеральная программа «Земский доктор», благодаря которой показатель обеспеченности врачами, обслуживающими сельское население, вырос на 13%. До конца года областной «соцпакет медработника» дополнится единовременной выплатой в 50 тыс. руб., которая будет предоставляться трудоустроившимся на медсестринские должности скорой медицинской помощи. В работе – законопроект, гарантирующий выплату ежемесячных стипендий в 5 тыс. руб. студентам медицинских колледжей, взявшим на себя обязательства по завершении обучения отработать не менее 5 лет в фельдшерско-акушерских пунктах. По инициативе главы администрации области О.Королёва областным Советом депутатов в этом году учреждено почётное звание «Заслуженный работник здравоохранения Липецкой области».

В области действует эффективная система профессионального обучения, обеспечивающая повышение квалификации всех врачей и средних медицинских работников. Последипломное образование медработников, занятых в государственных медицинских организациях, финансируется за счёт средств областного бюджета. С января следующего года планируется перейти к аккредитации специалистов с медицинским образованием. В связи с этим во взаимодействии с Воронежским ГМУ им. Н.Н.Бурденко реализован ряд интересных пилотных проектов в сфере развития непрерывного медицинского образования.

– А как обстоит дело с лекарственным обеспечением?

– Большим подспорьем в этой работе является сохранённое в структуре государственной системы здравоохранения ОГУП «Липецкфармация». Особое внимание на предприятии уделяется наличию полного ассортимента всех фармакологических групп лекарственных препаратов, доля которых в общем ассортименте аптечной продукции составляет более 70%. Выданы лицензии



на фармацевтическую деятельность фельдшерско-акушерским пунктам, расположенным в поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации. Во взаимодействии с учреждениями социальной защиты населения маломобильным и одиноко проживающим гражданам лекарства доставляются на дом. В структуре государственной системы здравоохранения функционирует Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств. В этом году в соответствии с распоряжением Правительства РФ реализуется региональная «дорожная карта» повышения доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях.

– В стране продолжается оптимизация системы здравоохранения. Каким путём идёт Липецкая область и выигрывает ли от перемен пациент?

– В регионе создана современная вертикально интегрированная трёхуровневая система оказания медицинской помощи, обеспечивающая эффективную маршрутизацию и качественное лечение пациентов вне зависимости от их места жительства. Чтобы сократить необоснованные издержки, мы отработали практику объединения маломощных поликлиник и больниц с многопрофильными межмуниципальными медицинскими центрами и создания крупных отраслевых кластеров. Руководителей поликлиник и больниц мотивируем к внедрению антизатратных технологий организации лечебно-диагностического процесса, адресному доведению финансовых ресурсов в зависимости от профиля оказания медицинской помощи.

В следующем году мы делаем ставку на дальнейшее развитие и модернизацию региональной сети центров общей практики и фельдшерско-акушерских пунктов, решающих наилучшим образом задачу повышения доступности первичной медико-санитарной помощи жителям отдалённых сельских поселений. В дополнение к группе ФАПов, строящихся во взаимодействии с Минсельхозом России, по поручению главы администрации области в течение ближайших 2-3 лет за счёт средств областного бюджета будут построены и введены в эксплуатацию 25 оснащённых современных центров общей врачебной практики. Кроме того, ведутся подготовительные работы по проектированию и строительству нового хирургического

корпуса областного онкологического диспансера.

– В этом году в Липецке был открыт новый перинатальный центр. Как это сказалось на качестве медицинского обслуживания в регионе?

– Открытие нового перинатального центра – это ещё один шаг к улучшению качества оказываемой медицинской помощи во время беременности и родов для наших жителей. В центре 8 индивидуальных родильных залов, 3 полностью изолированных бокса для оказания акушерской и неонатологической помощи при наличии инфекционной патологии, 5 операционных залов, оборудовано 130 коек круглосуточного пребывания, 21 койка реанимации новорождённых, 30 коек второго этапа выхаживания новорождённых.

В строительство нового перинатального центра действительно вложены большие средства, как из Федерального фонда, так и из областного бюджета. Это позволило оснастить стационар самым современным медицинским оборудованием, создать необходимую базу для качественного оказания медицинской помощи и комфортные условия для пребывания женщин и новорождённых. Что касается количественных показателей деятельности нового медицинского учреждения, то с момента открытия, то есть за три с небольшим месяца, в его стенах родилось почти 1,5 тыс. малышей. При этом доля так называемых нормальных, или неосложнённых родов здесь составляет не более 8-9%. А значит, перинатальный центр максимально эффективно выполняет своё главное предназначение: аккумулирует всех беременных и рожениц из группы акушерского риска, с разнообразной патологией, угрожаемых по осложнённому течению беременности и родов.

– До «МГ» дошла приятная новость: в этом году липецкие врачи вошли в Топ-500 лучших терапевтов России. Кто они, эти профессионалы?

– В 2016 г. состоялся первый в России рейтинг деятельности участковых терапевтов и врачей общей практики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Это первый рейтинг среди работников общественной сферы. Основан он исключительно на объективных данных.

Действительно в Топ-500 рейтинга врачей терапевтов России вошли три липецких доктора. Это участковые терапевты городских поликлиник Александр Баранов и Мария Митрофанова (ГП № 7), Ольга Юрина (ГП № 5).

– Людмила Ивановна, в этом году вы сменили статус начальника Управления здравоохранения области на должность заместителя главы региона. Государственная ноша стала тяжелее? Всё-таки сейчас вы курируете вопросы здравоохранения, социальной защиты, труда и занятости населения, демографической политики...

– Бессспорно, работа стала сложнее и ответственнее, как с точки зрения неослабного общественного внимания к социальной сфере, так и с точки зрения решаемых задач, формулируемых государством перед профильными органами исполнительной власти. С другой стороны, в новой работе не может не imponировать интенсивность и глубина межведомственного взаимодействия, консолидация управленческого процесса, принципиально иные горизонты планирования. А самое главное для меня – ощущение причастности к важнейшим процессам развития социальной сферы, затрагивающим базовые основы системы; причастности к позитивным переменам в состоянии общественного здоровья и экономики региона.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Липецк.

Оазис в центре мегаполиса

Думается, отнюдь не случайно одной из задач руководства дома ветеранов является содержание Екатерининского парка. Делается это и с целью организации культурного отдыха людей, и с целью природно-климатической реабилитации ветеранов войн, Вооружённых сил и труда, «блокадников», узников концлагерей, вдов участников войн и боевых действий. Разнообразие прогулочных маршрутов, рассчитанных на все возрастные группы, служит мощным средством реабилитации, обеспечивает отдыхающим смену позитивных впечатлений. Основной акцент, конечно же, – на качественном медицинском обслуживании.

Поскольку вопросы повышения качества жизни пожилых стали приоритетом политики государства и правительства Москвы, работники столичных систем социальной защиты населения и здравоохранения видоизменяют свою работу таким образом, чтобы обеспечить старшее поколение достойным социально-медицинским обслуживанием. Для этого в мегаполисе непрерывно укрепляется материально-техническая база медицинских организаций, закупается современное оборудование, готовятся профессиональные кадры, которые используют новые методики и технологии работы с людьми старшего возраста. В народе говорят, дескать, мой дом – моя крепость. Вот и в этом доме делают всё, чтобы люди, обратившиеся в него за помощью, чувствовали себя по-домашнему уютно, комфортно, защищённо.

Отдыхать – так по-крупному

По оценкам специалистов, медицина в доме ветеранов находится на высоком уровне. Всех своих пациентов врачи и медицинский персонал называют не иначе как отдыхающими и предоставляют к их услугам такие процедуры, которые в нынешние времена стоят немалых денег. Для ветеранов же все они бесплатны. Получить их можно в социально-реабилитационном центре в ходе курса оздоровления, рассчитанного на 27 дней.

Одновременно отдыхают 190 ветеранов: 120 – в стационарном отделении, которое располагается на трёх жилых этажах, и 70 – в отделении дневного пребывания. В медицинском отделении стационара к их услугам одно- и двухместные номера гостиничного и квартирного типа с видом на парк или тихий внутренний дворик. В каждом номере есть всё необходимое для комфортного проживания и отдыха.

При первичном приёме человека осматривает терапевт и назначает индивидуальную программу реабилитации, которая включает поддерживающую и общеукрепляющую медикаментозную терапию, широкий спектр физиотерапевтических процедур, психотерапию и психологическую коррекцию, занятия лечебной физкультурой, бальнеологические процедуры, мероприятия по лечению заболеваний полости рта и т.д. Огромное внимание уделяют здоровому питанию. На основании рекомендаций Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи для лиц пожилого возраста внедрена система лечебно-профилактического питания с учётом сопутствующих заболеваний при 5-разовом режиме. Основой системы является заказная рация на каждую неделю, который разрабатывается с учётом времени года. Лечебное питание предоставляется страдающим заболеваниями органов пищеварения и сахарным диабетом.

Функционирует также крайне необходимый пожилым кабинет профилактики и лечения остеопороза, где организованы и регулярно проходят школы для пациентов с этим одним из наиболее злобных недугов человечества. Такая работа проводится совместно с сотрудниками научно-учебно-практического центра «Болезни суставов и позвоночника» под эгидой столич-

В любое время года поэтичен и притягателен старый Екатерининский парк Москвы. Многие жители центра столицы, становящейся всё менее пригодной для постоянного проживания, обретают в нём покой и отдохновение от суеты и стрессов. Каким-то чудом вековые деревья этого тихого, укромного уголка площадью не более 15 га дожили до наших дней. С утра до вечера под их кронами степенно прогуливаются пожилые, а более активные, несмотря на возраст, занимаются бегом, скандинавской ходьбой, физической культурой и спортом. Рядом мамы с колясками, влюблённые парочки. Хватает простора и владельцам собак, и стаям воробьёв да голубей, по-хозяйски оккупировавшим тротуары.

В таком живописном месте отдыха, в восхитительном памятнике садово-паркового искусства XVII-XIX веков расположился Московский дом ветеранов войн и Вооружённых сил, представляющий собой современное учреждение нового типа. Все здесь – и сотрудники, и отдыхающие – любовно именуют его просто... домом. Новизна его в том, что это центр всестороннего оздоровления, где пожилым, заслуженным людям предоставляется целый спектр так необходимых, но редко получаемых социально-бытовых, медико-социальных, социально-психологических, социально-реабилитационных услуг. Вне всякого сомнения, всё это зримо повышает качество жизни людей «золотого возраста».

Тенденции

Добрый дом

Обратившись сюда за помощью, ветераны столицы чувствуют себя уютно и комфортно. И при этом укрепляют здоровье



Лекцию по профилактике и лечению заболеваний полости рта читает стоматолог

ного Департамента социальной защиты населения и Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

При необходимости назначаются консультации узких специалистов, которые корректируют программу реабилитации. Кстати, свой терапевт есть на каждом этаже жилой зоны, который проводит приём непосредственно в номере. В отделении дневного пребывания в окружении растений и цветов оборудованы зона отдыха, читальная зона, уголок музыкальных инструментов, зона настольных игр и т.д.

«Пусть будет тёплой стена и мягкой – скамейка»...

В доме ветеранов каждый получает заботу, внимание, конкретную помощь. В особенности это касается одиноких людей, имеющих тяжёлые заболевания. За всем этим – самоотверженный труд команды специалистов. Всего медико-социальную реабилитацию ежегодно получают около 7,5 тыс. пожилых, а обслуживают их 19 врачей, 59 медсестёр, 119 сиделок с медицинским образованием.

Неоценимую поддержку ветеранов и каждодневный круглосуточный уход обеспечивают сотрудники специально созданного Управления надомного обслуживания.

Как рассказал «МГ» основатель медицинской службы дома ветеранов генерал Владимир Желов, причиной тому послужила страшная картина с уходом из жизни в «лихие 90-е» одиноко проживающих в Мо-

скове участников Великой Отечественной войны. Люди умирали, и никто на это не обращал внимания, пока по подъезду не начал распространяться трупный запах. Учтивывая такое положение, руководство дома ветеранов решило выявить каждого ветерана и взять его под опеку, чтобы ни один не остался брошенным и ненужным. В результате была сформирована служба сиделок, которая сегодня обслуживает 700 одиноких лежачих в круглосуточном режиме. Служба непрерывно совершенствуется, и стала теперь самой крупной и востребованной. Услугами патронажа пользуются ещё почти 700 человек. В октябре 2016 г. дополнительно открыто отделение патронажа в составе 4 врачей и одного социального работника. Совместно с начальниками отделений и врачами медпункта МВД они обслуживают 321 ветерана в заезд (продолжительность заезда – 3 недели).

маломобильным ветеранам в приготовлении пищи, уборке квартиры, приобретении лекарств и т.п.

Реализуя право человека на отдых и санаторно-курортное лечение, медико-социальное управление дома ветеранов внедрило, прямо скажем, уникальную форму обслуживания, аналогов которой нет в мире – так называемый санаторий на дому. Более 5 тыс. человек ежегодно пользуются его услугами, из них 3,7 тыс. – малоподвижные, тяжелобольные.

К людям одной из наиболее проблемных категорий пациентов, средний возраст которых 90 лет и которые не в состоянии покинуть родные стены, медики приходят сами. Для этого сформировано 11 врачебно-сестринских бригад (по бригаде в каждом административном округе Москвы), которые на автомобилях навещают ветеранов. В составе каждой бригады врач, 5 медицинских сестёр, водитель. Они выезжают к немощным, назначают им индивидуальную программу реабилитации, проводят мониторинг состояния здоровья, в случае необходимости корректируют терапию, оказывают психологическую и социально-бытовую помощь. С помощью портативной физиоаппаратуры проводят лечение, отпускают процедуры. А разве допустимо приехать к ветеранам с пустыми руками? Конечно же, нет. Поэтому они доставляют пожилым медикаменты,

Неоценимую роль в этом играют и служба неотложной помощи участникам войны «тревожная кнопка». Всем ветеранам, которых в настоящее время на обслуживании 22 тыс. человек, через центры социального обслуживания выдали устройство «тревожная кнопка» – телефоны с кнопкой SOS, куда внесён номер диспетчерской службы. Как только ветеран нажимает кнопку SOS, автоматически происходит соединение с диспетчерской службой, и у оператора открывается карточка ветерана со всеми его данными: диагнозом, к какой поликлинике он прикреплен, фамилией лечащего врача, где у него находятся запасные ключи, если что-то случится.

По сигналу SOS операторы колл-центра тут же приступают к оказанию неотложной помощи (вызов скорой медпомощи, полиции, службы газа, МЧС и т.д.). В случае необходимости оказывают социальную поддержку, если ветерану требуется помощь по дому – починить кран, заменить перегоревшую лампочку и т.д.), для чего оперативно связываются с муниципальными жилищно-коммунальными и иными структурами. И, конечно, обеспечивают психологическую поддержку ветеранов, когда у тех возникает необходимость просто поговорить. Чтобы люди не чувствовали себя забытыми, диспетчеры частенько сами обзванивают ветеранов, интересуются состоянием их здоровья и предлагают помощь.

В день операторы принимают свыше 200 звонков, 60% из которых касаются сугубо медицинских вопросов, предполагают вызов скорой и неотложной помощи, а также врачей из поликлиники. Остальные 40% – это вопросы социальной и иного характера. 14 диспетчеров работают в 3 смены круглые сутки 7 дней в неделю.

Чтобы осень была золотой

На днях популярный среди ветеранов дом отмечает своё 25-летие. Все эти годы в его тёплых стенах реализуются программы лечения, профилактики, оздоровления, реабилитации, социальной поддержки, досуга, отдыха. Дом стал любимым местом встреч и общения людей старшего поколения, где они ощущают свою общность, дух победителей, отстоявших свою страну в тяжёлые времена. Четвертьвековой путь функционирования дома ветеранов явственно демонстрирует эффективность проекта совместной работы государства и общественной организации. Руководство и каждый сотрудник осознают, что старение – это процесс хотя и естественный, но для многих довольно непростой. И, объединив усилия многих служб и медико-социальных институтов и ведомств, работающих с пожилыми,



Идут занятия в школе для пациентов с остеопорозом

Начальник медико-социального управления Московского дома ветеранов, доктор медицинских наук, профессор Сергей Радченко подчёркивает, что уход за ветеранами – наиболее трудозатратная и трудоёмкая работа. С этой целью было создано Управление надомного обслуживания. Социальные работники и сиделки помогают

предметы и средства ухода за лежачими больными, продуктовую корзину. Попутно дают рекомендации по здоровому питанию. Для этих целей выезжает диетическая сестра. Но главное в этом начинании, конечно же, психологическая поддержка: люди не должны чувствовать себя ненужными и забытыми.

делают всё возможное, чтобы этот период не превратился для них в период сумерек, угасания и дожития, но был «золотой осенью» достойной и здоровой жизни.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Защитим!

Как снизить конфликты?

Для этого предлагаются конкретные решения

О необходимости разработки локальных нормативных актов, регламентирующих реализацию прав пациентов, заявила декан факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского Оксана Александрова. Свои предложения она озвучила на конференции Национальной медицинской палаты «Правовые риски современной медицинской деятельности и возможности их преодоления», а также на рабочих совещаниях, посвящённых поиску путей решения конфликтов между врачом и пациентом в процессе оказания медицинской помощи.

По её словам, несмотря на принятые законы, которые закрепляют права граждан в сфере охраны здоровья, на практике в нормативно-правовых актах федерального уровня и уровня субъектов РФ конкретные механизмы их реализации отсутствуют. При этом пациенты не знают, как они могут реализовать свои права, а медицинские организации в случае возникновения конфликта не могут обоснованно доказать, что права пациента были реализованы. Для того чтобы решить данную проблему, необходимо разработать пакет документов – локальных нормативных актов, которые регламентируют реализацию прав пациентов, считает О.Александрова.

По её мнению, разработка таких актов позволит нивелировать проблемы федерального законодательства и снизит конфликты, возникающие из-за правовой

неопределённости в процессе оказания медицинской помощи.

«Права граждан в сфере охраны здоровья можно разбить на две большие группы, – отмечает специалист. – Первая группа – права граждан, механизм реализации которых в медицинской организации возможен через информирование о праве». К правам этой группы относятся: бесплатное получение медицинской помощи, меры социальной поддержки для льготных категорий граждан, платные медицинские услуги, выбор медицинской организации, выбор врача. Механизм их реализации уже прописан в нормативно-правовых актах федерального уровня. Поэтому всё, что требуется – это деятельность медицинской организации по информированию пациентов об этих правах (на сайтах, информационных стендах и т.п.) и, соответственно, их исполнение.

Но есть и вторая группа прав граждан, механизм реализации которых в медицинской организации возможен через сочетание информирования о праве и регламентации локальным нормативным актом. Почему в данном случае требуется регламентировать права пациента локальными нормативными актами? Дело в том, что многие права граждан, закреплённые федеральным законодательством (№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), не имеют на сегодняшний день механизмов реализации на региональном уровне. Медицинская организация, с одной стороны, обязана их реализовывать, с другой – нет никакого чёткого и единого механизма, как именно это сделать. Например, право на информа-

цию о состоянии здоровья и медицинском вмешательстве, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. В нормативно-правовых актах федерального уровня не регламентирован порядок выбора пациентом лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья. Отдельная большая проблема – право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Существующая документация не включает вопросы специализированной помощи. То же самое – право на отказ от медицинского вмешательства. В законе федерального уровня не предусмотрен регламент действий медработников при отказе пациента от медицинского вмешательства. Кроме того, действуют совершенно разные формы для дееспособных и недееспособных лиц, когда отказываться от вмешательства должны законные представители. «В итоге никто толком не знает, как это право реализовать, чтобы не допустить нарушений», – говорит эксперт.

Проблемы есть и с правом пациента на защиту сведений, составляющих врачебную тайну. С одной стороны, регламентация этого права достаточно детализирована законом № 323-ФЗ, но в нормативно-правовых актах федерального уровня не закреплён регламент действий медицинских работников при передаче сведений, составляющих врачебную тайну, не закреплены формы письменного согласия или отказа на передачу сведений, составляющих врачебную тайну.

Неоднозначна правовая позиция относительно права на допуск

к пациенту адвоката, законного представителя, священнослужителя. А если карантин в больнице? Как в этом случае реализовать право гражданина на допуск к нему священнослужителя?

«И так по каждому пункту, – говорит О.Александрова. – Закон есть, права у пациентов есть, а чёткого и единого механизма реализации нет. Всё это порождает многочисленные жалобы со стороны пациентов, непонимание, конфликты. Поэтому нужно, чтобы у медицинской организации было чёткое и прозрачное понимание того, как реализуются права пациента, доказательная база о том, что эти права реализованы. Нужны локальные нормативные акты, где чётко будет прописано, как эти права осуществить, с помощью каких механизмов».

По её мнению, формы локальных нормативных актов желательно разработать централизованно в каждом регионе. В таком случае останется только вставлять название организации и особенности оказания медицинской помощи в готовые шаблоны. Это существенно упростит жизнь и медицинским работникам, и пациентам, сделает механизмы реализации прав прозрачными, снимет многие вопросы и погасит конфликты. Безусловно, это большая и серьёзная работа.

Кроме того, О.Александрова отмечает, что необходимо обучать медицинских работников, рассказывать о правовых аспектах, вводить в последипломную подготовку врачей программы по правам пациента.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Деловые встречи

VI Научно-образовательная конференция кардиологов и терапевтов Кавказа, которая прошла в Грозном, подтвердила непреложную истину последнего времени: именно такой формат обмена опытом, как конференция, сейчас наиболее востребован.

Кардиологи и терапевты обменялись опытом

Собственно говоря, именно это и предполагали организаторы мероприятия – Министерство здравоохранения Чеченской Республики, Медицинский институт Чеченского государственного университета и Медицинская палата Чечни при участии Российского кардиологического общества, – собирая специалистов не только из регионов Северо-кавказского федерального округа, но также из Москвы, Санкт-Петербурга, Саратова, Томска и других городов России, а также Казахстана. В общей сложности в работе форума приняли участие более 700 человек, в числе которых были два академика и 120 профессоров. Важности событию добавил и тот факт, что все участники конференции получили свидетельство Минздрава России с 10 кредитными часами непрерывного последипломного образования (именно этот максимум был гарантирован отраслевым министерством, исходя из актуальности тем и насыщенности программы конференции).

Устроителям удалось, казалось, невозможное – всего в два дня «втиснуть» 27 (!) симпозиумов, темы которых позволяют судить о широте научной дискуссии, развернувшейся на заседаниях и в кулуарах конференции.

В заключительный день состоялся «круглый стол» по теме «Актуальные проблемы ХОБЛ и заболеваний лёгких».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.

Рядом с нами

Специалисты СамГМУ разработали образовательные программы не только для студентов и молодых учёных. Включаться во взрослые виды практики смогут и школьники, начиная с 1-го класса. Система поиска и обучения одарённых детей даст возможность получать навыки в более широких рамках, чем это возможно в общеобразовательных программах средней школы.

Одарённость – ресурс развития

На открытии центра, кроме директоров школ и колледжей, присутствовали и представители правительства Самарской области. Заместитель министра экономического развития, инвестиций и торговли области Дмитрий Горбунов уверен, что чем раньше будет выявлен талант, тем больше вероятность того, что из одарённого ребёнка вырастет подготовленный и эффективный специалист. «Открытие стартап-центра на площадке Самарского государственного медицинского университета мы все ждали. Это важное событие, и Министерство экономического развития этот проект будет системно поддерживать», – отметил он.

Руководитель Управления организации социально значимой и специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Самарской области Илья Сиротко считает, что работа стартап-центра сможет дополнить школьное образование практическими занятиями в области естественных наук, углублёнными занятиями по биологии,

Поддержали юные таланты

Самарский государственный медицинский университет открыл стартап-центр

зоологии и химии в игровых и научно-познавательных формах с применением современных информационных технологий.

«Создание стартап-центра – это очередной шаг в расширении инновационной инфраструктуры вокруг университета, – отмечает директор Института инновационного развития СамГМУ профессор Александр Колсанов. – Привлечение профессиональных кадров – это большая проблема для всех отраслей и решать её нужно вместе. В стартап-центре СамГМУ работает команда ещё из двух университетов – Самарского государственного экономического и Самарского научно-исследовательского им. С.П.Королёва».

Образовательный полигон

Присутствующие на открытии стартап-центра смогли познакомиться с его структурой.

Руководитель центра Дмитрий Камынин в своей презентации рассказал о базовых образовательных программах центра по химии, биологии, микробиологии, анатомии, физиологии и здоровому образу жизни, основанных на проектном подходе. Стартап-центр начал свою работу в феврале 2016 г., но



Вот они, наши талантливые ребята

официальное открытие состоялось, когда работа приняла системный характер.

Председатель Студенческого научного общества СамГМУ Артём Сергеев отметил, что СНО формирует студенческую научно-исследовательскую среду для реализации научного потенциала, и открытие стартап-центра является знаковым событием для вуза

и особенно для молодых учёных, которые пробуют себя в инновационной деятельности.

Созданные программы для детей начальной школы с 1-го по 4-й классы и с 5-го по 9-й классы позволяют школьникам получать не только базовые знания, но и учиться решать научно-исследовательские задачи и генерировать собственные проекты.

Владимир РЕЗНИКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Самара.

Расстройства психологического развития аутистического спектра (РАС) представляют собой группу заболеваний, частота которых значительно выросла в последние десятилетия, и составляют 1% популяции в мире. В России отсутствуют достоверные статистические данные о частоте встречаемости РАС, что затрудняет формирование системы эффективной помощи пациентам. В то же время существуют неоспоримые данные об эффективности терапии в случае своевременной диагностики и раннего вмешательства. Согласно современным представлениям, от 18 до 20% детей-аутистов могут быть полностью социально адаптированы. На решение этой проблемы и направлены усилия медицины.

Об опыте организации этапов медицинского обследования по раннему выявлению РАС и оказания помощи на основе межведомственного взаимодействия в Воронежской области корреспонденту «МГ» Галине ПАПЫРИНОЙ рассказала Маргарита КИНЫШИНА, начальник отдела оказания лечебно-профилактической помощи матерям и детям Департамента здравоохранения Воронежской области.

Маршрутами помощи

– Начиная с 2012 г. в нашей области при поддержке Фонда содействия решению проблем аутизма в России «Выход» и Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, реализуется межведомственная программа «Аутизм. Маршруты помощи». Основная задача, поставленная перед специалистами медицинских организаций (в первую очередь педиатрического звена) – это раннее выявление детей с аутистическими расстройствами, своевременная диагностика с целью оказания реабилитационной помощи.

На первом этапе была поставлена задача подготовки специалистов по раннему выявлению, лечению и реабилитации детей с расстройством аутистического спектра и изменению представления об аутизме в обществе. В течение 3 лет в регионе для них проводились обучающие семинары. Новым методикам работы было обучено более 300 специалистов первичного звена. Для родителей выпущены листовки и буклеты, изданы информационные стенды «Обратите внимание: аутизм», которые размещены во всех детских поликлиниках области, а также в учреждениях дошкольного образования.

В связи с тем, что симптомы аутизма становятся отчетливо заметными у детей после года и начатая коррекционная помощь в этом возрасте существенно влияет на прогноз развития таких детей, особое значение приобретает раннее выявление РАС. Поэтому впервые в России на территории внедрён скрининг детей на предмет раннего выявления аутистических расстройств.

С 2014 г. на всех педиатрических участках и в кабинетах здорового ребёнка детских поликлиник области проводится анкетирование родителей детей в возрасте от 16 до 30 месяцев. В работе используется опросник, состоящий из 23 пунктов и позволяющий в течение 5-10 минут определить наличие или отсутствие у ребёнка расстройств психологического развития. В 2014 г. было проанкетировано около 20 тыс. родителей, в 2015 г. – более 28,5 тыс., а за 9 месяцев 2016 г. анкетный скрининг прошли порядка 23 тыс. семей.



У тебя уже здорово получается

Проблемы и решения

В числе первых

В рамках межведомственных связей работают воронежские врачи и педагоги над проблемой аутизма



Мама всегда доверяет доктору

Путь к социальной адаптации

Сегодня уже можно говорить о сформировавшейся системе оказания помощи детям, предусматривающей раннее выявление «маркёров» РАС, современных технологиях уточнения диагноза, определение индивидуальных маршрутов реабилитации.

Нами разработан алгоритм обследования детей с подозрением на РАС, утверждена схема маршрутизации детей с выявленными

нарушениями психологического развития и порядок взаимодействия учреждений здравоохранения, определяющий задачи каждого этапа. Маршрут предполагает первоначальное направление детей для уточнения диагноза не в психиатрический диспансер, а к специалистам (психиатрам в том числе), обученным по диагностике РАС в консультативную поликлинику областной детской больницы. Открыто 10 специализированных (психиатрических) коек в областной детской клинической больнице в основном для госпитализации детей из отдалённых районов области с целью уточнения диагноза.

индивидуальный реабилитационный маршрут.

Логопеды для работы с детьми с аутистическими расстройствами пользуются апробированными методиками, применяют артикуляционный массаж, массаж пальцев рук для развития тонкой моторики, используют элементы здоровьесберегающих технологий в логопедии, в частности, релакс для глаз, письмо двумя руками, применяют медиатехнологии на основе компьютерных программ, в том числе работу с планшетом.

Помимо общеклинических исследований в отделениях проводятся стандартное ЭЭГ исследование, по показаниям видео-ЭЭГ-монито-

ринг, МРТ головного мозга, осмотр сурдолога, при необходимости – регистрация слуховых вызванных потенциалов, осмотр окулиста, по показаниям – детского эндокринолога, гастроэнтеролога, генетика и др., а также исследования, назначенные узкими специалистами в соответствии с профилем их патологии.

Следующие шаги

В детском амбулаторном отделении психоневрологического диспансера в 2016 г. открыт дополнительно кабинет для работы с детьми с аутизмом, в котором ведётся их мониторинг (регистр), «отслеживается» маршрут, осуществляется диспансерное наблюдение и реабилитация. В настоящее время на диспансерном наблюдении состоят 664 ребёнка с РАС.

Для проведения реабилитационных мероприятий дети также направляются в областной реабилитационный центр системы социальной защиты населения «Парус надежды», работающий в рамках программы «Раннего вмешательства». Здесь открыта социальная гостиница (14 коек), финансируемая за счёт средств областного бюджета.

Мы конструктивно взаимодействуем с Департаментом образования, так как раннее начало комплексной помощи является залогом успешного развития ребёнка. В этой связи разработанный нами реабилитационный маршрут включает широкое использование лекотек, работающих на базе детских дошкольных учреждений, в том числе в районах области.

Внедрение в Воронежской области массового скрининга, систематическая работа по повышению осведомлённости об аутизме позволили привлечь внимание общественности и родителей к данной проблеме, улучшили выявление патологии и повысили качество педиатрической, в том числе реабилитационной, помощи детям раннего возраста. Количество детей с РАС, состоящих в регистре, за 3 года увеличилось в 3,5 раза.

Но это только начало организации работы с данной категорией

детей. Мы находимся в постоянном процессе обучения, нам эффективно помогают фонд «Выход» и Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В октябре 2016 г. в Воронеже прошла II Международная научно-практическая конференция «Аутизм. Выбор маршрута». Специалисты получили самую современную информацию по всем разделам оказания помощи детям с РАС.

Очень востребованным для воронежских специалистов оказался опыт коллег из Санкт-Петербургского института раннего вмешательства, Института коррекционной педагогики (Москва), они обогатили себя новыми знаниями, что, несомненно, скажется на результатах нашей работы и позволит развиваться дальше.

Что ж, база медицинской помощи детям-аутистам создана, будем двигаться дальше.

За период своей деятельности в центрах ментального здоровья получили индивидуальную программу реабилитации 522 ребёнка, (с подтверждённым РАС – 61, из группы риска – 461). У 76% детей произошли изменения в лучшую сторону (повысились коммуникативные способности, когнитив-

Городские дети имеют возможность амбулаторного дообследования для выявления признаков, указывающих на высокую вероятность наличия аутистических расстройств.

За 3 года реализации программы в консультативной поликлинике детской больницы прошли обследование более 2,5 тыс. детей с различными расстройствами психического развития. Из них 19% или 483 ребёнка – это дети с признаками РАС. Далее они были направлены для углублённой диагностики на стационарное обследование в той же больнице. Оказалось, что у 127 (26,3% от всех направленных) пациентов подтверждено расстройство аутистического спектра, из них – 49 малышей в возрасте до 3 лет, что составило более 38% от всех впервые выявленных с РАС.

В отделениях стационара детям с нарушением психического развития проводится дополнительное обследование, при необходимости назначается лечение сопутствующей патологии, занятия с психологом, логопедом-дефектологом, современные методы физиолечения и двигательной реабилитации. Работа междисциплинарной команды специалистов позволяет решать проблемы детей наиболее эффективно, проводить обучающие беседы с родителями и наметить для каждого пациента

В зеркале всё хорошо видно

В зеркале всё хорошо видно

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 90 (2029)

«Классификация полезна только тогда, когда она учитывает тяжесть повреждения кости, служит основой для лечения и оценки его результатов»

Морис Э. Мюллер, 1988 г.

Травмы оказывают отрицательное влияние на показатели здоровья населения. Во всём мире они ежегодно уносят миллионы жизней, приводят к тяжёлым осложнениям, связанным с потерей трудоспособности и необходимостью высокочрезвычайного лечения. К сожалению, до настоящего времени отсутствует единая система классификации повреждений опорно-двигательного аппарата, нет однозначного определения терминов с обилием синонимов, профессионализмов, что в известной степени тормозит доскональное изучение травматизма, определение тактики лечения и прогнозирования его исходов.

Точность трактовки полученных данных обязательна, на неё необходимо обращать внимание уже с первых этапов диагностики, при определении смысла содержания терминов «травма» и «повреждение». В известном смысле эти понятия нельзя принимать как синонимы. В объёме одной травмы может быть несколько повреждений.

Повреждение – категория патоморфологическая, характеризуется нарушением целостности какого-либо анатомического образования, имеет конкретную причину, локализацию и механизм формирования. Повреждения могут быть механическими (переломы, вывихи и подвывихи), термическими (вследствие воздействия низких или высоких температур), лучевыми (чаще всего после проведения близкофокусной лучевой терапии).

Травма – категория клиническая и социальная, возникает в результате взаимодействия организма человека с повреждающими факторами. Имеет целый комплекс причинно-следственных связей, отражающих как местные изменения, так и общую реакцию организма на внешние воздействия, и возможные осложнения (Э.Нечаев, А.Грицанов, И.Миннуллин и др., 2002).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) эти состояния представлены в разделе «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)». Данная классификация была одобрена на 43-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 1990 г. и вошла в употребление в государствах-членах ВОЗ с 1994 г. Она рассматривается как стандартная при оценке эпидемиологии различных нозологий, даёт возможность проводить анализ состояния здоровья населения, организовывать мониторинг заболеваемости и распространения болезней, смертности.

Использование МКБ-10 позволяет разрабатывать системы учёта заболеваний и нарушений здоровья на основе данных, зафиксированных в медицинских и гражданских документах источников (медицинские карты, свидетельства о смерти, акты судебно-медицинских исследований и т.п.). Возможность хранения и извлечения диагностической информации в рамках МКБ-10 для медицинских и эпидемиологических целей, а также в целях обеспечения качества медицинских услуг, служит основой для составления медицинской статистики.

Кроме МКБ (в большей степени статистической), существуют клинические классификации, отвечающие потребностям врачей различных медицинских специальностей.

Например, для определения разновидности повреждений опорно-двигательного аппарата международной ассоциацией по изучению остеосинтеза (АО (нем.) – Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen; ASIF (англ.) – Association for the Study of Internal Fixation) была предложена и внедрена в клиническую практику во многих странах мира универсальная классификация переломов (УКП). Она разработана группой авторов под руководством М.Мюллер (М.Мюллер, М.Альговер, Р.Шнейдер, Х.Виллингер, 1987, 1990, 1996), позволяет определять тактику

лечения, строить прогноз заживления переломов и развития осложнений для каждой отдельной части скелета (1 – плечо, 2 – предплечье, 3 – бедро, 4 – голень и лодыжки, 5 – позвоночник, 6 – таз, 7 – кисть, 8 – стопа; все остальные кости классифицируют под цифрой 9: 91.1 – надколенник; 91.2 – ключица; 91.3 – лопатка; 92 – нижняя челюсть; 93 – другие кости лица и черепа).

К вопросу о необходимости создания унифицированных классификаций повреждений опорно-двигательного аппарата

Преимуществом классификации АО/ASIF является наличие шкал оценки тяжести повреждений костей и суставов (с использованием обозначений, как буквенных: А, В, С, так и числовых: 1, 2, 3). Позже с учётом множества различных признаков, которые должны быть учтены при характеристике открытых и закрытых переломов, УКП АО/ASIF объединили с классификацией мягкотканых повреждений (кожи, мышечной, сухожильной ткани и невровакулярных структур).

В таком виде модифицированные систематизация и кодирование переломов оптимальны для документирования травм, обоснования научно-исследовательских разработок (в травматологии, нейрохирургии, имплантологии, материаловедении). Однако они не совсем удобны в повседневном применении, громоздки, слишком детализированы и представляют трудность в запоминании, содержат ряд противоречий с другими классификациями. Это относится практически ко всем отделам скелета.

Так, например, существуют значительные различия по вопросам повреждений позвоночника с учётом анатомических и биомеханических принципов.

По УКП АО/ASIF F.Magerl et al. (1994) повреждения позвонков рассматриваются на уровне 2 опорных комплексов (переднего и заднего) с учётом механизма травмы:

А – повреждения позвонков, сопровождающиеся компрессией (A1 – вколоченные переломы, AII – повреждения, вызывающие расклевывание позвонка, AIII – взрывные переломы);

В – повреждения переднего и заднего опорных комплексов (B1 – повреждение заднего мышечно-связочного аппарата, BII – повреждение костных структур заднего комплекса, BIII – повреждение переднего комплекса с вовлечением межпозвонкового диска);

С – повреждение переднего и заднего комплексов с ротацией (C1 – компрессия тел позвонков, CII – растяжение опорных колонн позвоночника, CIII – ротационное

смещение в сочетании с горизонтальным сдвигом фрагментов).

Данная рубрикация повреждений позвонков выглядит достаточно полной и последовательной. Однако при практическом использовании врач, проводящий физикальное обследование пострадавшего, рентгенографию, рентгеновскую компьютерную или магнитно-резонансную томографию заинтересованного отдела позвоночника, сталкивается с трудностями в формулировании заключения. Это связано с тем, что не рассматриваются повреждения позвоночника, не связанные с переломами тел, не учитываются конкретные признаки заинтересованности других анатомических структур (спинного мозга, капсульно-связочного аппарата позвоночника и паравerteбральных тканей), наличие тех или иных осложнений.

и механизмы повреждений позвонков: компрессионные (тип А), дистракционные (тип В), ротационные (тип С), колото-резаные (тип К), огнестрельные и минно-взрывные (О);

– вид повреждения позвоночника: ушиб, переломы, вывихи позвонков (в том числе самовправившиеся), переломо-вывихи, спондилоптоз, частичный или полный разрыв капсульно-связочного аппарата позвоночно-двигательного сегмента, разрыв межпозвонкового диска;

– наличие повреждений нервно-сосудистых образований позвоночного канала (неосложнённая и осложнённая травма) и их вид: сотрясение, ушиб, сдавление, частичный или полный анатомический перерыв спинного мозга и/или корешков спинномозговых нервов; – характер компримирующего субстрата (гематомы – суб- и эпидураль-

Поэтому для врачей-клиницистов и диагностов в своей практической деятельности гораздо удобнее использовать классификацию Г.Салдуна (1983), которая, по сути, является модифицированной, расширенной и углублённой классификацией F.Denis (1983) и базируется на концепции 3 колонн. По этой комбинированной классификации позвоночно-спинномозговые травмы подразделяют по локализации и характеру поражений позвоночного столба и спинного мозга, их механизму, степени деформации позвонков и их устойчивости (нестабильности). Отдельно рассматриваются особенности переломов позвонков у лиц пожилого возраста и сочетанные травмы (с повреждением внутренних органов, головного мозга).

В 2013 г. на 37-м Пленуме правления Ассоциации нейрохирургов России были обсуждены и утверждены «Клинические рекомендации по лечению острой осложнённой и неосложнённой травмы позвоночника у взрослых», по которой выделены:

1) неосложнённая травма позвоночника (без повреждения нервно-сосудистых образований позвоночного канала);

2) спинномозговая травма (без повреждения позвоночника);

3) позвоночно-спинномозговая травма (сочетание повреждений структур позвоночного столба и нервно-сосудистых образований позвоночного канала).

Ранжирование повреждений позвоночника и спинного мозга проведено с учётом классификаций F.Magerl et al. (1994) и F.Denis (1983).

Самыми важными преимуществами этого ранжирования являются учёт стабильности/нестабильности переломов, наличия повреждения спинного мозга и его элементов или угрозы их возникновения при нестабильности, наличия других осложнений. Система основана на оценке лучевых и клинических признаков, давая возможность выбирать между консервативным лечением и/или хирургическим вмешательством, с уточнением его доступа и объёма.

По данной классификации учитываются:

– вид травмы (изолированная, сочетанная, комбинированная);

– сроки;

– нарушение целостности покровов (закрытая, открытая и проникающая травма);

– характер (стабильные/нестабиль-

ные, внутримозговые; костные отломки, травматическая грыжа диска, инородное тело);

– локализация (шейный, грудной, пояснично-крестцовый отделы, множественные, многоуровневые, множественные многоуровневые повреждения).

Классификация выглядит достаточно полной, но имеет ряд ограничений, например, по мнению самих разработчиков, вид повреждения спинного мозга можно определить лишь ретроспективно из-за наличия спинального шока в остром периоде. Кроме того, в данной классификации не учтены размеры, тяжесть повреждений паравerteбральных тканей и кожных покровов, их дефекты, некрозы и нагноение, а также результаты лечения.

Таким образом, анализируя выше приведённый пример, можно заключить, что ценность ранжирования повреждённого любого из отделов опорно-двигательного аппарата зависит от умения врача анализировать частное в связи с целым, от правильности сопоставления клинико-лабораторных и анамнестических данных с результатами лучевых и функциональных методов исследования и т.д.

Создание и внедрение на федеральном уровне унифицированных классификаций повреждений опорно-двигательного аппарата может быть возможным при достижении консенсуса между заинтересованными сторонами (травматологами, ортопедами, нейрохирургами, лучевыми диагностами, реабилитологами и т.д.).

Системный принцип решения этой проблемы, основанный на универсальном подходе и единой терминологии, возможен при совместном обсуждении на объединённых пленумах профессиональных ассоциаций и обществ, что будет способствовать:

– проведению адекватной оценки причин и распространённости различных травм и их последствий;

– составлению соответствующих региональных и национальных регистров пациентов с расчётом потребностей в соответствующих методах лечения;

– планировать необходимые финансовые затраты.

Елена ЕГОРОВА,
профессор кафедры лучевой диагностики,
доктор медицинских наук.

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

Шизофрения. Клиника. Точная диагностика

Шизофрения, особенности её клини- ки и точная диагностика болезни всегда были в психиатрии центральной, наи- более дискуссионной и обсуждаемой проблемой. В последнее время эта проблема получила особый импульс для изучения, стала остроактуальной. Это связано, прежде всего, с тем, что многие ведущие американские психиатры с особой настойчивостью и категоричностью стали утверж- дать, что подобное заболевание не является самостоятельной нозоло- гической формой, а европейские психиатры якобы более 200 лет вели дискуссии по поводу «клинической утопии», которая была сформулиро- вана в определениях Б.Мореля (1860), В.Кандинского (1890), Э.Крепелина (1896) и Э.Блэйлера (1911). Лидеры подобных «новаций» американцы В.Карпентер, Б.Кирпатрик и др. тре- буют отменить понятие «шизофрения» и убрать его из классификации психи- ческих заболеваний.

Американцы Г.Каплан и Б.Сэдок (2002) в своём руководстве по психиатрии пишут, что при шизофрении наблюдаются самые разные симптомы и синдромы, но среди них нет ни одного специфического. Из их рассуждений вытекает, что шизофрения не является самостоятельной болезнью.

В Японии более 10 лет диагноз ши- зофрения не используется, он заменён неопределённым понятием «расстройство утраты координации».

Уже в самые последние годы даже некоторые европейские психиатры вы- сказывают мнения о шизофрении, яв- ляющиеся сверхоригинальными до вы- чурности, близкими к абсурду, пытаются расшифровать особенности заболевания определениями, которые профессио- нальному врачу-психиатру понять невоз- можно. Так, голландец Дж.Ван Ос (2009) в туманных выражениях и малопонятных формулировках пытается излагать осо- бенности клиники шизофрении и даёт ей причудливое название «синдром дисре- гулярной выпуклости», смысл которого практически невозможно клинически понять. Он пишет: «В составе синдрома дисрегуляторной выпуклости могут быть идентифицированы три подкатегории, основанные на научной очевидности относительно веских и специфических контрастов с аффективной экспрессией, экспрессией развития и без дополни- тельных указаний» (?! – С.О.). Вычурность этого вывода не поддаётся логическому пониманию.

В то же время классическая психиатрия, опирающаяся на многолетние клинические исследования и труды европейских и отече- ственных учёных (Б.Морель, В.Кандинский, С.Корсаков, Э.Крепелин, Э.Блэйлер, В.Осипов и др.), делает акцент на выявле- нии основных (облигатных) симптомов ши- зофрении, к которым наряду с патологией мышления относят также эмоциональное оскудение и снижение психической актив- ности. Именно эти симптомы обеспечивают точную диагностику шизофрении как осо- бого психического заболевания.

Нельзя не отметить, кроме американ- ских «новаций», также другой крайности при постановке диагноза шизофрении. Это выражается в необоснованном рас- ширении границ болезни. Причиной яв- ляется тот факт, что сам Э.Блэйлер ещё в 1911 г. впервые ввёл понятие «латентная шизофрения», указывая при этом на возможность её течения без признаков психоза. На этом основании многие психиатры, также и в России, в большом количестве описывали невротические и психопатические состояния, которые неправомерно относили к «мягкой ши- зофрении» (термин А.Кронфельда, 1928). Однако сам А.Кронфельд полагал и особо подчёркивал, что для диагностики по- добных случаев требуется установить все отмеченные «основные» симптомы болезненного процесса.

Видный отечественный психиатр Е.Крас- нушкин (1959) предпринял попытку среди всех работ Э.Блэйлера найти хотя бы одно клинически характерное описание «латентной шизофрении», но подобного случая не обнаружил.

С учётом всего сказанного необходимо заметить, что кроме основных симптомов, обязательных для диагностики шизофре- нии, Э.Блэйлер ввёл понятие о «дополни- тельных» или «акцессорных» симптомах, которые могут быть, а могут и не быть. При наличии одних лишь акцессорных сим- птомов (бред, галлюцинации, депрессии,

мании и др.) диагностика шизофрении неправомерна.

Основной задачей врача-психиатра яв- ляется точная диагностика шизофрении, так как от этого зависит выбор лечения и, в конечном итоге, выздоровление больно- го или облегчение его состояния. Только при правильной диагностике с опорой на знание кардинальных симптомов болезни можно достичь практического результата в оказании помощи больному.

Рассмотрим подробно особенности «основных», диагностически значимых симптомов шизофрении.

Патология мышления. Ещё С.Корсаков (1891) ставил на первое место при опи- сании им «дизнойи», прообраза будущей острой шизофрении, расстройства в сфе- ре ассоциаций (мышления) как ведущий симптом заболевания.

Э.Крепелин (1909) очень метко обо- значил шизофренические ассоциативные сочетания как «расползание» или «разъез- жание» мыслей, а также «соскальзывание». Кроме того, он обрисовывает патологию мышления термином «растаскивание мыс- лей». Э.Крепелину принадлежит также вве- дение очень важного понятия «шперрунг» (блокировка). Впервые этот феномен он рассматривает при описании ограниче- ния волевых действий. Больные при этом говорят, что внезапно «утратили мысль», «мысль исчезла», а через некоторое время она появилась вновь. При этом нет потери сознания, больные точно ориентированы в происходящем.

М.Иссерлин, ученик Э.Крепелина, ана- лизируя течение ассоциаций при шизоф- рении, установил их особый характер, – они неожиданны, часто не имеют никакого отношения к слову-раздражителю; отсюда их название «прыгающие ассоциации». Такой же характер неожиданности, не- понятности, по его мнению, имеет и всё мышление больных.

Э.Блэйлер также считал важнейшим признаком шизофрении нарушения мыш- ления, которые часто служат первыми проявлениями заболевания и долго го- сподствуют в клинике при разных типах его течения. На начальных этапах болезни обнаруживаются простые явления затруд- нения концентрации мыслей, что нарушает цельность всего ассоциативного процесса.

В.Майер-Гросс (1956) к начальному на- рушению мышления относит его поверх- ностность, незаконченность мыслительно- го процесса, недостаточность расчленения структуры мышления, соскальзывания, пропуски, агглютинации.

Э.Блэйлер видит в патологии мышления выпадения отдельных звеньев ассоци- ативной цепи вследствие отщепления чувственного элемента. Характерен такой пример речи больного шизофренией: «Жё- луди... и это называется по-французски другим словом... табак... я тебя хорошо видел... если каждую мысль записать, тог- да хорошо... впрочем, не всегда». Смысл подобных высказываний понять невозможно. Один из видов патологии мышления Э.Блэйлер называет «сплавлением, или сваливанием мыслей». К появляющейся мысли неожиданно присоединяются дру- гие, абсолютно не связанные с первой, и все они мгновенно пропадают.

Э.Блэйлер (1912) впервые описал новый феномен патологии мышления, который он обозначил как «аутистическое мышление». Он писал так: «Одним из важнейших сим- птомов шизофрении является преоблада- ние внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира. Более тяжёлые случаи полностью сводятся к грё- зам, в которых как бы проходит вся жизнь пациентов, в более лёгких случаях мы находим те же самые явления в меньшей степени. Этот симптом я назвал «аутизмом». Шизофренический мир сновидений наяву имеет свою форму мышления, свои особые законы мышления, изученные ещё не достаточно. При более внимательном рассмотрении оказывается, что тот же самый уход от окружающей обстановки вообще обуславливает значительное коли- чество дефектов мышления и способствует возникновению бредовых идей. Э.Блэйлер приводит историю болезни пациентки

Б., которая, по её убеждению, является Швейцарией; она также владелица всего мира и 7-этажной фабрики банковских ассигнаций; кроме того, она – двойной политехникум и заместительница Сократа. Всё это кажется на первый взгляд полной бессмыслицей и это так с точки зрения логики. Однако если мы присмотримся внимательно, то найдём при аутизме понятные связи; мысли по существу под- чиняются аффективным потребностям. Па- циентка называет себя «Ивиковым журав- лём», потому что она хочет освободиться от чувства виновности и порочности; она является Швейцарией, потому что этим выражает своё желание быть свободной. Э.Блэйлер считает подобное мышление тенденциозным. Оно отражает осуществ- ление желаний и стремлений, устраняет препятствия и превращает невозможное в возможное, совершенно не учитывая и не замечая конкретных реальных обстоя- тельств. Поэтому между аутистическим и обычным мышлением, в общем-то, не существует резкой разницы. При аутизме самые противоположные желания могут сосуществовать независимо от того, есть ли между ними противоречия. Поэтому именно в аутизме могут получать своё выражение даже самые противоположные идеи (амбивалентность, амбигентность), что чрезвычайно характерно для шизофренического расщепления личности.

Г.Груле описывает своеобразные «мыс- лительные войны» при шизофрении: «Мысли насакаивают одна на другую, каждая не додумана до конца. Появляется чувство крайней раздраженности, пациент не владеет собственным мышлением. Мысли не ясны. С основной мыслью сосуществуют «параллельные», они всё путают, так что нельзя прийти в мыслях к конечному логическому результату. Иного мысли останавливаются. Вдруг приходит мысль, наплывает на другую и застревает в ней, словно в тягучей массе. Чем больше большой концентрируется на возникновении «вторичных» мыслей, тем больше он запутывается и не может найти логического выхода.

Подобного рода самонаблюдения и высказывания больных анализировал В.Кандинский (1890), который специаль- но обозначал эти случаи как болезнь под названием «идеофрения», что фактически равнозначно термину «шизофрения». Он впервые отметил феномен, сущность которого заключается у многих больных в «чуждости» собственных мыслей, вы- званной «посторонними силами, чужим воздействием». Такие больные говорят, что раньше у них было твёрдое мышление, мысли были законченными, теперь их не- возможно довести до логического конца.

Рядом отечественных исследователей (П.Останков, В.Осипов, И.Случевский) подобные нарушения обозначаются «атак- тическое мышление» (от греч. – «атаксия» – беспорядок).

Е. фон Домарус (1923) обратил внима- ние на фактор радикального отсутствия у шизофреников способности мыслить в со- ответствии с законами логики Аристотеля. Подобный тип мышления он обозначил как «паралогическое». Так, например, один больной шизофренией, услышав неосторожно высказанное во время об- хода сомнение врача, не циркулярный ли у пациента психоз, стал утверждать, что ему угрожают казнь с помощью цирку- лярной пилы.

Резонёрское мышление («резонёрство» при шизофрении) характеризуется наличием пустых, многословных и беспредметных рассуждений, основанных на формальных, поверхностных аналогиях. При этом можно наблюдать вариант вычурного, манерного и педантичного резонёрства.

Патология аффективности, эмоцио- нальности. Э.Крепелин (1896) впервые обратил внимание на особый характер аффекта при шизофрении, который вы- ражается в «побледнении» и постепенном затухании всех его проявлений, считая это специфическим клиническим признаком доказательности заболевания.

Э.Блэйлер (1906) специально подчёр- кивал особую специфику аффективности

при шизофрении, которую он определял как «неподвижность аффекта», утрату способности к тонким и дифференциро- ванным эмоциональным переживаниям в ответ на различные по их тону воздействия окружающей среды при наличии шабло- нности и монотонности эмоциональных про- явлений. Он противопоставлял подобному типу невыразительности аффекта крайней изменчивости эмоциональности у больных алкоголизмом и вообще у всех лиц, страда- ющих органической мозговой патологией. На поздних этапах шизофрении выражено более грубое эмоциональное обеднение. В дальнейшем нарастает неадекватность эмоций, приводя к их парадоксальности, а иногда тупо-враждебного отношения к людям, прежде всего к самым близким.

Патология волевой сферы, психи- ческой активности. Ещё С.Корсаков отметил (1891) при описании «дизнойи» наличие «ослабления психической жизни».

Й.Берце (1914) считал основным при- знаком шизофрении нарастание недо- статочности психической активности уже в первые годы развития шизофренического процесса.

А.Кронфельд (1928) полагал, что на- блюдения и выводы Й.Берце указывают на самый основной признак прогрессиент- ности при шизофрении, который нарастает во времени и может достигать состояния полной апатии и безучастности.

Результатом дальнейших наблюдений Й.Берце является вывод о том, что рас- стройства активности обусловлены «гипо- тонией сознания» у больных шизофренией. Подобного рода «гипофрения» отличает шизофрению при вялом её течении от внешне сходных с ней проявлений, ха- рактерных для шизоидной психопатии с явлениями аутизма. Кроме того, он полагает, как и Е.Минковский (1927), что аутизм при шизофрении характеризуется отсутствием внутренних, подчас довольно богатых, хотя и абстрактных, представ- лений и поэтому отличается от аутизма шизоида «бедностью» содержания. Это важный дифференциально-диагностиче- ский признак шизофрении, отличающий её от психопатии. Подобного рода ценное клиническое наблюдение в ряде случаев является надёжным симптомом шизофре- нии и позволяет отличить её от большого количества неправомерно диагностируе- мых как «вялотекущая шизофрения» сход- ных заболеваний самой разной этиологии. Именно недостаточность психической активности, эта «динамическая недо- статочность отдельных интенций» непо- средственно обусловлена церебральным характером самой шизофрении.

Таким образом, три описанных выше симптомокомплекса, сосуществующие одновременно, как доказательные крите- рии являются основой точной клинической диагностики шизофрении как самостоя- тельного нозологического заболевания.

Что касается этиологии подобных клини- ческих проявлений, то, хотя их природа и происхождение являются ещё не вполне изученными, имеются указания на боль- шое значение в их генезе общего уменьше- ния нервных элементов, нервных клеток, уменьшения самой массы мозга больных шизофренией по сравнению с аналогичны- ми показателями у психически здоровых людей. Кроме того, осуществляются по- пытки уточнения возможных проявлений нейродегенерации либо «дисконнектив- ности» (проблема коннектома), а также нарушений развития структурно-функци- ональных церебральных взаимосвязей, лежащих в основе шизофренического процесса (Р.Бильдер, 2001; К.Фристон, 2002; М.Берри, 2003; Т.Кроу, 2007; и др.)

Всё сказанное является очень важным для клинической практики и дидактики последипломного образования врачей- психиатров в современных условиях по- вышения требовательности к качеству диа- гностики и лечения больных шизофренией.

Сергей ОВСЯННИКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры психиатрии,
наркологии и психотерапии Московского
государственного медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.

В настоящее время создание новых методов лечения многих тяжёлых заболеваний просто немыслимо без использования знаний и возможностей молекулярной и клеточной иммунологии. Понятие «таргетная иммунотерапия» уже хорошо знакомо не только самим иммунологам, но также онкологам, инфекционистам, ревматологам, трансплантологам и, конечно, их пациентам. Но почему ожидания от всеилости таргетной терапии не оправдали себя на все 100%? От чего зависит её эффективность? И есть ли у России перспектива сказать своё слово в этой области науки и фармакологии, либо наша зависимость от иностранного интеллекта «неизлечима»?

Об этом мы беседуем с директором Научно-исследовательского института фундаментальной и клинической иммунологии (Новосибирск), доктором медицинских наук, профессором Сергеем СЕННИКОВЫМ.

– Сергей Витальевич, если я не ошибаюсь, первоначально таргетную терапию стали применять в лечении онкологических заболеваний, и молекулярной иммунологической форум, девиз которого звучал так: «Иммунотерапия – это управление активностью иммунной системы». Смысл в том, что с помощью изменения активности иммунной системы врач добивается того, чтобы иммунная система сама справилась с патологией, будь то инфекционный, онкологический, аутоиммунный процесс, аллергические состояния или осложнения после трансплантации органов и тканей. В первую очередь лечение именно этих заболеваний и патологических состояний будет проводиться с помощью таргетной иммунотерапии.

– Пока не революция, но близко к этому. В августе 2016 г. в Мельбурне (Австралия) состоялся Всемирный иммунологический форум, девиз которого звучал так: «Иммунотерапия – это управление активностью иммунной системы». Смысл в том, что с помощью изменения активности иммунной системы врач добивается того, чтобы иммунная система сама справилась с патологией, будь то инфекционный, онкологический, аутоиммунный процесс, аллергические состояния или осложнения после трансплантации органов и тканей. В первую очередь лечение именно этих заболеваний и патологических состояний будет проводиться с помощью таргетной иммунотерапии.

– И все учёные-иммунологи мира встали под это знамя?

– Да, иммунологическое сообщество уверено, что в патогенезе большинства заболеваний человека всегда участвует иммунная система, то есть снижение или повышение её активности, а также отсутствие иммунной реакции может приводить к развитию заболевания. Следовательно, чтобы больной вышел из патологического состояния, нужно повысить или снизить активность иммунной системы. Тезис, что в любом патологическом процессе есть иммунологический компонент, для самих иммунологов уже не новость, но для многих клиницистов – пока открытие.

Однако попытки повлиять на иммунный статус пациента должны базироваться на определённых критериях, иначе мы в лучшем случае не получим никакого результата, а в худшем – получим плохой. Это очень хорошо видно как раз на примере таргетной терапии.

Декларируется, что в ближайшее время акцент в лечении будет сделан именно на таргетную иммунотерапию. Но даже она не станет панацеей: уже сейчас есть подтверждения, что системное применение моноклональных антител,

Авторитетное мнение

Иммунотерапия: мишени, орудия, результаты

Новосибирские учёные предлагают новый подход к лечению онкобольных



растворимых рецепторов имеет побочные эффекты. А опыт применения таргетных препаратов в ревматологии, где использовались антитела против фактора некроза опухоли (ФНО), интерлейкина-1 или интерлейкина-6 показали, что эффективность такой терапии не превышает 60%.

– Объяснение этому феномену у науки есть?

– Конечно, и оно простое. Воспаление, как патологический процесс, может развиваться с участием ряда провоспалительных цитокинов интерлейкина-1, интерлейкина-6, ФНО-альфа, и роль этих медиаторов в воспалении у каждого конкретного больного может существенно отличаться. У одного – воспалительный процесс реализуется преимущественно с участием интерлейкина-1, у другого – с интерлейкином-6, а у третьего – с ФНО-альфа.

Соответственно, когда мы выбираем таргетную иммунотерапию для конкретного пациента, нужно учитывать, какой провоспалительный медиатор является ключевым в развитии воспалительного процесса в данном клиническом случае. Только оценив состояние иммунной системы пациента, имеет смысл прово-

дить таргетную терапию. При таком условии её клиническая эффективность будет выше. Сегодня это уже не просто желательно, а необходимо делать, поскольку в арсенале врачей появилась целая группа таргетных препаратов, направленных не только против ФНО, но и против интерлейкина-1, интерлейкина-6.

Такая же ситуация в онкологии: выраженная иммуносупрессия при опухолевых заболеваниях может быть вызвана вирусным заражением, стрессовым состоянием,

ства иммунологов консорциум для решения этой научно-клинической задачи: определить критерии выбора и сформулировать клинические рекомендации для назначения разных таргетных препаратов при разных заболеваниях с учётом определённых параметров патогенеза заболевания и состояния иммунной системы пациента.

Предполагается, что с таким подходом можно будет повысить результативность таргетной иммунотерапии с 60 до 80%. Причём, мы

ещё и нежелательные системные эффекты. Например, мы удаляем из иммунной системы фактор некроза опухоли, а это медиатор, который важен для многих физиологических процессов в организме. Даже если это провоспалительный цитокин, в организме он выполняет определённую регуляторную функцию как патогенетическую, так и физиологическую, и попытка его инактивировать может приводить к нежелательным результатам. Вот почему некоторые таргетные пре-

метаболическими и генетическими нарушениями. При выборе иммунотерапии нужно смотреть, какой именно механизм развития иммуносупрессии является ключевым в данном случае, потому что разные таргетные препараты, применяемые в онкологии, нацелены на различные молекулы, опосредующие иммуносупрессию: IDO, PD-L1, IL-10, TGF- β , CTLA-4. Следовательно, выбор молекулярной мишени для таргетной терапии должен быть обоснован данными иммунологического обследования конкретного пациента для достижения максимальной эффективности используемого таргетного препарата.

– Обеспокоенность учёных-иммунологов не преждвременна? Разве масштабы применения таргетных препаратов уже настолько велики?

– В конце 2013 г. журнал Science перечислил, какие направления науки были в том году прорывными. Одним из таких направлений было признано создание иммуно-терапевтических средств лечения онкозаболеваний. Тогда в мире было всего два таргетных иммуно-тропных препарата. Сейчас их уже около 20. Думаю, через год-два мы будем иметь больше 50 таких препаратов. И тогда неизбежно врач встанет перед выбором, на каком препарате остановиться. Причём, по нашим предположениям, уже в ближайшие два-три года таргетная терапия займёт основное место в терапии инфекционных, онкологических, аутоиммунных, аллергических заболеваний и при трансплантации органов и тканей.

В настоящее время и в нашем, и в других научных институтах, а также в клиниках, где есть отделения таргетной терапии, начинаются исследования по оценке состояния иммунной системы при клинических испытаниях таргетных препаратов. Российские учёные-иммунологи намерены к 2018 г. создать под эгидой Российского научного обще-

говорим не только о клинической эффективности, но и об экономической, поскольку стоимость одного курса лечения такими препаратами – от 1 до 3 млн руб. Для государства данная работа учёных будет иметь огромное значение: сейчас мы не только не видим у пациентов ожидаемого лечебного эффекта от таргетной терапии и теряем драгоценное время, но также тратим огромные бюджетные средства на неэффективное лечение. А работа врачей, в соответствии с теми критериями, которые предложат иммунологи, устраним и первую, и вторую проблемы.

– Сергей Витальевич, среди тех таргетных препаратов, которые сегодня применяются в российских клиниках, есть отечественные?

– Нет, пока только зарубежные.

– Почему? Россия интеллектуально и технологически не готова к тому, чтобы создавать собственные, оригинальные таргетные препараты?

– Теоретически готова. Российские учёные могут выбрать молекулярную мишень, получить моноклональные антитела. У нас есть и фармпроизводства, которые могли бы выпускать моноклональные антитела. Но пока не выстроена цепочка полного цикла – от научной идеи до готового продукта. Это делается не за один день.

– В новосибирском НИИ фундаментальной и клинической иммунологии есть научные идеи, которые могли бы лечь в основу такого препарата?

– Есть. Причём мы подходим к таргетной иммунотерапии с другой стороны, не как это делается за рубежом.

Весь мир пошёл по пути создания таргетных препаратов в форме моноклональных антител, аптамеров, растворимых рецепторов. Но, как я уже говорил, системное введение этих препаратов вызывает, кроме терапевтических,

параты для лечения онкобольных, пройдя клинические испытания, в итоге так и не внедряются в практику. Это большая проблема.

Мы к этой проблеме подходим с позиции клеточной иммунологии. Наша идея – повысить активность иммунной системы, индуцировав цитотоксические клетки, которые будут распознавать определённые популяции иммунокомпетентных клеток и уничтожать их. В нашем институте уже приступили к созданию ДНК-конструкции, которая включает эпителии иммуносупрессивных молекул.

Вводя пациенту дозированно аутологичные цитотоксические клетки, мы рассчитываем, что они будут убивать определённый процент иммуносупрессивных клеток, благодаря чему иммуносупрессия начнёт нивелироваться. Но это лишь первый этап терапии. Онкологический процесс, с точки зрения иммунолога, представляет собой два периода: первый – иммуносупрессия различного генеза, а второй – формирование на фоне иммуносупрессии неэффективного клеточного противоопухолевого иммунного ответа. Исходя из этого, вторым этапом лечения онкопатологии необходимо стимулировать противоопухолевый иммунный ответ организма. Как раз в нашем институте была разработана клеточная технология стимуляции специфического противоопухолевого ответа, и теперь мы хотим дополнить её технологией подавления иммуносупрессии, которая будет предшествовать стимуляции противоопухолевого иммунитета. Оригинальность наших идей защищена уже десятком патентов.

Такой подход к таргетной терапии онкозаболеваний мы рассчитываем до 2018 г. экспериментально апробировать. Затем, думаю, он может быть использован и при лечении других заболеваний, а также в трансплантологии.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Современные технологии

Большой научной победой ознаменовался первый год работы Российско-канадской лаборатории биомолекулярных и медицинских технологий, организованной на базе Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Изначально целью международного научного консорциума было создание методов диагностики и лечения онкологических заболеваний с помощью ДНК-аптамеров (коротких одноцепочечных олигонуклеотидов, способных с высокой специфичностью связываться с молекулами различной природы – авт.). И сегодня учёные уже сообщают о результатах исследований, причём не фундамен-

Клетки с подсветкой

Союз нейрохирургов даёт заметные результаты

тальных, а готовых для применения в нейроонкологии. В частности, для лечения глиобластомы.

Как пояснила руководитель лаборатории биомолекулярных и медицинских технологий КрасГМУ доктор биологических наук Анна Кичайло, особенность глиобластомы – инфильтративный характер её роста, что затрудняет хирургическое лечение пациентов с данным заболеванием, так как определить границы этой опу-

холи чрезвычайно сложно. В помощь нейрохирургам несколько лет назад был предложен метод интраоперационной флуоресцентной диагностики с использованием 5-аминолевулиновой кислоты. Но и здесь врачи ожидал неприятный сюрприз: при глиобластомах III-IV стадий эффективность флуоресцентной диагностики с 5-аминолевулиновой кислотой достигает 90%, а для I-II стадий заболевания – максимум 60%.

Сотрудники Российско-Канадской лаборатории КрасГМУ предложили более эффективный способ решения данной задачи – использовать высокоселективные ДНК-аптамеры, которые отличают клетки глиобластомы от здоровых клеток мозга вне зависимости от стадии онкологического процесса. Причём здесь разработали контрастное вещество на основе аптамеров не в инъекционной форме, а в форме

микроспрея, который во время операции наносится на поражённые опухолью участки головного мозга и мгновенно связывается с раковыми клетками, вызывая их свечение. С помощью операционного флуоресцентного микроскопа нейрохирург может видеть «свещающиеся» клетки глиобластомы, точно представлять её объём и границы. Фактически речь идёт о «снайперской» микрохирургии злокачественных новообразований. Проведённые доклинические испытания показали, что микроспрей на основе ДНК-аптамеров не оказывает токсических эффектов. Вперёд – проверка в клинике.

Елена ЮРИНА,
МИА Сито!

Мы не замечаем воздух, которым дышим. Точно так же врачи не замечают свой профессиональный язык. Они привыкли к нему, притёрлись и давно притерпелись. Каждому своё нечисто да бело. Нет ничего удивительного, что врачи закрывают глаза на зияющие прорехи медицинского языка. Австрийский философ Людвиг Витгенштейн как-то сказал: «Философия – это борьба против очарованности ума языком». Ум врачей очарован неточным и неясным медицинским языком. Они не замечают, что язык устарел и тормозит развитие медицины. Этой «очарованности ума» надо положить конец.

Ахиллесова пята медицины

Современная медицина добилась замечательных успехов. Однако в одном отношении она по-прежнему отстаёт от многих других дисциплин. Ахиллесовой пятой медицины является её неточный, неясный и устаревший язык. Старомодный, неформальный язык порождает старомодное, неформальное мышление. Повышение точности и модернизация медицинского языка являются актуальной задачей.

По мнению лингвистов, «язык не только служит нам верой и правдой, но и невольно на разные лады морочит нас... В языке таится множество самых неожиданных ловушек, то и дело вводящих нас в замешательство, сбивающих с толку, мешающих ясному, незамутнённому пониманию».

С особой остротой подобные дефекты языка мешают ясному пониманию сложных медицинских проблем, технологий и методов лечения.

Уместно вспомнить мудрые слова Л. Витгенштейна и применить их к одному из наиболее трудных и запутанных объектов – профессиональному медицинскому языку: «Язык для всех готовит сходные ловушки, огромную сеть проторенных ложных троп. И мы видим идущих одного за другим по этому лабиринту, наперёд зная, что вот здесь человек свернёт, здесь проследует прямо, не заметив развилки. Стало быть, во всех местах, где дороги ответвляются в тупик, я должен выставлять таблички, помогающие преодолеть опасные перекрёстки». Эти слова вскрывают важнейшую, основополагающую, фундаментальную проблему медицинского языка и медицины в целом. Лабиринт Витгенштейна – очень точная и выразительная метафора. Практически любой медицинский алгоритм является коварным лабиринтом, состоящим из многих развилки.

Имеет ли врач карту лабиринта, позволяющую проследить все маршруты и исследовать все развилки? Нужна ли врачу такая карта? Обзорная карта? Конечно, нужна. Необходима.

Медицинские действия, решения и процедуры, используемые при профилактике, диагностике и лечении содержат огромное количество интригующих развилки и опасных перекрёстков. Все эти ответвления и тупики необходимо отчётливо видеть и тщательно учитывать. Спросим себя: позволяет ли современный медицинский язык видеть и анализировать эти и иные опасности, чтобы в полной мере защитить пациентов от врачебных ошибок? Нет, не позволяет!

Можно ли устранить дефекты языка? Да, можно. Именно для этого предназначена предлагаемая нами «Реформа медицинского языка». Её цель – осуществить обогащающее преобразование медицинского языка, расширив его возможности с помощью медицинского алгоритмического языка.

Методом когнитивной эргономики

Профессиональный медицинский язык (язык медицинской литературы, учебников, стандартов, ру-

Точка зрения

Только со смертью догмы начинается наука

Профессиональная лексика тормозит развитие отрасли

ководств, клинических рекомендаций, протоколов) имеет серьёзный дефект. Он недостаточно точен и плохо приспособлен для описания сложных и разветвлённых, нередко многочасовых и многодневных медицинских действий, решений и процедур, выполняемых при профилактике, диагностике, лечении, экстренной помощи, реанимации, реабилитации, прогнозе.

Чтобы устранить дефект, нужно осуществить глубокую реформу медицинского языка, расширив его возможности с помощью визуального медицинского алгоритмического языка высокой точности. Последний предназначен для стимулирования клинического мышления врачей, повышения безопасности пациентов, предотвращения врачебных ошибок и стандартизации представления медицинских алгоритмов в медицинской литературе.

Чем же плох существующий профессиональный язык врачей? Тем, что он не позволяет создать подробное (пошаговое) описание сложных и разветвлённых медицинских процессов в точной, однозначной и исчерпывающей форме, которая полностью исключает неясности, пробелы, двусмысленности и врачебные ошибки. Кроме того, он не способен представить трудную для запоминания последовательность медицинских действий в наглядной графической форме – в виде полезной рабочей «шпаргалки». Имя такой шпаргалки – инфографика.

Попытки составить медицинские шпаргалки, то есть графические схемы, полезные для врачей, предпринимаются давно. Блок-схемы алгоритмов, диаграммы деятельности языка UML, древа принятия решений получили распространение. Тем не менее дело не клеится – нынешняя графика не в состоянии решить заявленную проблему.

С ростом сложности схемы алгоритмов на всех известных графических языках становятся непонятными; они не помогают, а скорее запутывают. Получается: за что боролись, на то и напоролись. Мы предполагаем, что для коренного улучшения ситуации нужно опираться на науку о человеческих факторах – эргономику. Применяя методы когнитивной эргономики, можно создать медицинский алгоритмический язык высокой точности, облегчающий работу врачей и повышающий безопасность пациентов.

В защиту врача и пациента

Принимая решение в сложных клинических ситуациях, врач может не заметить хитроумную развилку, пропустить коварный перекрёсток и тем самым совершить медицинскую ошибку. Как защитить его от роковой ошибки? Надо подсказать врачу верное решение, оказать ему интеллектуальную помощь. Здесь бессильны обычный (трудный и запутанный) медицинский язык. Необходим эргономичный подход, позволяющий создать лёгкий для понимания графический язык, предлагающий нужные решения в виде наглядной инфографики, пригодной для моментального симульного восприятия.

Эргономичный медицинский алгоритмический язык освобождает врачей от подвохов, капканов и неприятностей. Развилки? Язык



способен чётко указать на них с помощью макроикон «развилка» – их нельзя не заметить. Перекрёстки? Они принципиально невозможны, так как в языке запрещены пересечения линий. Тупики? От тупиков и замаскированных волчьих ям защищают иконки «адрес», играющие роль предупреждающих табличек, которые не позволяют сбиться с дороги. Подчеркнём: обычный язык прячет развилки и опасности, а эргономичный, наоборот, демонстративно срывает с них шапку-невидимку и «указательным пальцем» показывает на них.

Сегодня во многих странах мира проблема безопасности пациентов и медицинских ошибок находится в центре внимания. Всемирную кампанию обеспокоенности и противодействия новым угрозам инициировал и концептуально возглавил Институт медицины США (Institute of Medicine), имеющий право давать рекомендации законодательным органам США.

В докладе Института медицины под названием «Человеку свойственно ошибаться: создание более безопасной системы здравоохранения» выдвинуты принципиально новые идеи об обеспечении безопасности пациентов. Публикацию доклада в 2000 г. следует считать датой научного рождения понятия «безопасность пациентов» (patient safety).

По рекомендации Института медицины проведены слушания в конгрессе США и принят Закон о безопасности пациентов, подписанный президентом Джорджем Бушем младшим 29 июля 2005 г. В мировой системе здравоохранения выявлены и частично устранены многие неблагоприятные ситуации, представляющие опасность для пациентов.

Однако проблема оказалась далеко не простой. Существуют иные причины для тревоги, не выявленные ранее. Доклад «Человеку свойственно ошибаться», а также другие доклады института послужили исходной точкой, или отправным моментом для нашего исследования. Проведённый нами тщательный анализ показал, что выводы Института медицины являются важными, но совершенно недостаточными. Мы полагаем, что в докладе упущены существенные обстоятельства, имеющие чрезвычайный характер.

По нашему мнению, медицинские ошибки зависят от многих причин, в том числе от недостатков медицинского языка. Логика здесь такая: дефекты медицинского языка могут оказывать негативное и даже разрушительное воздействие на профессиональное мышление врачей; профессиональный медицинский язык является опасным

для пациентов; чтобы сделать его безопасным, необходимо для записи алгоритмов использовать медицинский алгоритмический язык высокой точности.

Как известно, медицинский язык очень сложен и постоянно развивается. Он состоит из человеческих слов и «нечеловеческих» элементов. К нечеловеческим можно отнести коды. Поясним на примере классификации МКБ-10.

В графе «нозологическая единица» пишем по-человечески, например: «Синдром Стейна – Левентала (склерокистозные яичники)». А в графе «Код диагноза» пишем кодовое название E28.2. Это значит, что вместо длинного названия «Синдром Стейна – Левентала» можно использовать краткое и точное буквенно-цифровое имя «E28.2». Код диагноза E28.2 однозначно указывает на синдром Стейна – Левентала, не зависит от национального языка; он интернационален и понятен всем врачам мира в любой точке земного шара. Также код хорош тем, что исключает проблему перевода с одного языка на другой.

Расширение медицинского языка за счёт добавления нечеловеческих элементов обогащает язык и позволяет получить ряд важных преимуществ: международную стандартизацию терминов, возможность компьютерной обработки и др. Это первый пример. Но есть и второй.

Единая система медицинского языка UMLS (Unified Medical Language System) представляет собой компьютерную систему, «понимающую» биомедицинскую информацию и информацию в сфере здравоохранения. Система создаётся в Национальной медицинской библиотеке США (National Library of Medicine, NLM). Для нас важно, что система UMLS есть гигантское расширение медицинского языка, включающая не только МКБ-10, но и много других словарей и источников на разных языках мира. Она содержит более 1 млн биомедицинских понятий (concepts) и 5 млн терминов (concept names). Таким образом, существует целый ряд острых проблем, связанных с развитием и совершенствованием медицинского языка и устранением его недостатков. Мы указываем на эти проблемы для того, чтобы устранить возможную путаницу и размежеваться по принципу: вам налево, нам направо. Мы хотим аккуратно обнести колышками, «застолбить» свой алгоритмический огород». И тем самым с предельной точностью ограничить место нашей идеи в общем списке нерешённых проблем языка.

Предлагаемая нами реформа медицинского языка имеет чётко

очерченные границы. Она никак не затрагивает указанную выше «постороннюю» проблематику, не лезет со своим уставом в чужой монастырь. И представляет собой самостоятельное направление исследований, разработок и развития.

Вместо заключения

Опытный клиницист, заведующий кафедрой факультетской хирургии Самарского государственного медицинского университета, профессор Георгий Ратнер в своё время заявил: «Медицина относится к разряду наук неточных, железных алгоритмов в ней нет и быть не может». Верно ли это? Нет, неверно. Хотя эта догма до сих пор популярна среди медиков, дни её сочтены. Вспомним слова Галилея: «Только со смертью догмы начинается наука». Почему врачебные ошибки превратились в проблему? Почему безопасность пациентов под угрозой? Почему необходимые медицинские знания не всегда проникают в сознание врача? Потому что главная транспортная артерия для передачи знаний врачам – медицинский язык – не справляется со своими обязанностями; она обветшала, засорилась и поражена многочисленными тромбами. Реформа медицинского языка – простое дело. Но обойтись без неё невозможно. Думается, это событие откроет новую страницу в истории медицины.

Медицина чрезвычайно сложна и с каждым годом продолжает усложняться. Нарастающая её сложность проявляется в том, что увеличивается нагрузка на мозг врачей, вынуждая их решать всё более сложные мыслительные задачи. Психофизиологические характеристики и способности врача не безграничны, они ограничены критическим порогом. Если сложность мышления врачей становится чрезмерной и превышает критический порог, появляются медицинские ошибки, влекущие за собой смерть, инвалидность и иной ущерб для пациентов. Всемирная эпидемия врачебных ошибок свидетельствует о том, что медицинская наука оказалась в тупике. Тупиковая ситуация возникла, в частности, из-за того, что не была своевременно замечена проблема чрезмерной сложности мышления врачей, что и привело к кризису в области безопасности пациентов.

Необходимо создать благоприятные условия для мышления врачей. Интеллектуальная нагрузка на мозг врачей должна быть соразмерной их силам и способностям. Чрезмерная сложность мышления означает, что профессиональный медицинский язык отстал от жизни и является опасным для пациентов. Чтобы сделать медицинский язык безопасным, необходимо для записи алгоритмов использовать медицинский алгоритмический язык высокой точности. Эргономичный медицинский алгоритмический язык предназначен для стимулирования и повышения продуктивности клинического мышления врачей, для стандартизации представления медицинских алгоритмов в медицинской литературе, крупномасштабной алгоритмизации мировой медицины.

Владимир ПАРОНДЖАНОВ,
кандидат технических наук.

«Медицинская газета» в своё время уже поднимала эту тему. Сейчас в общегражданской печати и в последних номерах «МГ» она возникла вновь. Эвтаназия продолжает будоражить СМИ не только у нас, но и за рубежом. Сейчас в ряде случаев она рассматривается как вполне приемлемое для современного общества процедура.

На мой взгляд, в этой проблеме есть два аспекта – религиозный и светский, общегражданский. Первый часто воспринимается как малозначимый, узкий, исповедуемый меньшинством – Бог сказал: не убий! Второй облечён в светлые одежды гуманных соображений, соблюдения прав больного, страдающего человека.

Многие люди считают, что Бог жесток и в наказания за грехи посылает болезни и страдания. А мы, люди гуманные, человеколюбивые, должны изыскивать способы облегчения их участи и даже убить, чтобы не мучились. Когда папа говорит сыну: не суй пальчик в розетку, а мальчик не послушался – случилась беда. Бог наказал? Мы курим, напиваемся до потери человеческого облика, меняем сексуальных партнёров как перчатки... Как следствие, даём жизнь безнадежно больным детям с физическими пороками и дефектами интеллекта. Сами тяжело заболеваем. Становимся беспомощными инвалидами, испытываем невыносимые муки. Обременяем своей особой близких нам людей, принося им тяжкие переживания, а обществу большие расходы.

С позиций религии, в частности христианства, для близких больного и верующих – это испытание, посылаемое Богом, чтобы каждый понял, насколько он готов к страданию, насколько способен к

самопожертвованию ради страдающего человека. В его голове не умещается мысль оборвать его жизнь, чтобы не только больного, но и самого себя избавить от тяжких переживаний. Однако не все способны нести этот груз. Видимо, поэтому эвтаназия становится средством создать комфортную для себя среду, не отягощаемую видом рядом страдающего, безнадежного больного человека.

Сейчас не только среди веру-

ющих об эвтаназии, отказываются от этого намерения, получив облегчение в этих медико-социальных учреждениях.

С эвтаназией, конечно, не всё так просто. Это, на мой взгляд, не только и не столько медицинская проблема, сколько социально-этическая. Врач может убить только по ошибке – неправильный диагноз, неправильное лечение. А как быть с больным, длительно находящимся на ИВЛ, отключение от которой означает смерть? Больной без сознания, кто за него может или имеет право принять решение об эвтаназии? Врачам известны случаи ни коим образом не ожидаемого возвращения к жизни больного, с неизбежной смертью которого смирились врачи и родственники.

Раньше прекращение дыхания расценивалось как признак наступившей смерти. Потом – прекращение сердцебиения расценивалось так же. Теперь эти критерии смерти позади – дыхание и биение сердца можно вновь «завести».

Убить человека, безнадежно больного по современным представлениям, значит убить, извините за чисто профессиональный подход к столь деликатному вопросу, возможность научного исследования

цию. Мне трудно себе представить врача, медицинскую сестру, у которых бы поднялась рука сделать это. Тем более делать это не один раз.

И наконец, самый трудный вопрос. Кто решит, быть эвтаназии или не быть: родственники больного, общество, люди высокой морали и этики, юристы? Или те, кто по самым разнообразным причинам хочет приблизить смерть, будучи движимы соображениями сугубо меркантильными?

Продолжаем разговор

Жизнь на чаше весов

Два аспекта эвтаназии

юющих, но и среди самых разных людей, молодых и не очень, появляются общественные организации, берущие на себя опеку и заботу о детях-инвалидах, беспомощных одиноких стариках. Чем больше будет таких людей, общественных организаций, тем реже будет возникать мысль, что эвтаназия – лучший способ проявить «гуманность» к безнадежно больному человеку. Для них станет невозможной даже мысль об эвтаназии.

Другой аспект – светский, общегражданский. В нём тоже есть компонент гуманности. Часто невыносимая, длительная боль становится главным аргументом и для больного, и для окружающих его лиц поводом подумать об эвтаназии. Появились клиники боли. Борьба с болью, столь частым явлением у тяжёлых

проблемы сохранения ему жизни. Сложнейшая, интереснейшая проблема. Наука не знает страха. Не должна знать страха. Вся история медицинской, и не только, науки – это когда спустя годы и десятилетия находят решение проблемы, которая в определённый момент считалась «неподъёмной». Асептика и антисептика. Антибиотики. Замена больного органа на здоровый и т.д. Процессу познания и находок нет конца.

Другой, может быть, более трудно решаемый вопрос – кто и как должен совершать эвтаназию. На памяти – «доктор-смерть», в США сделавший своей профессией отправление на тот свет безнадежных больных. Осуждён, сидит в тюрьме. Ещё вопрос – как? Отключить от ИВЛ, сделать смертельную инъек-

Решение проблемы эвтаназии находится на весах. На одной чаше их – религия, на другой – общество. У христианства практически нет шансов перетянуть чашу весов на свою сторону. И шанс решать единолично общество ему никогда не предоставит. С другой стороны, европейская цивилизация, этические нормы её имеют библейские основы: не убий, не кради, не лжесвидетельствуй и т.д. Может быть, церковь и общество найдёт консенсус – и проблема эвтаназии будет решаться с учётом как христианских догматов, так и выработанными обществом этических и гуманитарных норм.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Итоги и прогнозы

Ревматология: есть повод для гордости

Пациенты возвращаются к нормальной жизни

В Научно-исследовательском институте ревматологии им. В.А.Насоновой состоялась ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Ревматология-2016: от науки к практике», посвящённая 40-летию диссертационного совета НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой по специальности «ревматология».

Ревматология – стремительно развивающаяся область медицины, что доказывает внедрение современных разработок, позволяющих пациентам с ревматическими болезнями жить полноценной активной жизнью, растить детей, работать и приносить пользу обществу.

«Ещё 5-10 лет назад пациенты с ревматическими болезнями были обречены на глубокую инвалидность. Сегодня мы можем говорить о колоссальном успехе. За последние годы в ревматологии произошла настоящая революция – в арсенале специалистов появились новейшие высокотехнологичные препараты. Благодаря правильно подобранной терапии пациенты возвращаются к нормальной жизни, сохраняя её качество», – отмечает главный специалист-ревматолог Минздрава России академик РАН Евгений Насонов. По словам Евгения Львовича, многие препараты вошли в льготные списки и стали доступнее для пациентов с ревматическими заболеваниями.

Успешная клиническая практика напрямую зависит от тесного кон-



Е. Насонов

такта врачей-ревматологов из разных уголков России и других стран. Постоянному обмену опытом способствует проведение ежегодных конференций по инициативе НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой и при поддержке Ассоциации ревматологов России.

На конференции прозвучали выступления ведущих российских и зарубежных специалистов по диагностике и лечению ревматических заболеваний. Здесь обсуждались теоретические и практические аспекты диагностики и лечения, новые клинические рекомендации, научные достижения и развитие современных направлений исследований в области ревматологии.

В её рамках состоялась международная образовательная семинар по псориатической болезни.

В частности, известные профессора из Великобритании и Нидерландов, поделились опытом в изучении псориатического артрита и спондилоартрита.

На заседании профильной комиссии по специальности «ревматология» были рассмотрены вопросы международного сотрудничества в рамках Евразийской лиги ревматологов (LEAR), совершенствование ревматологической службы в РФ, а также применение биологических аналогов (биосимиляров) генно-инженерных биологических препаратов для лечения пациентов с тяжёлыми формами ревматических заболеваний

Особое внимание на конференции было уделено подведению итогов 40-летней работы диссертационного совета НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой.

«Было интересно посмотреть, какой путь прошёл наш институт за 40 лет именно через призму диссертационного совета, поскольку квинтэссенция ревматологии как науки – это защита диссертаций. Тем более что через него «прошли» практически все лидеры российской ревматологии. Кто-то сейчас уже сам является членом нашего совета, некоторые стали главными ревматологами регионов», – говорит академик Е.Насонов. – Радостно было увидеть специалистов из бывших союзных республик, которые защитили докторские диссертации именно здесь, в Москве, в институте ревматологии, и сейчас продолжают активно работать».

Что интересно: за эти годы было всего лишь 3 председателя совета. Длительное время его возглавляла Валентина Насонова, которая, собственно, и организовала этот спецсовет (до этого все защищались по терапии). Потом – не менее выдающийся наш профессор, Эльза Агабаева, и 15 последних лет председателем является главный специалист-ревматолог Минздрава России, президент Ассоциации ревматологов России, академик РАН Е.Насонов.

По его словам, сегодня этот диссертационный совет отличается не только тем, что создан давно и был первым, он в последние годы стал в стране единственным по ревматологии ввиду возросших требований к научным заслугам его членов.

«Мы действительно испытали чувство гордости, когда ещё раз посмотрели на нашу научную жизнь за эти 40 лет. Были охвачены практически все направления ревматологии. И если в начале работы в основном это был ревматизм (ревматические пороки сердца) то есть то, что отражало суть работы в 50-70-х годах, то сейчас это инновационные методы диагностики и терапии.

Таким образом, оценить наши достижения, посмотреть, что было сделано и что мы ещё должны сделать, оказалось чрезвычайно важным».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Тенденции

Приморский край полностью закрыл потребность в операциях по экстракорпоральному оплодотворению. Сегодня в регионе нет очереди на данный вид медицинской процедуры. Как отметили в краевом Департаменте здравоохранения, такой результат стал возможным благодаря тому, что в начале года Приморью было выделено достаточное количество квот на ЭКО.

Лечение бесплодия идёт успешно

В Департаменте здравоохранения напоминают, что показанием к ЭКО являются любые формы бесплодия, при которых консервативные и оперативные методы лечения оказались неэффективными.

«Лечение бесплодия методом ЭКО осуществляется в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи и закреплено в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.», – рассказали специалисты.

– Популярность программ экстракорпорального оплодотворения в Приморском крае растёт с каждым годом, – сообщила заведующая центром клеточных и репродуктивных технологий при краевом клиническом центре специализированных видов медицинской помощи, гинеколог, доктор медицинских наук Эльвира Щербавская. – Вероятность зачатия при помощи ЭКО в нашем центре оценивается в 40-43%. Этот показатель совпадает с мировыми данными.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Игеи

Новое о туберкулёзе

Традиционно туберкулёз считается бактериальной инфекцией, возбудителем которой, как известно, является *Mycobacterium tuberculosis*, она же — палочка Коха. Однако учёные начинают сомневаться в том, что основная роль в патогенезе заболевания принадлежит именно ей.

Согласно новой теории, инфицирование микобактерией запускает аутоиммунную реакцию, в результате которой лёгкие и другие ткани-мишени поражаются с ещё большей скоростью.

Профессор Пол Эллингтон из Университета Саутгемптона (Великобритания) опубликовал статью в журнале «Trends in immunology», в которой привёл доказательства того, что микобактерия запускает иммунный ответ таким образом, что система начинает воспринимать собственную лёгочную ткань как чужеродную.

Исследователи считают, что эта теория имеет право на существование. Слишком уж многое напоминает в больном туберкулёзом человека, страдающего аутоиммунной патологией: достаточно частое поражение глаз, суставов, кожи. «Эти симптомы очень часто идут рука об руку с такими заболеваниями, как ревматоидный артрит и болезнь Крона, — комментирует свою теорию П.Эллингтон. — Именно это и заставило задуматься нас о том, что аутоиммунные реакции играют ключевую роль в патогенезе заболевания».

Ещё одним фактом в пользу иммунологической теории туберкулёза служит его сходство с саркоидозом, который официально признан аутоиммунным заболеванием. В-первых, гистологическая картина: хорошо организованные гранулёмы, состоящие из активированных макрофагов, гигантских многоядерных клеток и Т-лимфоцитов. В микроскопе саркоидоз часто

неотличим от гранулём туберкулёза. Во-вторых, оба заболевания поражают верхние доли лёгких и лимфатические узлы средостения. В-третьих, саркоидоз и туберкулёз могут поражать и другие органы, включая ЦНС (нейросаркоидоз и туберкулёзный менингит могут быть клинически не отличимы). И, наконец, схожа картина периферической крови по экспрессируемым генам.

Пока всё это — лишь очередная научная теория. Чтобы признать главенствующую роль аутоиммунных процессов в развитии туберкулёза, учёным придётся провести множество исследований. Однако, если догадки П.Эллингтона подтвердятся, это может стать открытием, которое изменит существующие методы как профилактики, так и лечения.

Давид АКУЛОВ.

По материалам BBC news.

Угроза

Прокажённые белки

Учёные из нескольких стран провели исследования, чтобы выяснить причину, по которой в Великобритании начало сокращаться количество красных блох. Генетические тесты показали, что животные погибают от проказы — болезни, которой так боялись люди в средние века. В частности, 25 особей, найденных мёртвыми на дорогах страны, все без исключения были инфицированы бактерией *Mycobacterium leprae*, родственной микроорганизму, поражавшему людей сотни лет назад.



Исследователи из Федеральной политехнической школы Лозанны (Швейцария) и Эдинбургского университета (Великобритания) обратили внимание на внешний вид морды, ушей и лап некоторых из найденных белок. Не все животные имели признаки болезни, однако у части из них были замечены характерные большие бугры и отсутствие шерсти. Выяснилось, что животные болели проказой, вызванной не только *Mycobacterium leprae*, но и её более опасным родственником *Mycobacterium lepromatosis*.

Вполне возможно, считают специалисты, что белки всё это время были носителями болезни, а в средние века люди заражались именно от них — так как охотились на белок из-за мяса и меха.

Учёные уточнили, что шанс заразиться в настоящее время достаточно мал — так как красные белки осторожны и предпочитают не приближаться к людям. Однако исследователи подчеркнули, что к этим животным не следует прикасаться без перчаток, а если нашли мёртвую особь — то для того, чтобы её убрать, необходимо воспользоваться пластиковым пакетом, а затем тщательно вымыть руки.

Авторы научной работы считают, что их открытие поможет объяснить вспышки проказы, до сих пор происходящие в странах Африки, Азии и Южной Америки. Ежегодно в этих регионах заболевают проказой до 220 тыс. человек.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению New York Times.

Открытие

Эти глаза напротив...

Шестой слой роговицы человеческого глаза обнаружили учёные из Университета Ноттингема в Великобритании. Результаты их исследования были опубликованы в журнале *Ophthalmology*.

Открытие представляет огромную ценность для современной медицины, поскольку оно позволит проводить пересадки ткани роговицы, а также сделать операции на глазах проще и безопаснее.

Медики во всём мире связывают заболевания, которые влияют на глубинные слои роговицы, с отсутствием или разрывами в новом слое. Он содержится в задней части роговицы — чувствительной прозрачной ткани. До этого считалось, что существует всего 5 слоёв: эпителий роговицы, слой Боумена, строма роговицы, десцеметова мембрана и эндотелий роговицы. Учёные обнаружили новый слой между стромой роговицы и дес-

цеметовой оболочкой. Это очень тонкое и одновременно жёсткое образование толщиной всего 15 микрон.

Новый слой получил название «Дуа» в честь своего первооткрывателя профессора офтальмологии Харминдера Дуа (Harminder Dua). Профессор отметил, что открытие означает, что все учебники офтальмологии должны быть переписаны. «Теперь мы можем учитывать особенности нового слоя при проведении операций, которые станут более безопасными и простыми для пациентов», — добавил Дуа.

Открытие было сделано во время экспериментов на роговицах, пожертвованных банку органов в Бристолле и Манчестере для исследовательских целей. Выявить слой удалось при помощи крошечных пузырьков воздуха, которые учёные запускали для разделения слоёв роговицы. Каждый слой изучался при помощи электронной микроскопии, что позволяло в подроб-

ностях рассмотреть структуру мембран.

Теперь хирурги смогут определить, в каком именно слое роговицы собираются пузырьки во время операции. К примеру, если пузырьки можно ввести между слоем Дуа и эндотелием, то они, скорее всего, не повреждены и прочны сами по себе.

В настоящее время проводится более 65 тыс. операций на роговицах каждый год. Однако новые знания позволят медикам предотвратить разрывы и чаще спасать глаза пациентов. Учёные также предположили, что водянка глаза вызывается скоплением воды, приходящей из внутренней части глаза через разрывы в слое Дуа. Это открытие позволит бороться со многими заболеваниями глаз.

Валентин ПОЗДНЯКОВ.

По материалам Medical News Today.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к району Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

- ✓ уролога
- ✓ оториноларинголога
- ✓ эндокринолога
- ✓ кардиолога
- ✓ педиатра участкового.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ терапевта участкового
- ✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом

8 (912) 080-80-48 — заместитель главного врача по поликлинической работе

8 (950) 511-57-83 — заместитель главного врача по детству.

Официальный сайт: sovboldnica.pf

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

Резюме направлять по e-mail: sovhospital@sovboldnica.pf.

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovboldnica.pf

Исследования

Всемогущий ультразвук

Методы, используемые в настоящее время для определения тяжести сердечной недостаточности (СН), весьма ограничены. Исследователи из Технического университета Эйнтховена (Нидерланды) разработали неинвазивный, экономичный метод, который очень быстро может определить степень сердечной недостаточности прямо у постели пациента. Также этот метод способен прогнозировать, будет ли успешно действовать двойной кардиостимулятор у определённого пациента.

Сердечная недостаточность, как известно, представляет собой синдром, который связан с острым или хроническим нарушением работы сердца, а также недостаточным кровоснабжением органов и тканей. Для того чтобы назначить правильное лечение, важно оценить, как хорошо сердце ещё выполняет свою работу. В настоящее время существуют различные способы провести это, однако все они имеют свои ограничения.

Датчики часто должны размещаться в крупных артериях, что является весьма инвазивной процедурой. МРТ — это хорошая возможность, но не для больных, у которых установлен кардиостимулятор. Пациенты, страдающие одышкой, практически

всегда сдают анализ крови для изучения концентрации определённого белка, однако эта процедура занимает время.

Исследователи разработали метод с использованием эхо-сканера, который реагирует в основном на эхо-сигналы (широко используется у беременных): учёные измерили время, необходимое для того, чтобы кровь через лёгкие прошла из правого желудочка в левый, отводящий за доставку насыщенной кислородом крови по всему телу. Для измерения лёгочного времени прохождения (pulmonary transit time — РТТ), они впрыскивали безвредные микропузырьки, которые хорошо видны с помощью эхо-сканера, а затем засекали время, необходимое для того, чтобы пузырьки добрались из правого желудочка в левый.

РТТ, измеренная с помощью эхо-сканера, даёт отличный показатель тяжести сердечной недостаточности. Здоровое сердце качает кровь через лёгкие быстро. Чем дольше РТТ, тем меньше сердце работает и тем больше сердечной недостаточности. Однако перед тем как метод можно будет использовать, учёным всё ещё предстоит проделать большую работу.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По сообщению Reuters.

Взгляд

Утро — опасное время суток?

Учёные из Кембриджского университета (Великобритания) утверждают, что если вы утром проспали работу, то это может быть не только вредно, но и полезно. Организм человека в утреннее время суток по сравнению с вечерним гораздо более подвержен таким инфекциям, как грипп и герпес. Исследователи нашли взаимосвязь между риском заразиться и циркадными ритмами человеческого тела.

В условиях лаборатории научная группа провела опыты на мышах. Животных в разное время искусственно заражали вирусами гриппа и герпеса и затем проверяли, насколько активен вирус у различных особей. При этом мыши в лаборатории жили по чёткому режиму, включавшему в себя 12 светлых часов и 12 тёмных.

Выяснилось, что у тех мышей, в организм которых вирус попал утром, количество вирионов в 10 раз выше, чем у получивших вирус вечером. Учёные связали это с геном *Bmal1*, который наиболее активен в полдень и у мышей, и у людей. Для проверки своих выводов они провели дополнительный

эксперимент на мышах, у которых этот ген имел дефекты, и выявили, что у таких животных количество вирионов не зависело от времени суток, когда произошло заражение. Ещё одно важное свойство гена *Bmal1* состоит в том, что он менее активен в зимний период времени. Возможно, именно по этой причине зимой люди болеют чаще.

Также в процессе научной работы сотрудники университета выяснили, что если биологические ритмы тела нарушены (это может произойти из-за джетлага или работы по сменному графику), то организм «зависает» в уязвимом для вирусов состоянии. Рашель Эдгар, одна из авторов исследования, отметила, что эта информация может быть особенно полезна для тех, кто периодически работает по ночам — таким людям показаны ежегодные прививки от гриппа.

Профессор Ахилеш Редди, принимавший участие в изысканиях, заявил, что результаты их работы могут помочь контролировать вспышки инфекционных заболеваний.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению BBC.

Санитарная зона

Малярия: миссия невыполнима?

Малярия остаётся насущной проблемой человечества, особенно в странах Африки южнее Сахары. Во многих странах региона борьба с заболеванием недостаточна из-за дефицита финансирования и слабых систем здравоохранения. Такие выводы содержатся в опубликованном 13 декабря в Женеве ежегодном докладе Всемирной организации здравоохранения о борьбе с этой болезнью. По оценкам ВОЗ, в 2015 г. в мире произошло 212 млн новых случаев заболевания малярией и 429 тыс. случаев смерти.

«На Африку южнее Сахары приходится непропорционально большая доля глобального бремени малярии, – говорится в докладе ВОЗ. – В 2015 г. в регионе было зарегистрировано 90% случаев этого недуга и 92% случаев смерти от него». Особенно уязвимы дети в возрасте до 5 лет – на них приходится около 70% всех смертей от малярии.

Во всём этом регионе на протяжении последних 5 лет наблюдается значительный рост показателей диагностического тестирования детей и профилактического лечения беременных женщин, отмечается в докладе. Диагностическое тестирование, благодаря которому можно быстро выявлять малярию и назначать необходимое для спасения жизни лечение, охватывает всё больший процент населения:

так, в 2015 г. примерно половине детей с лихорадкой, обратившихся в медицинские учреждения в 22 африканских странах, было предложено диагностическое тестирование на малярию по сравнению с 29% в 2010 г., отмечается в докладе. Также в 5 раз выросла доля женщин, получающих профилактическую терапию во время беременности: в 2010 г. их было 6%, в 2015 г. – 31%.

Основными средствами борьбы с переносчиками малярии в Африке являются обработанные инсектицидом сетки, отмечают эксперты. По данным доклада, в 2015 г. 53% населения, подвергнувшегося риску в Африке к югу от Сахары, спали под такими сетками по сравнению с 30% в 2010 г. Результаты крупномасштабных 5-летних исследований по оценке ситуации в 5 странах свидетельствуют о том, что среди людей, спавших под сетками, обработанными инсектицидом длительного действия, наблюдались значительно более низкие показатели малярийной инфекции по сравнению с людьми, не использовавшими их.

Однако до сих пор охват основными средствами борьбы с малярией остаётся недостаточным. По оценкам, в 2015 г. 43% населения Африки к югу от Сахары не было защищено сетками, обработанными инсектицидом, или распылением инсектицидов внутри помещений. Серьёзной проблемой в области борьбы с малярией является отсутствие устойчивого и достаточного финансирования, отмечается

в докладе. Хотя инвестиции в борьбу с малярией с 2000 по 2010 г. выросли, в последующие годы фонды не увеличиваются, говорится в докладе. В 2015 г. на борьбу с недугом было выделено 2,9 млрд долл., что составляет всего 45% от поставленной цели увеличения этих средств к 2020 г. до 6,4 млрд.

На Всемирной ассамблее здравоохранения в 2015 г. государства-члены приняли Глобальную техническую стратегию борьбы с малярией на 2016-2030 гг. Ликвидация малярии, по меньшей мере, в 10 странах является целевым ориентиром на 2020 г. В докладе отмечается, что эта цель вполне достижима: в 2015 г. 10 стран и территорий сообщили менее чем о 150 местных случаях заболевания малярией и ещё 9 стран – о числе случаев в пределах 150-1000.

В ноябре нынешнего года ВОЗ объявила, что в рамках пилотных проектов в 3 странах Африки к югу от Сахары будет применяться первая в мире вакцина против малярии. Вакцинации начнутся в 2018 г. Вакцина, известная как RTS,S, действует против *P.falciparum*, самого смертоносного малярийного паразита в глобальных масштабах, наиболее распространённого в Африке. Последние стадии клинических испытаний продемонстрировали, что RTS,S обеспечивает частичную защиту от малярии среди детей раннего возраста.

Однако

Исследователи из флоридского отделения НИИ Скриппса в сотрудничестве с коллегами из Флоридского атлантического университета и Государственного университета Боулинга Грина (оба – США), объявили, что нашли причину возникновения непреодолимой тяги ко сну после сытного обеда. Как утверждают учёные, состояние протрации после переиздания, которое называется «пищевая кома», – это физическое состояние, обусловленное электрической активностью мозга, однако до сих пор учёные не в состоянии были объяснить, почему люди засыпают сразу после плотной еды.

Биологическое желание

В своих экспериментах на плодовых мухах-дрозофилах учёные записывали активность полёта насекомых до и после кормления. В результате было обнаружено, что после приёма пищи мухи на короткий период падали в сон, а затем снова приходили к нормальному бодрствованию. Эта реакция варьировалась в зависимости от дозы пищи – дополнительный «обед» увеличивал продолжительность сонного периода. Причём сон, в основном, провоцировалось наличием в еде белка и соли, тогда как сахар не оказывал никакого эффекта.

«Впадение в спячку после еды характерно практически для всех животных, а значит, выработано миллионы лет назад и должно иметь конкретное биологическое значение, – отметил руководитель

исследования доцент НИИ Скриппса Уильям Джа. – Впрочем, некоторые данные свидетельствуют о том, что «пищевая кома» обеспечивает максимальное усвоение в кишечнике белков и соли – двух питательных веществ, запасы которых в природе крайне ограничены».

Считывая биоритмы мух, учёные выяснили, что биоритмы, возникающие в мозгу при приёме большого количества пищи, аналогичны биоритмам, возникающим во время определённых стадий сна, то есть желание поспать после еды – это не прихоть, а конкретное биологическое состояние, в которое «проваливается» мозг, независимо от желания человека. И тому остаётся либо бороться со сном, либо всё же вздремнуть после обеда – ведь с биоритмом не поспоришь.

Почему бы и нет?

Охлаждающий шлем

Использование специального шлема, охлаждающего кожу головы во время прохождения химиотерапии, может помочь пациентам с раком молочной железы избежать потери волос из-за токсичности препаратов.

Об этом сообщили специалисты Бэйлорского медицинского колледжа (США), которые провели исследование с участием 235 женщин, страдающих раком молочной железы 1-й и 2-й стадий. Каждую участницу ожидало по 4 и более цикла химиотерапии. Охлаждающий шлем помог более чем половине пациенток.

Автор исследования Джули Рани Нангья пояснила, что потеря волос негативно влияет на психологическое состояние женщины. Чтобы выяснить, действительно ли охлаждение кожи головы может воспрепятствовать потере волос, Дж. Нангья и её коллеги разделили всех участниц на 2 группы. Две трети женщин

надевали шлем, охлаждавший кожу их головы до 17°C, за полчаса до начала химиотерапии и снимали головной убор только через 90 минут после окончания сеанса.

Ещё треть женщин шлем не носили – это была контрольная группа. По итогам, 50,5% пациенток из 1-й группы избежали выпадения волос – они только стали немного тоньше. В контрольной группе волосы утратили все пациентки без исключения.

Как известно, химиотерапия влияет не только на быстро делящиеся клетки, в том числе раковые, но и на волосные фолликулы. Охлаждение помогает уменьшить приток крови к ним, таким образом, до них доходит меньшее количество токсичного препарата. Однако у использования шлема есть и свои минусы – пациентки, носившие его, жаловались на дискомфорт и головную боль, а кроме того, стоимость шлема достаточно высока – более тысячи долларов.

Выводы

Клетка старше – мутаций больше

Американские учёные исследовали эффект старения на индуцированных плюрипотентных стволовых клетках (ИПСК) и обнаружили, что с возрастом донора количество мутаций в них увеличивается.

Полученные результаты подчёркивают необходимость проведения анализа клеток на наличие потенциально вредных мутаций, прежде чем использовать их в лечебных целях. Таковы выводы исследователей.

Как отмечают научные сотрудники Института прикладных на-

учных исследований Скриппса и Научно-исследовательского института Скриппса (оба – США), при каждом делении стволовой клетки существует риск развития вредных мутаций, и со временем риски умножаются. В рамках исследования удалось выяснить, что в ИПСК, полученных от доноров старше 80 лет, было обнаружено в два раза больше мутаций в генах, кодирующих белки, чем в стволовых клетках, принадлежащих 20-летним людям.

Однако клетки людей старше 90 лет содержали меньшее коли-

чество мутаций, чем предполагалось. Причиной тому, по словам исследователей, могло послужить то, что оставшиеся стволовые клетки были более защищены от мутаций на протяжении их жизни за счёт менее частого деления.

Что характерно, в Японии уже начали лечение ИПСК женщины с возрастной макулярной дегенерацией, и поэтому важно в полной мере понимать последствия старения стволовых клеток для качественного лечения пациентов, подчёркивают учёные.

Ну и ну!

Более позднее рождение ребёнка может улучшить когнитивные навыки и память у его матери после менопаузы. Об этом сообщили учёные из Университета Южной Калифорнии (США). Исследователи во главе с Роксаной Карим уточнили, что это не означает, что мысли о пополнении в семье нужно откладывать, однако матери, чей младший ребёнок появился после 35 лет, в среднем имеют «более острый ум».

Чтобы узнать, как возраст, в котором произошла беременность, влияет на когнитивную функцию, команда Р. Карим опросила 830 женщин, у которых уже началась менопауза. Респонденткам предложили пройти несколько тестов – в том числе прочитать и запомнить определённое количество слов на странице, а также пересказать историю, которую им рассказывали и в процессе отвлекли их.

Выводы были следующими: женщины, родившие первого ребёнка

С детьми не следует спешить?



после 24 лет, быстрее, чем их более «ранние» коллеги, решали проблемы, а также лучше аргументировали свою позицию. Те участницы, которые в последний раз стали мамами после 35 лет, показывали лучшие результаты в тестах, касавшихся когнитивной функции и вербальной памяти, при этом матери двух детей справлялись с заданиями лучше, чем те, у кого ребёнок был единственным. Оральные контрацептивы также положительно влияли на функции мозга – женщины, принимавшие их более 10 лет, лучше запоминали речь и справлялись со сложностями. Учёные связали всё вышеперечисленное с гормональным фоном женщин.

Ранее, что характерно, исследования уже показывали, что для памяти и когнитивной функции эстроген и прогестерон очень полезны в

долгосрочной перспективе. Кроме того, было также доказано, что чем раньше начались менструации у девушки, тем лучше работает её мозг. У женщин, у которых половое созревание началось позже, чаще развивалась болезнь Альцгеймера.

Специалисты Университета Южной Калифорнии предположили, что чем дольше длится период, когда женщина сохраняет свои репродуктивные функции, то есть время от первой менструации до менопаузы, тем лучше она запоминает информацию и тем выше её умственные способности.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам
Nature Biotechnology,
MedicalXpress, Science Alert,
Reuters, who.int.

Работая с материалами времени Николая I в Российском государственном историческом архиве, я заказал дело «Входящие бумаги Петропавловской крепости». До 1991 г. оно хранилось под грифом «Секретно». 225 листов интереснейших документов, относящихся к осуждённым по уголовному делу участникам Декабрьского восстания 1825 г. в Санкт-Петербурге...

Один из документов представляет несомненный интерес для судебно-медицинских экспертов, занимающихся проблемами идентификации личности. Современные методы уголовной регистрации сформировались и успешно применяются. А как обстояло дело в начале XIX века?

Интереснейший документ, который называется «Список именной преступникам, Верховным уголовным судом осуждённым, ныне содержащимся в Санкт-Петербургской крепости, с означением лет, роста и примет». Документ датирован 15 августа 1826 г., подписан плац-майором крепости, полковником Подушкиным и содержит сведения о 56 декабристах, осуждённых на разные сроки лишения свободы: назначенные в каторжную работу вечно (Д.Завалишин, А.Арбузов); в каторжную работу на 20 лет, и потом на поселение (18 человек); в каторжную работу на 12 лет, и потом на поселение (16); в каторжную работу на 10 лет, и потом на поселение (2) и др. Список охватывает часть осуждённых. Приговор осуждённым на смерть был приведён в исполнение 13 июля 1826 г. Всего гражданской казни в тот день (лишение дворянства, чина и наград) подверглось 97 человек.

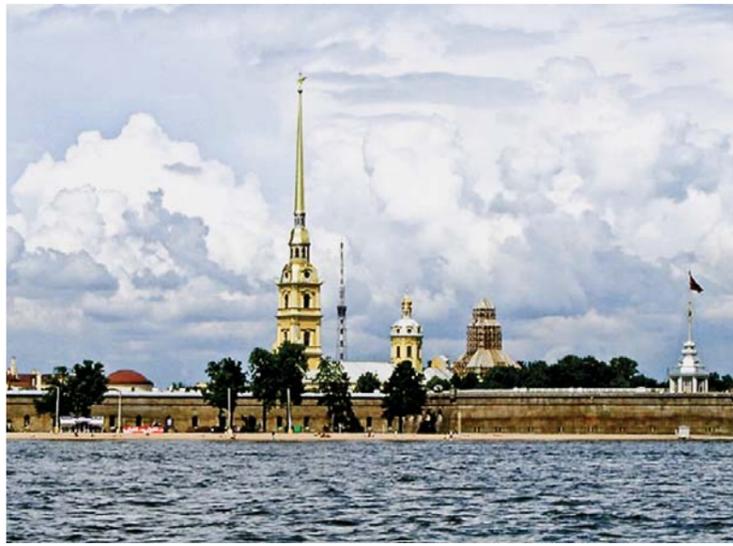
Очевидно, что осмотр был проведён перед отправкой осуждённых в Сибирь для возможного использования полученных данных при чрезвычайных ситуациях (побег, похищение, мятеж), связанных с необходимостью опознания.

Представляю обзор возрастных данных осуждённых: старше 40 лет – 2 (полковник В.Тизенгаузен – 47 лет, подполковник М.Луни – 43 года); от 31 до 40 лет – 20, от 21 до 30 лет – 33. Самому младшему – графу В.Толстому – было лишь 20 лет. Следует заметить, что у многих заключённых возраст остался неуточнённым.

Рост осуждённых приведён в аршинах и вершках, метод его измерения не указан. Цифры представляют определённый интерес для антропологов, так как позволяют судить о ростовой характеристике молодых мужчин в России в обсуждаемые времена.

Самым низкорослым оказался Д.Завалишин – 2 аршина 4¹/₈ вершка (160 см), самыми высокими – С.Кривцов (2 аршина 9⁷/₈ вершка), И.Поджио (2 аршина 9¹/₈ вершка), барон А. фон Розен, М.Нарышкин (2 аршина 9 вершков). Это составляет, соответственно, 187, 182,5 и 180 см. Основная масса показателей – в интервале от 2 аршин 6 вершков до 2 аршин 8 вершков.

Что касается примет, то большинство описаний ограничено указанием кожи лица и глаз, формы носа, характера волос (цвет, густота) головы и бровей. Вот описание внешности поручика



Здесь, в Петропавловской крепости, отбывали наказание декабристы

Далёкое – близкое

Декабристы и тюремная медицина

Что показывают засекреченные архивы Петропавловской крепости



Д.Завалишин



С.Трубецкой



С.Муравьев-Апостол

Вот только несколько героев далёкого декабрьского восстания 1825 г.

Ивана Анненкова, 23 лет: «Лицо белое, продолговатое, глаза голубые, близорук, нос длинный, широковат, волосы на голове и бровях тёмно-русые...» (вспомним одного из главных героев знаменитого фильма «Звезда пленительного счастья», блестяще сыгранного Игорем Костолевым). Внешность М.Нарышкина, полковника Тарушинского полка: «...белое лицо, тёмно-русые волосы, близорукие карие глаза, бородавка на левом виске...»

Тексты свидетельствуют, что осмотр производился с обнажением арестованных. Вот описание подполковника М.Муравьева-Апостола: «Лицо белое чистое круглое. Глаза светло-карие, нос большой, волосы на голове и бровях тёмно-русые, на правой щеке небольшая бородавка, на правой ноге от большого пальца второй и третий вместе срослись, на правой лямке рана навывлет от прошедшей пули (имеется шрам). В этом случае и в других усматривается, что у многих заключённых офицеров старше 30 лет констатированы следы боевых травм, полученных в Отечественной войне. Например, генерал-майор М. фон Визен: «Лицо белое круглое, глаза карие, нос средний

широковат, волосы на голове и бровях тёмно-русые, по верхней части головы волос не имеет, при разговоре на правую сторону рта делается косоватость...». У подполковника А.Ентальцева, 38 лет, отмечен «на левой ноге шрам от штыковой раны»; полковник В.Норов, 32 лет: «на левой лямке спереди имеет рану от пули...» (надо полагать, рубец), у полковника А. фон дер Бригена, 33 лет, «на левой стороне головы шрам от полученной в сражении при Кульме контузии...» и др. На теле Г.Батенькова обнаружено 10 рубцов (следов «штыковых» ран, полученных в войнах).

Из иных особенностей отмечены последствия травм, причинённых лошадьми («...вот рту передних четырёх зубов от конского ушиба нет...», «...на левой брови небольшой шрам от конского ушиба...» и др.). Другие приметы встретились в единичных случаях. Среди них: «природные бородавки», «родимые пятнышки», «левая рука от перелома немного короче», «на шее под подбородком от золотухи несколько шрамов», «на левой руке – натёртый пороком крест».

Обратило на себя внимание, что врождённые и приобретён-

ные изменения приведены без указания формы, размеров, цвета и других, принятых в современной экспертной практике характеристик. Поскольку под документом лишь подпись полковника Подушкина, могу утверждать, что осмотр проводился либо им, либо под его руководством. Примитивный характер описания и применение бытовых терминов вместо медицинских позволяет утверждать, что в осмотре врач участия не принимал.

* * *

А оказывалась ли декабристам медицинская помощь в период пребывания в крепости? Да, бесспорно. Об этом свидетельствуют документы, содержащиеся в этом же томе. Все

лекаря. Отсутствие наград за Отечественную войну 1812 г. свидетельствует, что он не был участником боевых действий. С 1821 г. – служба в Петропавловской крепости в должности штаб-лекаря. Карьера развивалась успешно, так как к моменту выхода в отставку (1844 г.) офицер имел высокий чин статского советника и ордена Святой Анны II степени и Святого Владимира IV степени, что давало право на потомственное дворянство.

К служебным обязанностям Г.Элькана также относился надзор за доброкачественностью продуктов, воды, а также за санитарным состоянием камер. Главной проблемой при этом была борьба с тараканами, оккупировавшими крепость.

Мне показалось интересным сопоставить данные о внешности с портретными изображениями. Возможности для этого имеются. В 1906 г. вышло уникальное по качеству и объёму (498 страниц) издание, подготовленное П.Головачёвым: «Декабристы. 86 портретов». Другие систематизированные источники – коллекции, хранящиеся в Музее изобразительных искусств им. А.С.Пушкина и Государственном Эрмитаже.

В состав книги П.Головачёва входит уникальное собрание акварельных портретов декабристов, выполненных в 1830-1840 гг. в Петровской тюрьме Николаем Александровичем Бестужевым (1791-1855). Невозможно переоценить их значение – внешность многих, отбывавших каторгу в Сибири, известна нам теперь только по этим портретам. Н.Бестужев хранил портреты товарищей на каторге, не расставаясь с ними до конца жизни. Его сестра перевезла их в Москву и через некоторое время продала К.Солдатенкову, издателю и известному коллекционеру.

Предпринятое мной сопоставление словесных портретов и лиц на акварелях и рисунках успехом не увенчалось – описания не совпадают с портретами, хотя в большинстве случаев можно согласиться с оценкой цвета волос, формы лица (А.Розен, Н.Бестужев, А.Арбузов, В.Штайнгель). Это естественно – портретисты не ставили задачу изображения бородавок, родимых пятен и шрамов. Кроме того, изображения представлены в разных ракурсах: фас, анфас, профиль. Таким образом, описания словесных портретов представляют интерес как для изучающих русскую культуру XIX века, так и историю судебной медицины и криминалистики.

Юрий МОЛИН,
профессор,
заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

Тридевятое царство, тридевятое государство готовилось к вступлению в Новый год. Малограмотное население никогда не знало точно, когда он наступит – его объявлял Царь-батюшка, но интуитивно, по постоянно ухудшающейся погоде все чувствовали, что ещё пару дней, уже совсем близко...

Царь Иван по давней традиции подводил итоги прожитого года, обмозговывал нерешённые проблемы, предчувствия и ожидания. Он достал из ларца свою берестьяную летопись, которую вёл уже много лет. Открыл первую берёсту и прочитал свою самую первую запись, сделанную сразу после вступления в царствование, будучи ещё Иваном-царевичем: «Невеста-лягушка быстро освоилась во дворце: сумела стряхнуть с себя болотную тину, отучилась квакать, пускать пузыри и превратилась в настоящую Царевну. А вот теща как была жабой, так жабой и осталась».

– Боже, сколько уже лет прошло! – воскликнул Царь Иван и стал быстро перебирать берестьяные листы, пока не дошёл до текущего года.

Первыми записями, как всегда, были проблемы и жалобы: Царь стал их зачитывать вслух и комментировать.

Плохие дороги. Решение, хотя и временное, но найдено – издан Царский указ: дорогами считать только те места, где могут развезаться Емеля на печи и две телеги, гружённые возами сена. Все остальные прохождение и проезжие места считать «народными тропами» и ответственность за их состояние возложить на местных жителей.

Дураки. Издан Указ, запрещающий произношение этого и близких к нему по смыслу слов, кроме обращения к Иванушке-дурачку, для которого это не оскорбление, а родное имя. Сегодня каждый житель Тридевятого царства, желающий обидеть другого жителя словами «дурак», «придурок» или «дура», должен вежливо улыбнуться и сказать: «Знаете, сударь, вы не мыслитель» или «Сударыня, весь ваш ум ушёл в красоту». Обиженные обязаны в ответ улыбнуться со словами: «Спасибо, что напомнили, буду думать».

Законодательство превратилось в законобрательство. Это самая частая жалоба. А что делать?! Для процветания царства нужны деньги – приходится маневрировать, заниматься законотворчеством, пополняющим казну. Народ особо недоволен, что после введения налогов на репу сразу

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Предновогодние ожидания

Сказка по поводу



же ввели налог на редьку. Ладно, отменим – на редьку, введём – на хрен. Со временем, понятно, докумекают, что хрен редьки не слаще... Тогда придумаем что-нибудь новое – корнеплодов на Руси хватает.

Требования распустить Думу и оставить царским советником одного Иванушку-дурачка, потому как все вопросы решает он. Тяжело приживается демократия на нашей земле! В Думе 24 боярина: 12 – сидят слева от царя, 12 – справа, а ещё Иванушка-дурачок – представитель народа – сидит у порога. Любое голосование завершается: 12 – за, 12 – против. Решающим оказывается голос Иванушки-дурачка, а он то за левых, то за правых, а когда с похмелья, то вообще воздерживается, и решение принять невозможно. Но, если распустить Думу, что скажут в заморских странах? Они и так постоянно бранят нас, по любым мелочам придираются...

Взять хотя бы скандал с самогонкой, из-за которой сняли с мировых состязаний нашу сборную команду по игре в лапту. Следы

самогонки обнаружили не только в игроках, но и на спортивном имуществе и даже одежде тренера, да и от многих наших болельщиков исходил густой её запах. Но самое обидное, что самогонку обозвали каким-то «допингом», якобы улучшающим спортивные результаты. Хотя всем жителям Тридевятого царства известно, что это наш национальный продукт питания, ухудшающий спортивные результаты, но согревающий душу и тело. Как можно запретить в Тридевятом царстве самогонку! Это всё равно, что в Индии запретить чай!

Или взять наветы на нас, что в Тридевятом царстве якобы мало свободных народных объединений. А Союз должителей, возглавляемый Кошечем бессмертным?! А Общество беременных и близких к этому женщин под руководством Бабы-яги?! (Царь Иван почесал затылок, ненадолго задумался и продолжил рассуждения). Да, Кошечей, конечно, на своём месте – даже «посаженный на иглу» Иваном-царевичем по молодости он стал уже, конечно, не бессмертным,

но остался должителем и к тому же заметно повеселел, а вот Бабу-ягу пора менять. В народе уже анекдоты и поговорки обидные появились: «Когда рак свиснет и хрен заколосится, тогда и Баба-яга разродится». (Царь ещё раз почесал затылок и помрачнел лицом). Но Баба-яга – это божий одуванчик по сравнению с казначеем Умыкаевым, который, как оказалось, о казне не заботился, а подношения себе присваивал. Когда его на должность казначейскую назначили, лишь Иванушка-дурачок был против, предупреждал, что имечко джуге подозрительное. Да, есть в простом народе чутьё на неправду и жульничество!

Лекарское дело. Это постоянная головная боль, потому что здоровья мало никогда не бывает. Вроде и жить стали дольше и болеть меньше, но народ продолжает роптать, особенно в дальних поселениях. А ведь реформы постоянно идут: лекарь Антон и знахарь Поликарп каждый год новые премудрости придумывают – раньше медицина была бесплатно-подарочная, за-

тем – бесплатно-блатная, после – платно-бесплатная, а сейчас уже смесь бесплатно-блатной и платно-подарочной. Нужно будет ещё с травниками и повитухами посоветоваться – может, что путное подскажут... Проблемы, проблемы! Но есть и успешные дела, и удачные решения.

Сырodelие. Освоили-таки производство заморского сыра, и даже с плесенью получается, когда месяц-другой на прилавке полежит. У них, в царствах заморских, сыр с плесенью дороже стоит, а у нас – брать не хотят. Так торговые люди в целях продвижения товара к каждой третьей головке сыра прилагают бесплатную мышеловку. А в заморских странах, говорят, всё наоборот, бесплатный сыр прилагается к мышеловке. Боже, какие мы с ними разные люди – совсем другая культура!

Ратное дело и безопасность Тридевятого царства. Отраднo на душе, что вопрос с безопасностью решается. Новый воевода придумал Илья Муромца с его стационарной печи пересадить на самоходную печь Емели. Теперь богатырь вдоль границ на печи развезает и булавой своей могучей потрясает. Недоброжелатели заморские знают, что ежели Илья швырнёт булаву в какое враждебное царство, то и соседям мало не покажется...

А ещё на душе легче стало от крутого поворота в заморских событиях. В дальнем и самом могучем заморском царстве чуть было не пришла к власти Царевна болотная, которая жуть как ненавидела наше Тридевятое царство: то ли потому, что наши болота глубже и шире, то ли оттого, что у нас каждая лягушка может стать Царевной. Но нашёлся заморский добрый молодец – перехватил власть! И не то чтобы молодец, и не такой уж добрый, но с ним хоть можно будет договориться. А значит, войны не будет, и, даст Бог, со всеми соседями помиримся. (Царь Иван посветлел лицом и погладил себя ладонью по голове). Вот и Новогоднее пожелание народу созрело: «Мира и спокойствия всем: в избах, садах, юртах, хижинах, усадьбах и дворцах – в Новом году!». (Царь, довольный собой, внезапно задумался и представил себе, насколько по-разному будут праздновать Новый год в избах и усадьбах, хижинах и дворцах, почесал затылок). Да... работы в Тридевятом... ещё непочатый край. Но всё равно – с Новым годом!

Санкт-Петербург.

Умные мысли

- Свет вам да интимные сумерки!
- Лекарство от семейной жизни ищут в судах.
- Победный гром любви громче любой канонады.
- Любимых находят. Ненавистные сами находят.
- Поменял привычки – сломал жизнь.
- Блондинке доплачивают за жизнь со спонсором.
- Попроси подругу прийти на час позже. Она обязательно появится на час раньше, чтобы выяснить: чем это ты тут занимаешься?
- Если в этом городе нельзя любить, как здесь можно ненавидеть!
- Если жена плачет, значит, думает о вас.
- Новая жена – это старая, прошедшая через развод и новую регистрацию.
- Любовь плюс эгоизм – равняется ревность.

Околосемейные страдания

- Блондинка в Африке – брюнетка.
- Губа не дура, хочет изменить свою форму.
- Женщина-писатель – это дьявол с бумажными крыльями.
- В постели все равны, не все – достояние.
- Смертные грехи и не думают умирать.
- Прошу вашей руки в мой карман.
- Ленишься всегда не поздно. Но не до утра же!
- Принца не рассмотришь за толпой служанок.
- Что было раньше: семейные цепи или обручальные кольца?

- Первый недостаток подруги – её муж.
- Дом без мужика, что дача без женщины.
- Многолетняя мечта – сбросить немного лет.
- Неудачный брак – двойное разочарование.
- Жена – не эхо. Жена – первоисточник эха.
- Любить женщину – награда. Любить женщину – наказание. Всё зависит от приговора судьбы.

Талдом.
Московская область.

Виктор МАКЕЕВ

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); info@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-11-00373 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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