

Медицинская

10 августа 2012 г.
пятница
№ 58 (7287)

Газета®

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

События

Визит в вуз порадовал министра

В.Скворцова высоко оценила потенциал Ставропольской ГМА



Ставропольскую государственную медицинскую академию посетила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

В состав делегации также входили С.Карчевская, исполняющая обязанности председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования; Е.Тельнова, временно исполняющая обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития; В.Егоров, директор Департамента образования и кадровых ресурсов; А.Гулин, директор Департамента медицинской профилактики, скорой, первичной

медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела; Р.Ивакин, директор Департамента информационных технологий и связи и другие официальные лица.

Приезд министра здравоохранения Российской Федерации стал значимым событием в жизни академии. В.Скворцову встретили члены студенческого союза СтГМА и студенческого научного общества букетом из полевых цветов, который сами собрали для нее в пригороде.

Отвечая на вопросы представителей студенчества СтГМА, Вероника Игоревна затронула темы, касающиеся модернизации высшего медицинского образования.

– В ближайшее время, – сказала она, – предстоит повышение квалификации профессорско-преподавательского состава, прежде всего, по фундаментальным блокам – молекулярной биологии, молекулярной генетике, биоинформатике – без которых современного хорошего врача не может быть. Естественно, это делается для того, чтобы все образовательные программы были обновлены, вне зависимости от того, какой вуз – государственный или частный.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: министра встречали очень тепло.

Фото Романа КАРПЕНКО.

Перемены

Новый ФАП поселка Заречный

В Коношском районе в поселке Заречный построен ФАП «Вересовский».

На его строительство в 2012 г. в рамках Программы модернизации здравоохранения Коношскому району было выделено более 3 млн руб. Помимо амбулатории при ФАПе будет однокомнатная квартира для медицинского персонала.

– В настоящее время ФАП располагается в жилом здании в приспособленном помещении и не соответствует необходимым стандартам, – рассказала заместитель главного врача Коношской

районной больницы Людмила Зайцева. – В поселке Заречный проживает 600 человек, и у него хорошие перспективы для развития, поэтому ФАП здесь просто необходим.

Всего в 2012 г. в рамках Программы модернизации здравоохранения будет построено 15 ФАПов в 15 муниципальных образованиях области. Объем финансирования из областного бюджета составляет 56,4 млн руб.

Ольга КАЗАКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельская область.

Однако

Жаловаться расхотелось?

Любопытную ситуацию отметили в Министерстве здравоохранения Иркутской области. Стремление пациентов «вывести на чистую воду» отдельных медработников и «навести порядок» в целом в медицинской отрасли носит исключительно сезонный характер.

В марте нынешнего года в министерстве начал работать новый информационный ресурс для населения – телефон доверия, по которому жители Приангарья могут получить консультации по вопросам организации медицинской помощи, сообщить о нарушениях в работе ЛПУ и высказать свои предложения по ее совершенствованию.

– За 5 месяцев 2012 г. на телефон доверия поступило почти 800 звонков. Чаще всего люди обращаются по вопросам лекарственного обеспечения, интересуются правами пациента, уточняют перечень платных и бесплатных медицинских услуг, идет речь и о качестве оказания медицинской помощи, – комментирует министр здравоохранения Иркутской области Дмитрий Пивень.

– Причем, если в начале работы телефона было до 50 звонков в день, то в настоящее время их количество уменьшилось в пять раз.

Вероятнее всего, спад деловой активности любопытных и недовольных чем-либо пациентов связан с сезоном отпусков. Можно не сомневаться, что с середины осени, когда у граждан иссякнет запас хорошего настроения, накопленный за лето, заветный телефон будет звонить не переставая.

Кстати, вслед за министерством «горячие линии» организованы и непосредственно в лечебных учреждениях. По словам Д.Пивня, практически во всех областных и муниципальных больницах на стендах размещена информация о телефонах, по которым можно связаться лично с главным врачом и обсудить возникающие вопросы. Есть надежда, что теперь неудовлетворенные медицинской помощью граждане будут начинать «разбирательство» с первого уровня, а не писать сразу президенту страны.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Проекты

Программа развития: нижегородский вариант

В Нижегородской области принята Программа социально-экономического развития региона на 2012-2015 гг.

В основе этого документа, разработанного в соответствии с указом Президента России «Об основах стратегического планирования в РФ», заложена реальная возможность достижения высоких стандартов качества жизни и охраны здоровья населения за счет иннова-

ционного потенциала, модернизации экономики, расширения инвестиционного вклада. В частности, за период реализации программы в экономику региона должно быть привлечено (по предварительным подсчетам) из различных источников по меньшей мере до 1 трлн руб. Причем, что важно, большие средства будут направлены не только на осуществление крупнейших проектов промышленного и сельскохозяйственного назначения,

но и на укрепление социальной сферы.

В рамках программы предусмотрены строительство, реконструкция и ремонт свыше 600 социальных объектов, из них более 500 – вводные. Это больницы, ФОКи, школы, детские сады... Повышенное внимание уделено процессу модернизации здравоохранения. Продолжатся масштабная реструктуризация ЛПУ, реализация программ по «Совершенствованию онкологической помощи», «Предупреждению и борьбе с заболеваниями социального характера в Нижегородской области», ряда других.

Инна ЕВСИКОВА,
соб. корр. «МГ».

Нижний Новгород.

В НОМЕРЕ

Специалисты «Склифа» показали отличные результаты в ходе учения. Стр. 4.

Проблемы диспансеризации обостряются. Стр. 6.

Новости

Современная лаборатория
ДНК-диагностики

Первая лаборатория ДНК-диагностики, которая позволит внедрить в регионе новейшую молекулярно-генетическую технологию по определению предрасположенности к инфекционным и наследственным заболеваниям, появится в Школе биомедицины Дальневосточного федерального университета. Эту инновационную структуру в области генной медицины планируется открыть в партнерстве с Медицинским объединением Дальневосточного отделения РАН и инновационным лабораторно-аналитическим центром «Приморский».

– В Центре охраны материнства и детства во Владивостоке сегодня проводят ДНК-диагностику методом секвенирования по Сэнгеру. Результаты этого анализа пациентам приходится ожидать от 3 до 5 дней. Преимущество метода пиросеквенирования, который мы будем использовать в нашей лаборатории, – в скорости: результаты известны уже через пару часов. Высокоскоростная и высокоточная технология помогают выявлять потенциальный генетический риск возникновения инфекционных и мультифакториальных заболеваний, диагностировать их на начальной стадии и прогнозировать течение заболевания, – отмечает Нина Сергеева, руководитель проекта «Лаборатория ДНК-диагностики» университета.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

По областной программе

До конца 2012 г. в Омске и сельских районах этой сибирской территории завершат ремонт и реконструкции 59 лечебно-профилактических учреждений.

Сейчас «сданы под ключ» уже десяток. В частности, Ингалинская амбулатория Большереченского района Прииртышья, акушерско-гинекологическое отделение Нововаршавской центральной районной больницы, детские отделения Знаменской ЦРБ, стационара МСЧ № 4, Ачаирского филиала Речной участковой больницы Омской ЦРБ. Также отремонтировано помещение для размещения нового оборудования в больнице скорой медицинской помощи № 1.

Все эти работы проводятся в рамках программы модернизации здравоохранения Омской области.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Губернатор
за службу крови

Правительство Новосибирской области утвердило региональную целевую программу «Совершенствование деятельности службы крови на 2013–2015 годы». На ее реализацию планируется направить 129 млн руб.

По словам главного трансфузиолога Минздрава Новосибирской области Константина Хальзова, в ближайшие 3 года предстоит переоснащение отделений переливания крови в центральных районных больницах. В настоящее время укомплектованность ОПК среднетемпературными холодильниками составляет 18%, шоковыми замораживателями плазмы – 18%, рефрижераторными центрифугами – 45%, плазмозекстракторами – 54%, весами-помешивателями – 36%, запаивателями – 50%.

Приобретение современного оборудования позволит усовершенствовать и стандартизировать технологию производства компонентов крови, а значит, обеспечивать ЛПУ качественными и безопасными компонентами донорской крови.

Вторая часть программы предполагает развитие системы тестирования донорской крови с использованием иммунологических и генетических методов. Цель – повышение безопасности реципиентов.

Третья компонента – обеспечение мер социальной поддержки доноров в виде денежной компенсации на питание. На это направление областной бюджет готов потратить 58 млн руб.

Кстати сказать, губернатор Новосибирской области Василий Юрченко лично и весьма внимательно ознакомился с работой Новосибирского центра крови, вник в суть системы формирования запасов крови в регионе и полностью поддержал необходимость выделить это направление в отдельную целевую программу.

Елена ШУБИНА.

Новосибирск.

Наркологи молодцы
или пить надоело?

Наркологическое отделение Республиканской психиатрической больницы обнародовало невиданные результаты лечения алкоголизма. За год здесь получают помощь более 500 человек и, по информации Министерства здравоохранения Республики Алтай, до 70% пьяниц, прошедших курс лечения в этом отделении, становятся трезвенниками.

Феномен столь высокой эффективности терапии алкоголизма заведующая отделением Маргарита Кокшарова объясняет так: «Главное – собственная воля пациентов. Мы лишь всеми доступными средствами стараемся помочь больным преодолеть этот путь с наименьшими мучениями». Отделение не занимается принудительным лечением, все пациенты, по словам заведующей, приходят сюда добровольно и осознанно. В арсенале врачей хорошая диагностическая и лечебная аппаратура, современные лекарственные средства.

Согласно официальной статистике, в Республике Алтай на наркологическом учете состоит около 4 тыс. человек с диагнозом «алкоголизм», причем половина из них – жители столицы республики. В то же время в Минздраве республики признают: официальная статистика явно недооценивает масштабы бедствия. Реально людей, которые нуждаются в помощи наркологов, в 8–10 раз больше.

Елена ЮРИНА.

Горно-Алтайск.

Ориентиры

Акцент
на младенчестве

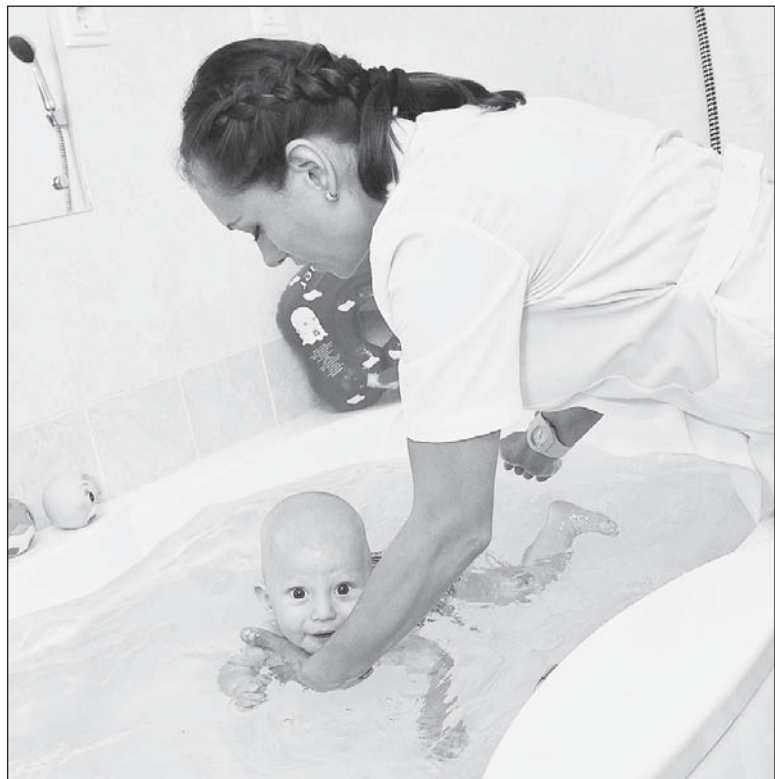
Счастлиное детство с первых дней жизни обеспечено

В Кемеровском областном клиническом перинатальном центре им. Л.А. Решетовой реализуется уникальная для Кузбасса технология медико-психологического сопровождения семей с детьми первого года жизни.

Обычно школы и клубы психолого-развивающей направленности работают с детьми от 3 лет и старше. По мнению заведующей детской поликлиникой перинатального центра Натальи Махановой, акцент на более ранний возраст особенно важен в тех случаях, когда у ребенка имеются проблемы со здоровьем. Как правило, они проявляются вскоре после рождения. Не зная об особенностях развития таких детей, родители часто опускают руки. А если сразу принять малыша таким, каков он есть, и провести максимально полную реабилитацию, прогноз качества его жизни будет намного выше. Цель школы как раз и состоит в том, чтобы настроить родителей на подобную работу.

Впрочем, в числе слушателей немало и семей с самыми обычными детьми, и обращаются они сюда зачастую именно семьями: мамы, папы, бабушки... Занятия в школе бесплатные. Цикл состоит из 10 встреч по 40 минут каждая. Темы адаптированы к реальной жизни: изменения в супружеских отношениях после родов, разница в воспитании мальчиков и девочек, развитие интеллекта малыша...

За год работы психологической



школы через нее прошло порядка 150 семей, включая семьи с детьми, которые родились глубоко недоношенными и имели особенности развития.

– Каждому ребенку нужна мама, которая будет любить его и даст то, что необходимо ему в конкретный момент времени, – подчеркивает психолог школы Галина Билетина.

В Кемеровском перинатальном центре реализуются и другие

обучающие программы, ориентированные на пациентов. В их числе – школа подготовки будущих мам и школа обучения плаванию в раннем возрасте.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

НА СНИМКЕ: плавать раньше, чем ходить!

Фото Фёдора БАРАНОВА.

В центре внимания

Визит в вуз
порадовал министра

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Среди всех высших учебных заведений будут выделены те, которые превратятся в научно-образовательные кластеры. Это будет очень мощная база вузовской науки, и студенты уже с 1–2-х курсов получат возможность участвовать в научных исследованиях, которые будут вестись на международном уровне с прекрасными лабораториями, сертифицированными вивариями, с трансгенными животными, с чистыми клеточными линиями, специальными аппаратами, позволяющими оперировать на животных, проводить прижизненную визуализацию различных внутренних повреждений у животных. То есть фактически это моделирование патологических состояний на животных, возможность разработки новых лекарственных препаратов, новых медицинских изделий, новых технологий.

Сейчас из 47 медицинских вузов отбираются 10, которые станут такими научными площадками. Один из кандидатов – Ставропольская государственная медицинская академия, вуз с богатейшей историей, традициями, прекрасным преподавательским составом.

– Мы надеемся, что вы будете готовить кадры не только для всех республик Северного Кавказа, но и для всей страны, – выразила надежду В.Скворцова. Она уже была с визитом в академии год назад. Тогда были обсуждены перспективы развития академии, намечен план модернизации. Сейчас коллектив СтГМА рад доложить министру о том, что всё намеченное удалось воплотить в жизнь: начали работу новые сегменты центра практических навыков – акушерско-гинекологический блок и палата реанимации новорожденных, создан центр научно-инновационного развития экспериментальной хирургии с 5 проблемными лабораториями: нанотехнологии лекарственных средств, клеточных технологий, фармакологии, физиологии и патологии эндотелия, фармакогенетических исследований.

– За это короткое время в СтГМА произошло существенные перемены, – прокомментировала увиденное Вероника Игоревна. – Вуз развивается, в частности, увеличилось количество симуляционных залов. Теперь студенты и молодые специалисты имеют возможность отрабатывать на специальных манекенах и симуля-

торах различные клинические ситуации, причем под электронным контролем – в полном ощущении реальности. Начаты исследования по актуальным направлениям, есть молодые кадры – это очень радует – молодые профессора, молодые доценты. Привлекаются студенты. Думаю, это залог успешного будущего вуза, потенциал которого очень велик.

Студенты СтГМА спросили министра о возможном повышении стипендии. В.Скворцова заверила будущих врачей, что в скором времени действительно ожидается повышение стипендии, ее размер будет зависеть от успеваемости.

А один из старейших сотрудников вуза, председатель Совета ветеранов СтГМА доцент Ю.Филимонов пригласил Веронику Игоревну принять участие в праздновании 75-летия вуза, которое состоится в 2013 г.

Кроме визита в академию, министр посетила краевую больницу, встретилась с председателем правительства края.

Елена ТАРАСОВА,
руководитель
информационного центра
Ставропольской государственной
медицинской академии.

Официально

Медицинский аспект аномальной жары

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила Томск. Здесь она приняла участие в совещании, которое провел премьер-министр Правительства РФ Дмитрий Медведев по вопросу оказания помощи гражданам, страдающим в связи с аномальными погодными условиями в некоторых регионах.

– На сегодня ни в одном из регионов страны с аномально жаркой погодой нет повышения смертности, заболеваемости, количества вызовов скорой помощи, – подчеркнула В.Скворцова. – Каким-либо тревожных посылов нет. Мы постоянно мониторим ситуацию, всё в штатном режиме.

В оказании медицинской помощи населению делается акцент на профилактику: проводятся подворовые обходы, осуществляется информирование населения о правилах поведения для сохранения здоровья с акцентом на социально уязвимые группы.

Кроме того, Вероника Игоревна посетила перинатальный центр, где оценила организацию оказания медицинской помощи матерям и новорожденным в аномальных климатических условиях в соответствии с ранее данными поручениями Минздрава России, а также городскую детскую больницу № 2, отремонтированную в рамках программы модернизации. Во время посещения перинатального центра министр

отметила, что оказание помощи в данном центре осуществляется на самом высоком уровне. При этом снижение младенческой смертности должно оставаться одной из приоритетных задач для региона.

Проблемой для региона остается также обеспеченность медицинскими кадрами. С целью обсуждения возможных путей решения данного вопроса министр посетила Сибирский государственный медицинский университет, где провела совещание с руководством вуза, обозначив ряд поручений.

По сообщению пресс-службы Минздрава России.

Томская область.

Демографические показатели улучшаются

– В первом полугодии 2012 г., по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, мы наблюдаем рост рождаемости и снижение смертности, – сообщил министр труда и социальной защиты РФ Максим Топилин. – Так, в январе – июне 2012 г. в России родилось 905,7 тыс. детей, что на 63,2 тыс. детей, или на 7,5%, больше, чем в соответствующем периоде 2011 г. На 1,9% снизилась смертность: в первом полугодии умерли 962,7 тыс. человек, что на 18,7 тыс. человек меньше, чем в аналогичном периоде прошлого года.

– Рост числа родившихся отмечен в 79 регионах России, – сообщил М.Топилин. – Регионы-лидеры – Омская, Калужская, Московская области, Республика Марий Эл, С.-Петербург: рост по сравнению с первым полугодием прошлого года составил 12–14%. При этом наибольшее число детей родилось в Москве (63 333 человека), Московской области (40 728), Краснодарском крае (31 658), С.-Петербурге (29 770), Свердловской области (29 767). В январе – июне 2012 г. снижение числа умерших зарегистрировано в 69 регионах. Наибольшие темпы снижения смертности отмечены в республиках Ингушетия, Марий Эл, Удмуртской, Ненецком автоном-

ном округе, Ульяновской области (снижение составило 8–10%).

– Несмотря на рост младенческой смертности, в связи с переходом на новую методику исчисления показателя, в 15 регионах он улучшился, – отметил Максим Анатольевич.

Самые низкие показатели младенческой смертности в Ненецком автономном округе (3,2 на 1000 родившихся), Ивановской области (4,1), Республике Калмыкия (4,3), С.-Петербурге (4,4), Тамбовской области (4,7).

В январе – июне 2012 г. естественный прирост населения зарегистрирован в 31 регионе России (в январе – июне 2011 г. – в 22). Естественная убыль, отмечавшаяся в прошлом году, сме-

нилась на естественный прирост в республиках Коми, Башкортостан, Марий Эл, Татарстан, Удмуртской, в Пермском, Красноярском и Камчатском краях, Астраханской, Омской, Оренбургской областях. Наибольшие темпы естественного прироста населения – в Камчатском крае (в 18 раз), Москве (в 2,6 раза), Иркутской области (в 2 раза).

Также естественный прирост населения зарегистрирован по Северо-Кавказскому, Сибирскому и Уральскому федеральным округам в целом.

В январе – июне 2012 г. естественная убыль населения составила 56,9 тыс. человек, что в 2,4 раза меньше, чем в аналогичном периоде прошлого года.

Значительное сокращение естественной убыли населения отмечено в Новосибирской, Челябинской, Свердловской, Магаданской, Вологодской областях, Чувашской Республике.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Деньги

Перемены очевидны

Администрацией Смоленской области на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения региона в нынешнем году выделено 1,4 млрд руб. Об этом корреспонденту «Медицинской газеты» сообщил начальник Департамента по здравоохранению администрации области Владимир Степченков.

Уже минуло 1,5 года как муниципальные учреждения здравоохранения Смоленской области были переданы в госсобственность. Таким образом, количество объектов здравоохранения регионального подчинения увеличилось

едва не в 6 раз – с 127 до 723. А расширение объемов медицинской помощи и внедрение ее новых видов, позволяющих эффективно использовать имеющиеся ресурсы, диктуют новые требования к ЛПУ. Качество строительства и реконструкции объектов здравоохранения напрямую влияет на такие показатели работы учреждений, как сокращение сроков амбулаторного лечения и нахождение больного в стационаре.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Ну и ну!

На «Надежду» нет надежды



Московский центр «Надежда», лечащий раковых больных нетрадиционными методами (водопроводной водой и молитвой), попал в поле зрения депутатов Московской городской Думы. Они попросили прокуратуру и Управление экономической безопасности и противодействия коррупции закрыть центр.

Председатель комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова крайне обеспокоена фактом продления лицензии этому центру и потребовала произвести выездную проверку ООО «Центр оздоровления и реабилитации «Надежда». По словам председателя экспертного совета по проведению государственной религиозно-медицинской экспертизы при Минюсте России Александра Дворкина, речь идет о классической секте.

История с центром началась еще в 2010 г. Уже на тот момент руководитель этого центра Антоненко лечила людей в течение более 20 лет, не имея профильного образования и используя незарегистрированные методики. Между тем она представлялась доктором психологических наук, кандидатом педагогических наук, профессором и основателем нового направления – «православная медицина».

В качестве требований к пациентам в центре выдвигались следующие: запрет на употребление в пищу свинины, использование предметов с пером (в них могут жить клещи), присутствие в доме животных, картин, украшений, фотографий. Основа метода – применение «универсальной жидкости Надежды Антоненко».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

100 строк на размышление

Почетный гражданин Москвы, купец первой гильдии, гласный городской думы, старшина Московского биржевого комитета Козьма Терентьевич Солдатенков распорядился выделить почти два миллиона на постройку больницы. Его воля была выражена в завещании вполне определенно – в Москве должна быть построена «бесплатная больница для всех бедных без различия званий, сословий и религий».

Так на Ходынском поле в 1910 г. через 9 лет после кончины купца появилась передовая по тому времени больница «для всех бедных». Городская дума постановила присвоить ей имя Солдатенкова, а москвичи сами прозвали Солдатенковской еще при закладке фундамента. В декабре 1920 г., громко отмечая 10-летие больницы, Московский Совет постановил переименовать Солдатенковскую в больницу имени С.П.Боткина.

В конце XX века название Ленинград упразднили – вернули

Что в имени тебе моем?

Петербург. Почувяв наступление эры справедливости, психиатрической клинической больницы № 1 им. П.П.Кашенко вернули имя замечательного городского головы Алексева, чьими трудами и хлопотами была создана эта самая лечебница. Также поступили с детской больницей имени большевика-педиатра Русакова. Теперь она имени Святого Владимира.

Колесание проявила городская клиническая больница № 29 им. Н.Э.Баумана, построенная на деньги княгини Шаховской и ею названной «Утоли моя печали». От Баумана отречься не стали, но и Шаховскую уважали, приписав к казенному названию «Утоление печалей». Но вот боткинцы не колеблются, твердо стоят на своей мистификации.

Хотя есть в этом нечто от экспроприации, боткинцы не заслуживают обидного слова «экспроприаторы». Не они затеяли подмену,

однако сносят ее безропотно. И никуда не деться от нравственной ущербности ситуации, из которой они никак не выберутся. Можно ее назвать пустяком, невольной исторической коллизией. А можно и черной неблагодарностью, пуще того – неблагородностью, моральным плебейством, когда в отсутствии барина лакей красуется в его сапогах.

В 1706 г. по указу Петра I в Лефортово было открыто первое на Руси государственное лечебное заведение. Организацию и строительство госпиталя царь поручил своему личному врачу Николаю Бидлоу. Выдающийся врач объединил процесс лечения с обучением и тем самым заложил основы отечественной клинической медицины, на которых до сих пор держится всё медицинское образование в России. На беду Петра и Бидлоу в XX веке трудился там другой Николай – Бурденко.

В 1946 г. госпиталю было присвоено его имя. Хирург он, бесспорно, замечательный, но тягаться с царем и создателем госпиталя всё же не стоило.

Впрочем, заслуг перед той властью у Николая Нилыча много. И даже несвойственных медицине. Это его комиссия в 1944 г. подменила в трупах советские пули на немецкие и так доказала, что расстрел поляков в Катине – дело рук фашистов.

Вообще Петру Великому с благодарностью соотечественников не везло в прошлом веке. Начали с имени его столицы, и пошло-поехало...

В 1798 г. Павел I подписал указ о строительстве Главного врачебного училища. Дата подписания указа считается официальным днем основания этой Военно-медицинской академии. Но военные медики предпочитают относить создание этого заведения к указу

самого императора Петра I. Так в 1715 г. был заложен Адмиралтейский госпиталь и при нем были созданы медико-хирургические школы, положившие начало отечественной системе военно-врачебного образования. Нынче же академия носит имя Кирова. К медицине он никакого отношения не имел, а честь такую заслужил своею гибелью от пули ревнивого мужа своей стенографистки.

Та же участь постигла и Мариинский театр оперы и балета. Но к чести певцов и танцоров, те нашли гражданское мужество и порядочность «отряхнуть его прах со своих ног». И в упрек врачам, которым недосуг «отречься от старого мира». А главное – лишней раз причаститься к Справедливости. Но бывает ли Справедливость лишней?

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

В Московском научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского подобные учения проводятся регулярно. В качестве гостей сотрудников института были их коллеги из учреждений медицины катастроф Краснодарского края, где еще борются с последствиями ужасного наводнения.

На этот раз помощь должна была оказываться якобы пострадавшим во время террористического взрыва на станции метро «Белорусская».

Перед началом учений в конференц-зале прошло оперативное заседание, на котором выступили руководитель учений, директор НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, член корреспондент РАМН Могели Хубутя, заместитель директора по гражданской обороне и ЧС Михаил Кочемасов, заместитель директора по научной работе, руководитель отделения травм грудной клетки и живота, доктор медицинских наук, профессор Михаил Абакумов.

Были обобщены итоги предыдущих учений, акцентировано внимание на успехах, проблемах, подробно освещены наиболее важные составляющие предстоящей спасательной работы.

Затем все присутствовавшие поднялись к входу в приемное отделение, куда с ревунами сиренами и световыми сигналами подъезжали машины скорой помощи, доставляя «пострадавших». Прилетел вертолет, приземлился на территории «Склифа».

Все добровольцы, изображавшие изувеченных людей, были искусно загримированы с точной имитацией полученных повреждений. Это подтверждали и сопроводительные документы. Часть доставленных «пострадавших» тут же направляли в противошоковый зал для обследования состояния организма, а затем – в операционные. Как пояснил М.Хубутя,

лечебного учреждения. Обращать внимание гостей из Краснодара будем на то, что эта работа должна быть четкой, слаженной, быстрой, вестись по единым принципам.

Увидели они и работу дорогостоящего современного компьютерного томографа, делающего 180 «срезов» в минуту.

Присутствовали на учениях в зале компьютерной томографии, где уточнялся объем

Могели Хубутя, что у нас очень много врачей, которые не умеют оказывать банальную первую помощь. Поэтому в условия данного учения внесены такие моменты, как ночное поступление, разные нестандартные ситуации, и персонал института в любой момент готов их решить. Для этого и проводятся такие тренировки. Важно вовремя сообщить, какие придут пострадавшие – это поможет избежать

врачей неотложной медицины», куда полностью «вписываются» и врачи медицины катастроф.

Ну, а чем полезным было участие в учениях в Москве для медиков из Краснодарского края? Первым нам ответил заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 1 Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского Сергей Ситник.

А вот мнение заведующего отделением консультативной помощи Краснодарской краевой клинической больницы Сергея Рувинова:

– Прежде всего, хочу отметить, что сами эти учения в Москве были организованы и проведены практически образцово. Ничего не делалось нереального, все детали были просто отточены самым тщательным образом.

В центре внимания

Когда не тяжело в учении...

Потому что специалисты «Склифа» осознают, как важно быть «во всеоружии» при реальном ЧП



черепно-мозговой травмы и решалась судьба пострадавшего – или срочно направить его в операционную, или оставить под наблюдением. За короткий срок

потери времени. Практиковать и тренировать специалистов нужно постоянно...

Да и вообще работа службы медицины катастроф невозможна без правильной организации экстренной медицинской помощи в лечебных учреждениях. Здесь очень важен догоспитальный период. Но и в госпитальном периоде, если не будет слаженных действий приемного и госпитальных отделений, реанимации и без должного руководства главного врача – возможна потеря многих пострадавших.

При ЧС мы всегда учитываем, что в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского нужно направлять наиболее тяжелых больных с сочетанными травмами – ведь именно здесь трудятся высококлассные специалисты, находится центр «Общества

– Мы приехали в столицу по приглашению Могели Шавловича Хубутя, для того чтобы набраться опыта, перенять новации, которых у москвичей достаточно много.

Наша краевая клиническая больница обладает большим потенциалом, нами также проводились крупномасштабные учения. Есть вертолетные площадки, противошоковые залы и многое другое.

Но здесь, в рамках нынешних учений, мы увидели детали, интересные особенности, которые, надеемся, используем у себя. В частности, учитывая, что в ус-

Для нас, профессионалов, всегда видны «нестыковки» – таких на учениях в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского я просто не увидел. Мы присутствовали на серьезной тренировке, которая подтвердила, что если что-то вдруг случится на самом деле, то все соответствующие службы сработают отлично, реально помогут людям.

На нас произвело впечатление и то, что было доставлено аж 30 «пострадавших». И специалисты на всех этапах сработали «на пять». Для других лечебных учреждений доставка сразу даже



ловиях ЧС радиосвязь может и не сработать, московские специалисты используют локальную телефонную связь, через специальные аппараты, которые выдаются сотрудникам института.

4-5 человек – уже проблема. И потому всем нам нужно учиться и учиться. Опыт подобных учений просто бесценен. Он нужен нам сегодня, сейчас, когда мы оказываем круглосуточную помощь жителям края, пострадавшим от страшного наводнения. Мы перевезли из Крымска большое количество заболевших, травмированных людей в Краснодар и другие города края. «Разгружаем» крымскую больницу. Краевое здравоохранение взяло на себя особое шефство над этим лечебным учреждением и над всем этим районом.

Материал подготовил
Леонид ПЕРЕПЛЕТЧИКОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: М.Хубутя доволен совместной работой с МЧС; в учениях был задействован вертолет; слаженная работа экономит столь важные в этой ситуации секунды; доставлен в «Склиф» – значит спасен.



вертолетом был доставлен молодой человек с якобы тяжелой черепно-мозговой травмой, а значит, каждая минута дорога – нужно не допустить развития отека мозга. После проведения компьютерной томографии его направили в операционную.

Вот что рассказал корреспонденту «МГ» заведующий приемным отделением «Склифа» хирург Сергей Столяров:

– Мы сейчас отработываем действия по приему и сортировке «пострадавших» при их массовом поступлении, распределение потока внутри

выясняется степень поражения головного мозга, нуждается ли пострадавший в векторной операции.

В операционной все стали свидетелями оперативного вмешательства «больному» с кровотечениями и открытым переломом конечностей.

Следивший за всем происходящим с огромным интересом руководитель Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» академик РАМН Сергей Гончаров рассказал корреспонденту «МГ» следующее:

– Сто раз поддержку слова



В этом году Ивановский район Амурской области «прославился» на всю Россию – в мае в областном перинатальном центре акушеры приняли роды у школьницы из села Среднебелого. Которой всего 13 лет. «Ранняя половая жизнь – бич нашего общества», – бьет тревогу медики. Различные инфекции, разрушающие организм, которые можно победить с большим трудом, замедление развития, аборты, не сложившаяся семейная жизнь – вот цена, которую приходится платить за гормональный бунт пубертатного возраста и беспорядочные связи ради интереса и сомнительного удовольствия.

– В последнее время мы уже не удивляемся, когда на вопрос, с кем была половая связь, девочка, которая забеременела или заразилась половой инфекцией, отвечает: «А я не знаю». Подростки порой не помнят даже имя полового партнера, – говорит Галина Русова, главный акушер-гинеколог Ивановского района.

Сегодня, по словам врачей, дети нередко начинают приобретать сексуальный опыт еще со школьной скамьи. Сказывается влияние Интернета и телевидения, где показывают всё и в мельчайших подробностях. В телеэфире даже на федеральных каналах изобилуют насилие, откровенная эротика. Всё это ориентирует подростков на раннее начало половой жизни. Они даже гордятся тем, что у них много сексуальных партнеров! Не стесняясь, рассказывают об этом, делятся опытом...

Как показывает жизнь, каждый четвертый школьник начинает половую жизнь с 12-13 лет, когда еще не наступила половая зрелость, они толком ничего не знают о контрацепции, о признаках беременности. Среди тех, кто приходит в центральную районную больницу Ивановского района на прерывание беременности, 8-12% составляют несовершеннолетние девочки.

Акселерация, раннее половое развитие – это объективная реальность, говорят и врачи, и педагоги. Современные подростки по физическому (но не умственному!) развитию значительно превосходят мам и пап в их возрасте.

– Я занималась девочкой – той самой, которая забеременела в 13 лет, – продолжает главный гинеколог района. – Внешне, как женщина, она сформировалась, но ум-то – еще детский! Какая из нее мама?! Ребеночка в эту семью забрали. Сейчас мама этой девочки оформляет опеку

Акценты

Шоковая терапия для подростков

И ее гинекологам приходится применять, чтобы у нынешних школьников в будущем не было больших проблем



над малышом, будет сама его воспитывать.

Далеко не все родители готовы пойти на такой шаг – разрешить несовершеннолетней дочке родить ребенка. Чаще всего, когда узнают о нежелательной беременности, первая мысль возникает об аборте.

– Когда мать за руку приводит свое дитя на аборт, она должна знать, на какой шаг идет. Буквально недавно женщина привела на прием 15-летнюю дочь, – говорит Галина Русова. – Охи, вздохи, слезы... «Она же еще школьница! Ей надо учиться дальше, получить высшее образование. Прервите беременность». Стали объяснять, какие могут быть осложнения во время и после аборта, отдаленные последствия, что в будущем ее дочь, возможно, уже не сможет иметь детей. Иногда мама меняет решение. А некоторые, не задумываясь, распоряжают-

ся судьбой несовершеннолетней дочери: «Делайте аборт и всё!»

К слову, в России разрешены медицинские аборты до 12 недель беременности. После этого срока идет прерывание только по медицинским показаниям и единственному на сегодня социальному – изнасилование. Но этот факт должен быть официально документирован и доказан в суде!

Если у девочки с матерью доверительные отношения, та вовремя может помочь в ситуации с ранней и нежелательной беременностью. Но нередко девочки

до последнего всё скрывают. Мама вдруг замечает, что дочь «что-то стала поправляться», когда у той уже замочек на юбке не сходится. Приводит ее в больницу, и выясняется, что сроки для прерывания беременности давно ушли – уже 24-25 недель. И мама начинает искать подпольных гинекологов, которые бы взяли грех на душу.

Г.Русова приводит массу примеров, когда спустя годы на приеме мы видим тех самых девочек, которые когда-то по настоянию мамы сделали аборт. Приходят обследоваться уже по поводу бесплодия или хронического невынашивания плода. В глазах мольба: «Сделайте что-нибудь – мы с мужем так хотим ребенка».

– Начинаем выяснять, что могло спровоцировать патологию. И женщина вдруг вспоминает: «Да, я делала аборт лет в 15 или 16, но на таком маленьком

сроке». Она даже не считает это причиной своего бесплодия. Вот так часто и бывает: срок маленький, а проблемы большие...

Сегодня в школах и детских домах беседы о половом воспитании начинают проводить с 5-го класса, нацеливая ребят на здоровый образ жизни и объясняя всю тяжесть последствий ранних половых связей, которые могут испортить им всю последующую жизнь. Но всем известно, как современные тинейджеры относятся к нравоведению – запреты здесь не действуют. Ивановские медики выработали свой, более действенный метод борьбы с ранними сексуальными увлечениями и абортами.

– После случая с 12-летней, которая ославила нас на всю Россию, наши врачи-гинекологи совместно со специалистами из молодежного клуба «Надежда», где работают психиатр, психолог и нарколог, побывали во всех учебных заведениях района – провели дополнительный цикл лекций для подростков. Мы не только объясняли, какие опасные инфекции они могут приобрести вместе с первым сексуальным опытом, какие надо использовать контрацептивы, если это уже случилось в их жизни, но и показывали наглядно, к чему может привести половая распущенность, – рассказывает главный акушер-гинеколог района.

Свои рассказы о вреде ранних половых отношений и прерывания беременности врачи подкрепляли наглядной картинкой – демонстрировали школьникам хирургические гинекологические инструменты, которыми делается медицинский аборт. Причем все лекции о половом воспитании были совмещенные: мальчики слушали и лицезрели всё вместе с девочками.

По словам докторов, метод шоковой терапии на подростков подействовал положительно: число несовершеннолетних девочек, которых мамы за руку

приводят на аборт, в последнее время уменьшилось. Этому способствовали также современные методы гормональной контрацепции. Районные гинекологи снабжают препаратами всех подростков, которые признались на встречах с врачами, что ведут регулярную половую жизнь. Защиту от беременности для подростков поликлиника Ивановской ЦРБ обеспечила за средства районного бюджета.

...Вместе с первым сексуальным опытом многие подростки приобретают и большой багаж инфекций. И в будущем, когда они становятся взрослыми и решают вступить в брак, появляются проблемы.

– Приходит очередная молодая женщина: «Не могу забеременеть». Начинаем ее обследовать и выявляем целый букет инфекций, которые иногда протекают бессимптомно, и супруги о них даже не подозревают. И таких случаев сколько угодно. Причем если раньше преобладало женское бесплодие, то, по последним данным, у нас 50% бесплодных мужчин, – отмечает Г.Русова. – Ранние половые контакты, сбор всех инфекций, какие только возможны, – всё это влияет на сперматогенез и в результате развивается мужское бесплодие.

Выявить половую заразу, которая перешла в хронику, и вылечиться – очень трудно. Здесь мало одного желания. Как правило, лечение длительное и чревато большими финансовыми вложениями.

– Обследование на один вид инфекции в среднем стоит 250 руб. А мы их сегодня выявляем у молодых пациентов до 20 и более! – констатирует главный акушер-гинеколог района. – Часть обследований на определенные инфекции супружеские пары могут пройти бесплатно в центре планирования семейной Амурской областной клинической больницы, но до областного центра нужно еще доехать. На это тоже требуется и время, и деньги. Потом еще надо длительно лечиться, сделать контрольное обследование, и, возможно, придется проходить еще повторный курс. Всё это выливается в десятки тыс. руб. Для села – огромные деньги. Поэтому далеко не все способны пройти этот путь до конца. Многие сходят с дистанции. Это сегодня для нас большая проблема. И ее надо решать.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Амурская область.

НА СНИМКЕ: девочкам всегда очень полезен откровенный разговор.

На контроле

Внеплановая проверка выявила нарушения

Управление Росздравнадзора по Ставропольскому краю проверило соблюдение требований законодательства в сфере здравоохранения в городской поликлинике города Ессентуки. Поводом для проведения внеплановой проверки стала смерть пациентки учреждения от нежелательной побочной реакции при применении лекарственного средства «Лидокаин».

По данному инциденту специалистами Росздравнадзора были изучены медицинская документация и объяснительные записки медицинских работников. В результате установлено,

что врачами была нарушена методика обезболивания при проведении операционного лечения, а медицинская помощь при возникновении нежелательной побочной реакции у пациентки была проведена в соответствии со стандартами оказания медпомощи при анафилактическом шоке.

В ходе контрольно-надзорных мероприятий были выявлены грубые нарушения законодательства и в сфере обращения лекарственных средств.

В частности, поликлиника осуществляла фармацевтическую деятельность без наличия соответствующей лицензии и в отсутствие специалиста,

имеющего фармацевтическое образование, закупая при этом лекарственные средства в объемах, значительно превышающих десятидневную потребность.

Кроме того, хранение лекарственных препаратов в поликлинике осуществлялось также с нарушением законодательства: не велась работа по выявлению и изъятию из обращения недоброкачественных лекарственных средств. Так, в кабинете у старшей медсестры хирургического отделения наряду с другими лекарственными средствами обнаружен «Аммиак для наружного применения и ингаляций 10% 40 мл» (производитель ООО «Иодные

технологии и маркетинг», серии 401010), забракованный ранее Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

Также в лечебном учреждении выявлен факт хранения огнеопасных лекарственных средств – субстанции этилового спирта – в металлических шкафах в полиэтиленовых канистрах без соблюдения необходимого температурного режима.

По результатам проверки специалисты управления Росздравнадзора по Ставропольскому краю составили протоколы об административных правонарушениях в отношении юридического лица, главного

врача и главной медицинской сестры городской поликлиники и передали все документы на рассмотрение в судебные органы. Изучив материалы дела, Ессентукский городской суд постановил привлечь к административной ответственности городскую поликлинику города Ессентуки и назначить наказание в виде штрафа на общую сумму в 270 тыс. руб. Мировой суд также признал вину главного врача и главной медсестры поликлиники, наложив на них штраф в 3 тыс. и 20 тыс. руб. соответственно.

По сообщению
пресс-службы Росздравнадзора.

Профилактикой болезней в России почему-то заниматься не принято. Диспансеризация для многих из нас – пустое занятие, формальность, отнимающая время. Но один раз в году мы обязаны принять «условия игры» государства и пройти ее. Студенты, рабочие, мигранты, врачи и учителя, повара и официанты, мэры и президенты – все мы.

Между тем после получения результатов анализов, данных флюорографии, встречи с врачами каждого из нас ждет свой вердикт. Одни продолжают активную жизнь, работу, учебу, другие остаются под наблюдением докторов, а кого-то не допускают к труду и занятиям или, что тоже бывает, госпитализируют.

Так всё же кому и зачем нужна диспансеризация?

В России ее начали проводить давно: сначала, после Октябрьской революции, так боролись с

социально опасными инфекциями: туберкулезом, сифилисом, трахомой. Результат от регулярных медосмотров был налицо: заболеваемость этими инфекциями заметно снизилась, какие-то удалось победить. В стране стали регулярно обследовать детей, беременных женщин, хронических больных.

Советская власть, обеспечивающая всеобщую диспансеризацию населения, отступила. Но правило ежегодного прохождения медосмотра с тех пор в нашем обществе осталось и соблюдается, с одной стороны, строго, с другой – формально, от чего иногда теряет свой смысл.

Это парадокс, но многие из нас воспринимают диспансеризацию как никчемность, ежегодную обузу. Своими мыслями и наблюдениями о ежегодном обязательном медосмотре делится врач и журналист Татьяна МОХРЯКОВА.



Ситуация

Искру туши до пожара, беду отводи до удара

Кому и зачем нужна диспансеризация в России?

У большинства наших сограждан отношение к этому процессу скептическое. Иногда создается впечатление, что всем наплевать на него: одной стороне главное заполнить бланки и медкнижки, а другой – принести начальнику справку о том, что можешь дальше трудиться или учиться.

Спросив у своих друзей – врачей: «Как ты относишься к диспансеризации?», я услышала в ответ разные мнения:

«Хорошее изобретение социализма. Если бы ее проводили как надо – не только для отчетности, а для пользы людям, отлично отношусь». Таков типичный ответ.

«У нас ее, как и многие хорошие начинания, довели до абсурда. Я против того, как это проходит сейчас, – мнение заместителя главного врача одной поликлиники. – Когда я беру и читаю амбулаторную карту пациента, в ней описано море жалоб и проблем, а в его же диспансерной карте – «жалоб нет», «практически здоров». Создается впечатление, будто на ежегодный медосмотр и на обычный прием к врачу приходят два разных человека. В таком формате диспансеризация не нужна».

Мое мнение таково. Считаю, что человек ответственен за свое здоровье и должен быть сам заинтересован заниматься профилактикой, и своевременным обращением к врачу для лечения болезни. Каждый должен найти своего врача и как минимум раз в год, а при необходимости и чаще наблюдаться у него. Это будет лучшей диспансеризацией.

Расскажу о своем опыте прохождения ежегодных медосмотров в разные промежутки времени. Первый раз это было через год после окончания института, когда я работала в больнице. Вместе с заявлением на отпуск отдел кадров требовал заключение о состоянии здоровья. Чтобы получить заветный автограф диспансерного врача, были необходимы встреча с ним, флюорография и анализы. Доктор, сидевшая в полутемном кабинете, своей худобой, пространным взглядом, медлительностью и вечной хандрой вызывала у коллег только жалость и желание расстаться с ней без лишних слов. Выходя с долгожданной подписью о прохождении медосмотра, сотрудники острили: «Интересно, а сама она давно у врача была? Уж очень хилый вид...»

В частном учреждении, где я потом трудилась, дабы ускорить и упростить процесс получения медкнижек сотрудниками, руководство

заключило договор с находящейся по соседству районной поликлиникой. На несколько часов остановив работу, коллектив шел «сдаваться».

Зайдя в стоящий во дворе поликлиники фургон с флюорографом, я увидела перед собой пропахшего табаком дяденьку в расстегнутом помятом бело-сером халате. Узнав, что я врач, он шлепнул печать в мою диспансерную книжку без всякого снимка.

Терапевт принимала «всех, кто по диспансеризации». Вот я села на стул перед ней, только было открыла рот ответить на вопрос о жалобах, позвонил внутренний телефон и ее вызвали «по делам». Вернувшись и не успев сесть за стол, она спросила меня: «Жалобы есть?» Даже если бы они были, в такой суете и безразличии на вопрос иного ответа, как «нет», быть не могло. Что-то быстро дописывая, доктор предложила: «Давайте я вас всё же послушаю...» Мы с терапевтом подошли к окну, около которого стоял ее стол. Я приподняла блузку сзади, она пару раз ткнула фонендоскопом в мою спину и заключила: «Всё отлично. Да вы же врач... по-другому и быть не могло. Если что – приходите». И тут, видимо, понимая, что по сути ее профосмотр не профессиональный, а профанационный, она неожиданно поделилась наболевшим: «Свои два участка, да еще диспансеризацию повесили. Писанины рой, народу вал... Еле ноги с работы уношу, половину бумажной работы беру домой. И все вокруг недовольны».

Можно было и тогда понять участкового врача, можно войти в его положение и сегодня. Он в тисках со всех сторон: огромный участок, а то и не один, прием и вызовы на дом, документация, которая заполняется на каждый «чих», новые формы больничных, оформление которых – отдельная

история. Плюс отчеты, собрания, разбор часто бестолковых жалоб, требующих, кроме нервов, времени, которое опять же отрывается от приема пациентов. И так далее. Круг замыкается, набирает новые обороты. Получается, что на фоне требований и заданных объемов работы участковый в стране становится похожим на игрока в детской игре «вышибалы», когда в активно бегающего по полю пытаются попасть мячом со всех сторон. А учился он, готовил себя, как правило, к другой роли. Хотел быть, скорее, успешным гроссмейстером на поле человеческих болезней: побеждать хворь страдающего от недуга меньшим количеством ходов.

Тогда, обменявшись впечатлениями о псевдодиспансеризации с коллегами и руководством нашей клиники, в последующие годы персонал сдавал деньги «на медосмотр» – по тысяче, кажется, рублей, – чтобы не тратить личное время на профанацию (благо, у уролога были знакомые, которые за плату возвращали наши медкнижки заполненными). Какое-то время я стала думать о диспансеризации как о ненужной формальности. Но проработав несколько лет терапевтом в частной клинике, я увидела, что многие (и медработники в том числе), не проходя реально ежегодного медосмотра, запускают свои проблемы со здоровьем и часто обращаются к врачу, когда ситуация уже запущена.

Получается, что доктор – формалист или «бизнесмен», ставивший печати без обследования и осмотра или продающий заполненные медкнижки, оказывает своими действиями тем, кому «благодетельствует», медвежью услугу. Примеров из жизни – море: на каждом шагу.

От бывших коллег-фтизиатров я иногда слышу, что заболел туберкулезом школьный учитель или

официант кафе. При детальном сборе анамнеза часто оказывается, что последний раз эти люди делали флюорографию не год назад, как положено, а несколько лет тому. Платили за готовую медкнижку, чтобы «не морочить голову» и «не отравлять время от жизни».

Или такой случай. Еще учась в мединституте, урологи с гордостью рассказывали нам, студентам, о достижениях современной медицины. Тогда для диагностики ранних форм рака предстательной железы только начали активно использовать онкомаркер ПСА – простатический специфический антиген. Кафедра урологии вела научную работу и показала, что благодаря анализу крови на ПСА можно вовремя выявить и пролечить онкопроцесс в предстательной железе. Корифеем в диагностике и оперативном лечении ранних форм рака простаты был профессор N. Парадокс в том, что причиной раннего ухода из жизни его самого стал запущенный рак простаты. То есть сам он пренебрегал методами раннего выявления болезней.

...Моя однокурсница, с которой мы учились медицине сначала в институте, а потом 2 года в ординатуре, сегодня заведует диспансерным отделением одной из московских поликлиник, где выделен специальный штат, ответственный за ежегодные медосмотры населения. В него входит эксперт по профессиональным вредностям – профпатолог, терапевты, средний медперсонал. Мы встретились с ней недавно и обсудили необходимость ежегодной диспансеризации, которая может быть действенной помощью врачам в своевременной диагностике скрытых заболеваний. Оказалось, что государство выделяет большие деньги не только на регулярные, но и на дополнительные медосмотры.

Каждый из нас может сдать анализ на онкомаркеры, женщины после 40 лет раз в 2 года выполнить маммографию, не говоря о других бесплатных обследованиях, флюорографии, например. Вот что еще она мне рассказывала:

– Когда вся нагрузка ложится на участкового врача, и без того перегруженного, диспансеризация теряет смысл. Нам не сразу удалось изменить формальное отношение к ней врачей, работодателей, людей, к нам приходящих. На это ушло несколько лет. И сейчас мы стали выявлять болезни быстрее и лучше. Бесспорно, что при правильной организации и индивидуальном подходе врача к пациенту ежегодный медосмотр необходим и полезен всем нам.

...«Будущее принадлежит медицине профилактической», – говорил столетия назад великий русский хирург Николай Пирогов. Мечта его не стала пока реальностью. Хотя сегодня вполне могла бы осуществиться путем диспансеризации, принципы и методы которой отлично разработали и внедрили в советское время.

Всё хорошее, что дают регулярные медосмотры, закреплено законодательно. Государство старается обеспечить своих граждан бесплатной медицинской помощью. Люди ждут, чтобы врач помогал им и словом, и делом, занимался не только лечением, но и профилактикой болезней. Но и врач ждет от каждого ближнего и дальнего ответственного отношения к себе. Чтобы человек не рыдал, потеряв здоровье, а смолodu хранил его: искру тушил до пожара, беду отводил до удара.

НА СНИМКЕ: важно, чтобы и врач, и пациент ответственно относились к диспансеризации, но как этого достичь?

Фото Александра ХУДАСОВА.

Новости

Терапевты, педиатры и руководители больничных учреждений Кемеровской области обсудили особенности работы медиков первичного звена в условиях аномальной жары и последствий пожаров.

Режим чрезвычайной ситуации введен сегодня в ряде соседних с Кузбассом регионов: в Республике Хакасия, Красноярском крае, Томской области... Смог от их лесных пожаров периодически появляется и над Кузнецкой котловиной.

На совещании заместитель на-

На случай чрезвычайной ситуации

чальника Департамента охраны здоровья населения администрации области Ольга Селедцова подчернула, что хотя сегодня повода для тревоги в самом Кузбассе нет, медики должны быть готовы к любым форс-мажорным ситуациям. А чтобы они случались как можно реже, амбулаторному звену следует активизировать работу и не допустить ухудшения в состоянии

пациентов из группы риска: хронических и нетранспортабельных больных, беременных женщин, кормящих матерей и детей. Рекомендовано уточнить списки таких пациентов и активизировать их посещение на дому, чтобы при необходимости можно было своевременно скорректировать лечение или направить больного на госпитализацию.

«Еще раз проверьте систему оповещения и сбора персонала, предусмотрев дублирующие способы оповещения, – попросила Ольга Васильевна руководителей медицинских учреждений. – В каждом стационаре должна быть продумана система эвакуации нетранспортабельных больных. Следует заключить договоры с организациями, которые

в случае ЧС смогут быстро отправить на помощь добровольцев. Ведь у медикины в основном женское лицо, а для транспортной носилки с пациентами нужна физическая сила».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Перед тем как уйти на отдых, в тарифный отпуск, по традиции высшей школы, проходит заседание Ученого совета. Время – лето 2012 г. Место действия – медицинский университет, статус которого уже трижды изменялся (государственный, бюджетный, какой еще будет?). И вот я, преподаватель с 40-летним стажем, заведующий кафедрой, слушаю доклады администрации университета о результатах государственной аттестации выпускников, утверждение различных документов и заключительное слово ректора с постановкой задач на следующий учебный год.

Уровень новый – третий

Основная задача, «задание на дом» – переход на новые государственные стандарты в образовании, в том числе и медицинском. Не усовершенствование старых, которые были одними из лучших в мире и в традициях отечественной школы усовершенствовались всегда по мере накопления новых знаний, а на новые, третьего уровня. Есть ли объективные причины такого подхода? Очевидно, есть. Ведь качеству медицинского образования дана оценка на самом вершине государства, премьер-министром РФ Дмитрием Медведевым. В беседе с врачами сахалинской областной больницы он остался недоволен качеством медицинского образования в России и выразил, как сообщили СМИ: «Нам вообще нужно навести порядок с медицинским образованием, потому что за последние годы оно деградировало».

Позже министр здравоохранения Вероника Скворцова в своем интервью подтвердила эту характеристику. Как безобразный, она оценила уровень подготовки 22 тыс. врачей, выпускаемых из государственных учреждений и, по ее данным, еще около 30 тыс. выпускников частных медицинских факультетов. Самой большой проблемой сегодняшнего дня министр считает то, что уровень подготовки не просто снизился, он просто бесстыдно низкий. Причем, к сожалению, это касается не только частных неизвестных медицинских факультетов, но и большого количества известных, с хорошим «анамнезом» вузов. Почему же медицинское образование стало таким, нужно ли его изменить и каким образом?

В том же интервью В.Скворцова в первую очередь видит причину в том, что прежние яркие и перспективные преподаватели состарились, никто за их статусом и повышением уровня подготовки особенно не следит, поэтому часто они остаются на том же уровне. Новые же преподаватели, молодые, в отрасль и в профессорско-преподавательский состав не пришли. Поэтому с октября 2012 г. начнется полная переквалификация профессорско-преподавательского состава.

Что ж, диагноз поставлен правильно. Но вот метод лечения этого заболевания, «безобразного состояния медицинского образования», вызывает сомнения. Можно сколько угодно заниматься переквалификацией кадров, уволить не соответствующих своим функциональным обязанностям. Но кем их заменить, как стимулировать повышать свой уровень? Если учесть, что в аспирантуре, основном резерве подготовки профессорско-преподавательского состава, стипендия молодого специалиста по окончании вуза ниже пенсии. Остается надеяться лишь на альтруизм будущих наследников Гиппократов в обществе потребления. Я уже не говорю о материально-техническом обеспечении вузов.

Здесь возникает еще один вопрос. Как же возможно было

Точка зрения

Проекты и прожекты

Как нам уйти от «безобразного состояния медицинского образования»

буквально за считанные годы сформировать преподавательские коллективы медицинских факультетов (в том числе и частных), которые выпускают больше врачей, чем старые, кадровые, государственные? Правда, сейчас параллельно с Рособназором планируется пересмотреть критерии аккредитации и лицензирования, для того чтобы ужесточить требования к частным медицинским вузам и факультетам.

В конечном итоге это привело к тому, что конкурсов профессорско-преподавательского состава практически нет, ректоры рады всем тем, кто остается работать на кафедрах.

Следующее. Подготовка компетентного, как сейчас стало модным говорить, специалиста преподавателя не может быть без проведения им научно-исследовательской работы. В новых стандартах так прямо и указывается, что научно-исследовательская работа является необходимым компонентом в подготовке студента! Кто из читателей-преподавателей может сейчас ответить на вопрос: а сколько же выделяется средств сегодня в вузах на эту работу?

В образовательном процессе есть две взаимодействующие группы. Если теперь рассматривать вторую, обучающихся, студентов – тоже неприглядная картина. Возьмите исходный уровень абитуриентов, проходные баллы по ЕГЭ! Зачастую уже по итогам двух экзаменационных сессий становится ясно, что студент вряд ли освоит медицинскую специальность, но исключить такого будущего специалиста опасно – а финансирование? С другой стороны, а как будет индивидуально работать с таким студентом такой же маломотивированный преподаватель? О мотивации работать специалистом по профилю после окончания вуза остается только мечтать.

«Болонские страдания»

Полагаю, что в медицинском образовании, как в высшей школе России в целом, история началась с конца прошлого столетия, когда в 1999 г. в Болонье (Италия) совместным заявлением европейских министров образования была принята Болонская декларация.

Болонский процесс рассматривался как обобщенное наименование всех событий и документов, касающихся проблем формирования зоны европейского высшего образования, а также активизации европейской системы высшего образования в мировом масштабе.

Для образовательного процесса, согласно Болонской декларации, возможно выделить характерные признаки, прежде всего усиление общности целей в образовании, внесение гармонии в структуры высшего образования и статус выдаваемых дипломов. Высшее образование должно быть адаптировано к многообразным путям профессиональной карьеры, при этом сохраняя

разнообразие образовательных систем и устраняя имеющиеся барьеры. Провозглашаются введение двухциклической схемы высшего образования и доступ в вуз на любом этапе и при любой подготовке обучающихся. Предусматривается мобильность преподавателей и студентов, возможность их стажировки в другом вузе. Наличие этих признаков в образовательном процессе должно способствовать укреплению международного престижа европейских университетов.

В целом эти требования достаточно прогрессивны, но для отечественного медицинского образования относительной новизной и привлекательностью является лишь двухциклическая схема подготовки и мобильность преподавателей и студентов. Предыдущие стандарты



второго уровня существовали со времен Советского Союза, и по приказу Минобразования были разработаны учебно-методические материалы для вузов. Специалисты составили около 90 методических материалов по вопросам проектирования, и каждый вуз далее мог разрабатывать уже свои стандарты. Однако с 2006 г. Министерство образования лишило учебно-методические объединения вузов функции методического контроля за разработкой стандартов, а мониторинга качества образовательных программ так и нет. По мнению ректора Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Виктора Садовниченко, это могло привести к потере единого образовательного пространства и падению качества образования.

Ректорам медицинских вузов удалось отстоять позицию – не вводить положения Болонского процесса в медицинском образовании. Тем не менее в 2011 г. утверждены новые стандарты (Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) третьего уровня), в соответствии с которыми утвержден новый учебный план и рекомендовано разработать и утвердить рабочие программы. В принципе, в соответствии с рекомендациями, они представляют собой крайне бюрократизированный вариант старых программ, с сомнительными нововведениями (общие и профессиональные компетенции, симуляционный

курс, практическая подготовка). Из опыта стран СНГ, внедривших подобные «новации», семинары и практические занятия превращаются в работу с бесконечным количеством задач, тестов, оценкой баллов и т.д. По образному замечанию академика РАМН Михаила Перельмана, разработчики просто не учли особенности русского языка при введении новых понятий.

Стали срочно готовить методические материалы, какие там обсуждения... Не учли опять-таки весьма существенный момент. Как было сказано на заседании президиума совета учебно-методических объединений по классическому университетскому образованию в МГУ в ноябре 2011 г., как мотивировать доцентов и профессоров со средней зарплатой 13 и 19 тыс. руб. для написания новых учебников, пособий и т.д. по стандартам 3-го ФГОСа. Сейчас министерство планирует за ближайшие 3-4 месяца полностью обновить все учебные планы, программы медицинских вузов, начиная с фундаментальных предметов, с первых 2-3 курсов. Создана межведомственная рабочая группа, в которую вошли специалисты РАН, РАМН, ведущие специалисты Минздрава России. Со слов министра, выбрано четыре реперных, опорных университета – Хайдельберг (Германия), Сорбонна (Франция), Кембридж (Великобритания) и Гарвард (США). С их программы будут не просто сопоставляться, им будут полностью соответствовать действующие отечественные программы. По существу, речь идет о пересмотре теперь уже ФГОС 3-го уровня, разработанных специалистами тех же министерств в прошлом году?

На новые рельсы во фтизиатрии

Остановлюсь на ситуации со стандартами по специальности фтизиатрия. Как обучать будущих врачей, которые после окончания вуза должны быть готовы к работе врачом общей практики? Это имеет важное значение для здравоохранения, так как напрямую затрагивает кадровые вопросы. За последнее десятилетие обеспеченность врачами-фтизиатрами снизилась на 7,7%, а доля врачей пенсионного возраста составляет свыше 30%. И прогностически ситуация не улучшается.

С внедрением стандартов в ходе модернизации предусмотрено обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медпомощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Как же всё это выглядит применительно к фтизиатрии? Не секрет, что объем функциональной нагрузки на основной контингент, районных и участковых фтизиатров, особенно в сельской местности, сокращается вследствие изменения демографической ситуации в стране и ряда других причин. Уменьшение общего количества больных туберкулезом и объемов профилактической работы не

позволяет фтизиатру выполнять нормативы врачебной нагрузки, что приведет (и уже привело во многих территориях) к сокращению ставок фтизиатров. В связи с этим сейчас возникает необходимость совмещения основной работы фтизиатра с работой по другим специальностям, требующим длительного переобучения и специальной сертификации. Вместе с тем с каждым годом во фтизиатрических стационарах и амбулаторных учреждениях доля больных, поступающих «с подозрением на туберкулез», то есть нуждающихся в дифференциальной диагностике, возрастает и достигает 20-30%.

В результате обследования и пробного лечения зачастую диагностируется неспецифическое воспалительное заболевание легких. Таким образом, в современных условиях представляется возможным частично возложить на фтизиатров (в первую очередь – первичного звена) функции пульмонологов в целях как дальнейшего сохранения фтизиатрической службы, так и диспансерного наблюдения больных хронического туберкулеза. Следовательно, целесообразно ввести специальность «фтизиопульмонология» и начать подготовку врачей на этапе додипломного образования, решив таким образом проблему сохранения фтизиатрических кадров и их совершенствования в области дифференциальной диагностики туберкулеза и нетуберкулезной патологии легких.

Этот вопрос не нов, он обсуждается около 50 лет, но сейчас сама жизнь заставляет его решить. Заметим, что отдельные расчеты по кадровой политике и укреплению материально-технической базы были приняты во внимание при подготовке приказа №1224н, однако как будет в плановом порядке проводиться модернизация в этом направлении, неизвестно. Тем не менее эти особенности при внедрении нового ФГОС совершенно не учитываются.

Для разработки образовательного стандарта необходимо определиться с конкретными требованиями по стандартам оказания медпомощи по этой специальности, которую и должен уметь оказывать будущий специалист. Для его подготовки необходимо создать прежде всего соответствующие условия. Без этого даже самые прогрессивные образовательные методики будут малопродуктивными.

Пока же предписано создавать новые образовательные стандарты по предложенным образцам (разработанным неизвестно кем) и продолжать начатое обучение по ним на 1-2-м курсе.

Было бы целесообразно привлечь к разработке нового федерального государственного образовательного стандарта для подготовки врача широкого врачебного аудиторного и, конечно же, исполнителей этого важнейшего для общества заказа.

Владислав КОЛОМИЕЦ,
заведующий кафедрой
фтизиопульмонологии,
профессор.

**Курский государственный
медицинский университет.**

НА СНИМКЕ: качеством медицинского образования сегодня недовольны все. Но студенты ли в этом виноваты?

Фото Александра ХУДАСОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 46 (1649)

По официальной статистике Всемирной организации здравоохранения, каждый год в мире кончают жизнь самоубийством около 1 млн человек. В эту статистику попадают только явные случаи суицида, поэтому число реальных самоубийств значительно больше. Многие несчастные случаи, в самом деле, также являются самоубийствами (отравления, аварии на дорогах, падение с высоты), но они не попадают в официальную статистику. Для того чтобы действие по причинению себе смерти можно было официально назвать самоубийством, оно должно быть преднамеренно задумано и осуществлено человеком при полном осознании и ожидании смертельного исхода своих действий.

Число законченных самоубийств среди мужчин в среднем в 4 раза больше, чем женщин, но этот показатель может сильно отличаться в разных странах. С возрастом (65-85 лет) это соотношение увеличивается до 6-9. С другой стороны, женщины пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем мужчины, но выбирают «щадящие» способы, которые значительно реже приводят к смерти.

ВОЗ делит все страны по показателю суицида на три группы. По итогам 2011 г. высокие и очень высокие показатели суицидов (выше 20 человек на 100 тыс. населения) были отмечены в Литве, Белоруссии, России; средние показатели суицидов (от 10 до 20 человек на 100 тыс. населения) в Финляндии, Эстонии, Франции, Молдове, а низкие показатели (до 10 случаев на 100 тыс. населения) – в Австрии, Германии, Италии.

Самоубийство является одной из трех ведущих причин смерти в некоторых странах среди лиц в возрасте 15-44 лет. В настоящее время прогнозируется увеличение суицидов в странах с рыночной экономикой и в бывших социалистических странах к 2020 г.

По абсолютному количеству **подростковых самоубийств** Россия занимает первое место в мире. За последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи выросло в 3 раза. Основные причины суицида: неразделенная любовь, конфликты с родителями и сверстниками, страх перед будущим, одиночество.

Доля попыток самоубийств у подростков-мальчиков в 2-3 раза выше, чем среди девочек. Девочки испытывают депрессию более часто, чем мальчики, но при этом они легче идут на разговор относительно их проблем и чаще обращаются за помощью. Мальчики зачастую более агрессивны и импульсивны, нередко действуют под влиянием алкоголя и наркотиков, которые, вероятно, способствуют фатальному результату их суицидальных действий.

Рост каждого отдельного молодого человека переплетается с коллективной культурной традицией и принадлежностью к определенным группам. Есть деструктивные тоталитарные секты, которыми руководят фанатики, мессии и параноидные личности, внушая молодежи блаженство смерти. Они пытаются за счет неустойчивой психики молодых полностью подчинить их себе вплоть до внушения смерти.

Нужно быть очень внимательными к изменению поведения детей. Например, «готы» (молодежная субкультура и связанное с ней молодежное движение) отличаются мистически мрачным, депрессивным восприятием в отношении к своей жизни. Идеология движения основана на идее романтизации смерти, боли, мучений, на исповедании эстетики смерти, тления. Отсюда соответствующий стиль в атрибутике и аксессуарах, а также преимущественно черные цвета одежды. Культивируется всё, что каким-либо образом относится к «темной стороне бытия» и смерти. Близки к субкультуре «готы» «эмо», зачастую это ранимые и депрессивные люди, склонные к самоповреждениям.

В неблагополучных семьях часто обнаруживается аномальная психология с присутствием эмоциональных и других психических расстройств, алкогольная зависимость одного или обоих членов семьи, токсикомания или антиобщественное поведение. Такая обстановка создает недостаток культурных корней, возникают проблемы целенаправленного поведения и отсутствие способов решения конфликтов при отрицательных и травмирующих событиях жизни.

Риск суицидального поведения у таких детей и подростков часто высок; их действия

зачастую импульсивны и асоциальны. Некоторые подростки склонны бритвой наносить себе на руках знаки с повреждением кожи. Часто при депрессии наносятся кресты, гробы, иероглифы, отражающие групповую принадлежность подростков. В этих случаях обязательно следует подумать о подростковой депрессии. В некоторых напряженных ситуациях молодые люди могут прибегнуть к разрушительному поведению, попыткам самоубийства.

В СССР данные о суицидах были засекречены. В период начала распада СССР появились яркие изменения общественного сознания, которые вызвали мощный раскол в идеологии, в системе устоявшихся представлений, которые не могли не нанести обществу серьезный экономический, социальный и психологический стресс.

Профилактика суицидов

Самой существенной чертой этого кризиса являлось резкое изменение прежних идеологических догм и представлений, старого уклада жизни, изменение взаимоотношений и социальных приоритетов в обществе. На фоне значительного снижения материального достатка и падения нравственности на первый план выступили эмоциональные факторы: проекция друг на друга злости и зависти, крушение надежд и ожиданий, апатия, потеря жилья, непригодность к новому укладу жизни, гибель близких людей, переживание безысходности.

Психический стресс дополнялся и нарушением питания в виде его несбалансированности с выраженным снижением потребления мясных, молочных и овощных продуктов. Это усиливало истощение организма, что обуславливало снижение защитных сил и склонность к телесным, неврологическим и психиатрическим нарушениям.

Таким образом, в обществе стали нарастать уныние и разочарование, которые выражали собой состояние духовного разложения. На этом фоне стали резко возрастать показатели суицидов, и на рубеже веков Россия по суицидальному показателю у мужчин занимала второе место в мире 58 на 100 тыс. населения, следуя за Литвой 67,8 на 100 тыс. населения. У женщин, как известно эти показатели ниже во всех странах, но и здесь наши показатели оставались высокими: Россия находится на шестом месте в мире.

В большинстве промышленно развитых стран депрессивные расстройства стали наиболее распространенным расстройством с конца XX в., а самоубийства оказались на 70% связанными с нарушениями настроения. Наблюдение за развитием депрессии и суицидов в послевоенный период показало их параллельный рост.

В последние 40 лет депрессию стали относить к эпидемическим заболеваниям. В связи с этим требовалась разработка распознавания депрессии и профилактики суицидов. Одним из важнейших путей профилактики является раннее распознавание и терапия. Многие пациенты лечатся только амбулаторно, выздоравливая от депрессии, навязчивости, различных страхов и т.д.

Мировые исследования показали, что в поликлинических службах каждый третий пациент страдает от того или иного психического расстройства, депрессия достигает 15%. При ее выявлении на ранних этапах течения депрессия проходит быстро, поэтому во всем мире происходит обучение ее распознавания и терапии.

Система лечения депрессии и профилактики суицидов

При общей декларации о выходе психиатрии из стен психиатрических больниц суицидология и психиатрия продолжали оставаться отделенными друг от друга. Это грозило потерей или однобоким развитием комплексной специализированной социальной, психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи данному контингенту лиц. С другой стороны, в сфере социального обслуживания населения существовала большая инерция, которая сводила службу к определению льгот, пособий и т.п.

Именно в тот период мы прогнозировали развитие социального института в Российской Федерации. В этой системе образования мы считали, что у социальных работников можно будет заложить навыки в общении со своими клиентами, а также знания в области психологии отношений и особенностей психических расстройств, требующих дифференцированного подхода при оказании социальной помощи.

Как мы теперь видим, все эти прогнозы оправдались. Именно поэтому наша система социально-психологической (суицидологической) помощи населению Томской области была выдвинута в первичные звенья социальной службы. Это дало возможность развить «сельскую» суицидологию, где были образованы кабинеты антикризисной помощи и дочерние «телефоны доверия», которые получали методическую помощь от комплексного центра социального обслуживания населения Томска.

В отличие от традиционной психиатрии, основанной на медикаментозном лечении, социальные службы акцентировали внимание на психосоциальной реабилитации по месту жительства пациентов. В отделении социальной реабилитации пожилых людей программа включала опросники депрессии

обсуждение всех признаков депрессии и выявление суицидальных мыслей, замыслов, самоповреждений в прошлом. После того как индивид с депрессией раскрывает свои тяжелые переживания и чувства, суицидальные намерения, риск совершить самоубийство снижается на 50% при обсуждении этих драматических вопросов с квалифицированными врачами.

7. Широкое применение антидепрессантов в первичной медицинской сети.

8. При симптомах депрессии обсуждение пессимистических мыслей.

Эффективность программы отражена в рис. 1-2.

Всего за период внедрения образовательной программы по навыкам распознавания, тактики ведения и терапии депрессивных расстройств в Сибирском государственном медицинском университете проучены 940 врачей различного профиля. Для обучения врачей и информирования населения по проблеме депрессии в СМИ опубликованы 140 статей, описывающих проблемы самостоятельных использования опросников депрессии, особенности клинических проявлений в разных возрастных группах депрессий, профилактику стрессовых состояний, провоцирующих

и последующее медицинское просвещение, которое осуществлялось профессиональными психотерапевтами в комплексном центре социального обслуживания населения.

Психотерапия утраты актуального близкого осуществлялась новыми интегративными психотерапевтическими методами, разработанными нами. В результате отмечено снижение риска суицидов у пожилых людей после утраты близких, особенно у женщин, за последние 5 лет.

Наиболее важной и научно обоснованной программой распознавания депрессий врачами всех специальностей и профилактики суицидов явилась следующая концепция:

1. Улучшение условий воспитания детей и молодежи.

2. Управление факторами риска окружающей среды.

3. Распространение информации и стремление к многостороннему пониманию самоубийства без экзотического привлечения внимания для населения.

4. Контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам.

5. Распознавание и терапия депрессивных и других психических расстройств в общемедицинской практике, практической психологии и социальной службе.

6. Психиатрические образовательные программы.

Всемирной психиатрической ассоциацией были разработаны четыре образовательных модуля для врачей различных специальностей по распознаванию и терапии депрессивных расстройств, которые нами были переведены и адаптированы для России: базовый модуль по депрессии; сочетание депрессивных расстройств и соматических заболеваний; депрессия в пожилом возрасте; обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья.

Основной этих программ является открытое

депрессию, сезонные депрессии, включая неожиданное неистовое желание есть шоколад (шоколадная депрессия) и углеводную пищу и т.д. Вышли 8 российских сборников с международным участием, проведены 28 симпозиумов, семинаров, лекций мировых лидеров по депрессиям в первичной медицинской сети.

Как видно из графика, с 2007 г. показатели суицидов в Томской области становятся ниже, чем в РФ. В регионах СФО показатели суицидов остаются высокими, хотя в целом отмечается тот или иной уровень снижения, который, вероятно, связан со стабилизацией социально-экономических условий. Поскольку образовательная программа по распознаванию депрессий (РАДЕП) проходила наиболее интенсивно в Томске, коэффициент суицидов за последние 4 года минимизирован, что соответствует низким показателям суицидов по критериям ВОЗ.

С 2008 г. в Томске отмечаются самые низкие показатели смертности от суицидов за счет реализации программы РАДЕП.

Люди часто понимают депрессию как подавленное настроение в силу неблагоприятных жизненных обстоятельств или как признак какого-либо другого заболевания. Часто считается, что вполне можно испытывать подавленное настроение при физическом заболевании. Однако современные исследования показывают, что депрессивное расстройство в медицинском понимании не является реакцией личности человека на какое-то заболевание, а чувство апатии и утраты энергии являются симптомами депрессии, но не соматической болезни, пусть даже хронической.

Многие мужчины, испытывая депрессивное расстройство, считают, что у них возникла слабость характера, неуверенность в своих силах и неполноценность, невоз-

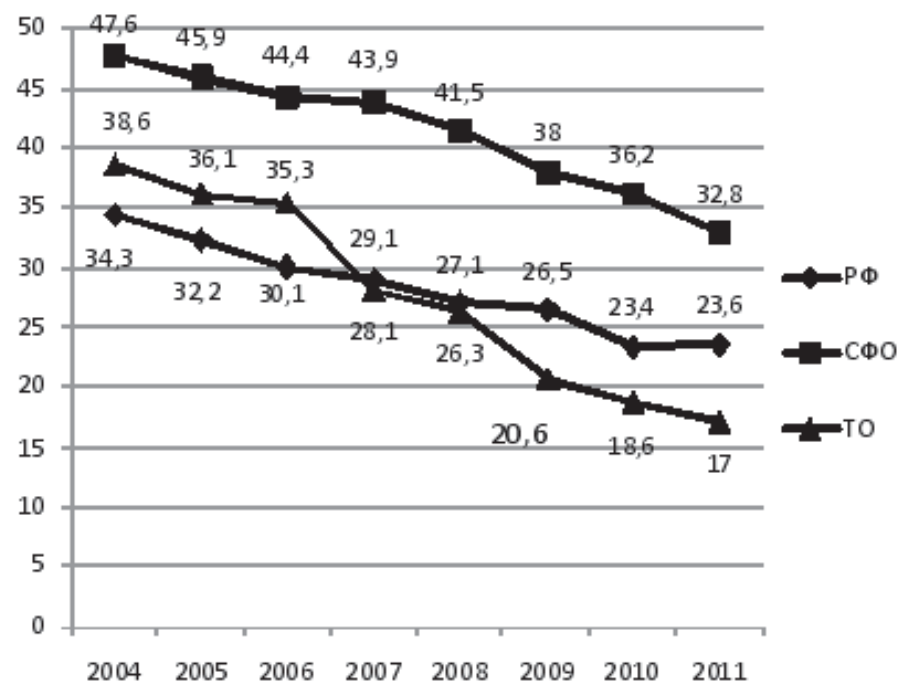


Рис 1. Сравнительный анализ динамики показателей суицидов в России, Сибирском федеральном округе и Томской области на 100 тыс. населения

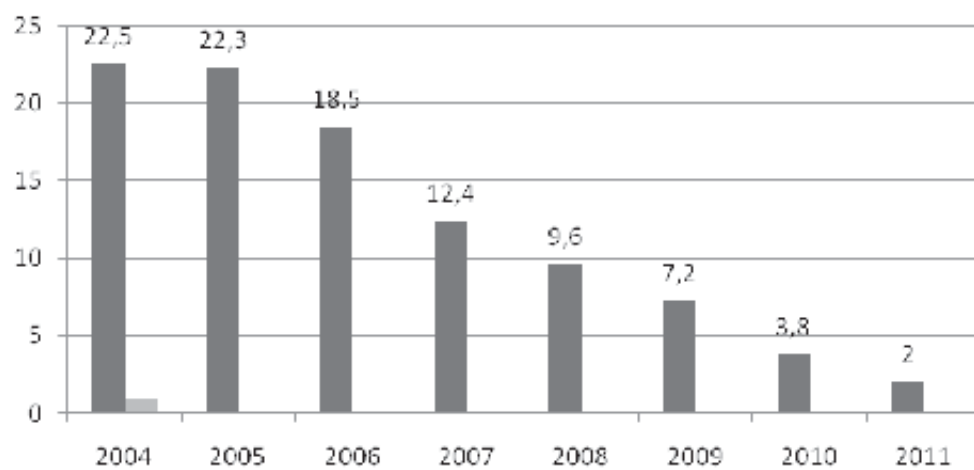


Рис. 2. Динамика снижения смертности от суицидов в Томске (на 100 тыс.) в период реализации программы РАДЕП в первичной медицинской сети

можно сделать то, что раньше давалась легко и свободно. И они начинают выпивать.

На какой-то период тяжесть действительно уходит, но возникают нарушения в работе нейротрансмиттеров в головном мозгу, нарастает дефицит специальных веществ, передающих сигналы от нейрона к нейрону и ответственных за бодрость духа, оптимизм, тонус, хорошее настроение и радость, нормальный аппетит и сон. Человек при ночном пробуждении всё чаще чувствует беспомощность, безысходность, приходят мысли о нежелании жить.

Каковы в данном случае симптомы депрессии? Слабость характера и неуверенность в своих силах являются следствием затруднения мышления, концентрации внимания и склонности к сомнениям; чувство неполноценности – результат утраты веры в свои силы, снижения самооценки, ночные пробуждения и пессимистические мысли порождают чувство беспомощности перед новым днем, а безысходность является преддверием суицидальной направленности мыслей.

Выше приведен реальный случай у человека, который перенес тяжелый депрессивный эпизод. Сейчас он успешный бизнесмен и активный человек. Более того, депрессия подарила ему понимание психологии других людей, но вспоминает он о своем состоянии с ужасом.

Другая пациентка с подавленным настроением, идеями собственной вины, которые совершенно не соответствовали внешним обстоятельствам, с хроническими нарушениями сна с частыми пробуждениями, утратой интереса к жизни и с полной беспомощностью, которые возникли после развода с мужем, пришла на прием к терапевту поликлиники, которая великолепно разбиралась на наших занятиях в депрессивных расстройствах, распознала у нее депрессию и назначила безопасный эффективный антидепрессант.

При повторном визите через две недели пациентка призналась, что раньше выходила на балкон и раздумывала, прыгнуть или не прыгнуть, а сейчас наслаждается солнечными лучами, яркостью жизни. Казалось бы, депрессию и все другие ее признаки можно было связать с разводом. Но при воспоминании о прошлой с ним жизни женщина сказала, что нет худа без добра. Бывший муж был типичным бездельником, помыкал женой и, вероятно, этим спровоцировал возникновение депрессии.

Однажды на прием пришел профессор, который имел 60 патентов на изобретения, слыл в научных кругах большим умницей и творческой личностью. Он заявил: «Всё кончено, я ничего не могу делать. Даже во время лекции не могу подобрать слова. Наверное, я заболел болезнью Альцгеймера». Во время приема он часто вскакивал, плакал. После лечения антидепрессантами и психотерапией наш профессор полностью выздоровел и достиг в своей работе новых результатов.

В одном из институтов я консультировал пациентку, которая поведала следующую историю. Активная, быстрая в своих решениях женщина уже в начале перестройки сумела организовать свой бизнес, но каждую осень приходилось ложиться в больницу. Причем она четко говорила: «Как только желтый осенний листок падает с дерева на землю, в тот же момент «тоска садится мне на грудь». Жизнь останавливается, я ничего не могу заставить себя делать, чувствую постоянное утомление, перестаю общаться со своими друзьями, потому что мне не интересно, скучно, тяжело. Я хочу забиться в угол и пролежать там весь период моей депрессии».

Интересно, что люди с гармоничным, живым характером и яркой внешностью в период депрессии не теряют этого своего «ядра» личности. Через месяц они становятся снова активными с массой интересных

идей и планов. Это классическая сезонная осенняя депрессия. В те годы качественных препаратов еще не было, и я по мере сил и времени занимался с пациенткой психотерапией, что, как потом она сказала, ускорило сроки выхода ее из депрессии.

В общих поликлинических службах при обращении к терапевту при приеме в день от 20 до 30 пациентов в 2-3 случаях обнаружится клиническая депрессия, при которых следует назначать антидепрессанты, и у 6-7 пациентов выявляются депрессивные симптомы, требующие психотерапевтического вмешательства и психологической поддержки. Риск заболевания депрессией в течение жизни у женщин составляет 18-25%, у мужчин – 7-12%.

Такие половые различия объясняются особенностями женского организма, связанными с репродуктивным периодом. Можно назвать четыре жизненных обстоятельства в жизни женщины, которые относятся к репродуктивной фазе жизни. Прием контрацептивных препаратов с гормональными препаратами, которые могут спровоцировать механизмы, лежащие в основе депрессии, предменструальное расстройство настроения (3-8%), послеродовая депрессия (10-20%) и перименопаузальный период за год до начала нарушения месячных и год после прекращения месячных (15%).

Депрессивные расстройства выявляются у 23-33% больных с соматическим заболеванием, требующих стационарного лечения, а 50% больных депрессией при обращении предъявляют только соматические жалобы и отказываются обсуждать с врачом свои переживания, рассматривая их как следствие неблагоприятных жизненных ситуаций. 60-80% больных не попадают в поле зрения психиатров и лечатся у врачей общей практики.

Особенно это характерно для пожилых пациентов, когда врачи относят депрессию к психологически понятному состоянию, не считают депрессию заболеванием и не назначают антидепрессанты, хотя это совершенно неправильно. Такая позиция ведет к недостаточному выявлению депрессии, ее хронизации, ухудшению качества жизни, нарушению контакта с родственниками и снижению продолжительности жизни. Тяжелые депрессии в 10-15% случаев завершаются суицидом.

От 35 до 50% больных депрессией в разных странах не обращаются за помощью к врачу. Только 20-25% больных депрессией в ее основной форме получают лечение. Для стран постсоветского пространства эти цифры варьируют в пределах 5-10%. Среди них 26-30% больных с хронической депрессией. Первичное обращение с депрессией к терапевту является типичной ситуацией и правильный диагноз в таких случаях устанавливается лишь в 1-5% случаев. Естественно, в Томске картина другая, потому что по мере наших скромных сил и даже при отсутствии финансирования программы результаты по показателям суицида резко отличаются от других регионов Сибирского федерального округа.

Диагностика депрессивного эпизода для врачей непсихиатров

Врач поликлиники должен быстро поставить диагноз депрессии. Для этого ВОЗ создала несколько упрощенную схему диагностики депрессивного эпизода, поскольку время приема терапевтов и других специалистов ограничено. При этом всегда следует помнить, что пониженное настроение должно длиться не менее 2 недель практически непрерывно, ежедневно и большую часть дня.

Кроме того, следует исключить, что у пациента ранее не было неадекватных, длительностью не менее недели, подъемов на-

строения, сверхактивности, многословности, укорочения сна и других гипоманиакальных или маниакальных проявлений, если такие признаки очень выражены, и человек имеет тенденцию к идеям величия, строит прожектерские планы, становится гиперсексуальным и т.п. Необходимо также исключить употребление психоактивных веществ, поскольку все они в период последствия являются депрессантами.

Основные принципы терапии депрессивного расстройства

В настоящее время лечение депрессии имеет три задачи: устранить симптомы депрессии, восстановить ролевые функции, минимизировать риск ухудшения (профилактика), обострения депрессии. К концу 80-х годов прошлого века произошла бархатная революция в лечении депрессивных расстройств. С этого периода и к сегодняшнему дню появляется всё больше антидепрессантов, которые могут легко назначать врачи первичной медицинской сети.

Эти антидепрессанты являются препаратами первой линии терапии за счет их удобства в применении, эффективности действия, на любые симптомы депрессии и тревогу. Положительно влияют на сочетание физических заболеваний, не ухудшают общего самочувствия, безопасны при длительном применении. У этих серотонинергических антидепрессантов низкий уровень взаимодействия с медикаментами, применяющимися в соматической медицине, если это необходимо для лечения гипертонии, постинфарктных состояний и др.

Очень важно, что у этих антидепрессантов отсутствует психическая и физическая зависимость, а также синдром отмены препарата. Однако профессиональный врач всё равно будет снижать дозу постепенно.

Как диагностировать депрессию. Суицидальные тенденции при опросе пациента в первичной медицинской сети

Старайтесь держаться с пациентом неформально. Начните с открытых вопросов. Выявите симптомы, например, такими вопросами: «Как вы себя чувствуете?» «В порядке ли ваши нервы?» «Как вы спите?» «Что вы делаете для своего удовольствия?»

Во время четкого восприятия всех жалоб внимательно слушайте пациента, поощряйте: «Продолжайте, пожалуйста», «Что еще?». Демонстрируйте интерес к собеседованию, будьте партнером. Позвольте пациенту выразить свои чувства и опасения. Делайте обобщающие высказывания. Одновременно наблюдайте за поведением: психомоторная заторможенность или возбуждение; контакт (взглядом); внешний вид, вздохи, плач. После опроса о соматических функциях необходимо в удачный для пациента момент спросить больного о суицидальных мыслях.

В России хорошо понимают вопросы «Есть ли у вас плохие мысли? Думаете ли вы в последнее время о смерти или нежелании жить? Эти мысли повторялись? Приходили ли когда-либо вам в голову мысли о том, что жить не стоит? Думаете ли вы, что вам было бы лучше не жить? Думаете ли вы о том, чтобы нанести себе какое-нибудь самоповреждение? У вас были замыслы, чтобы что-то сделать с собой? Есть ли у вас уже план? Что помогает вам не сделать этого?»

Последний вопрос очень важен. Выказанный вслух, он хорошо проясняет антисуицидальную настроенность и может более четко помочь воспринять нелепость всех этих мыслей. При поддержке врача и правильном объяснении легкости лечения депрессии появляются надежда и внутреннее облегчение. Если перед вами пациент гармоничного склада, не употребляющий алкоголь и окруженный семейной поддержкой, то при наличии опыта лечения депрессии его можно провести амбулаторно.

Направление в психиатрическую больницу образованного депрессивного человека может усилить его суицидальные тенденции и планы с учетом того, что депрессивные пациенты склонны к социальному уединению и погружению в негативные мысли.

Лечение депрессивного эпизода

Помощь в лечении депрессивных расстройств может успешно оказываться на этапе первичной медицинской помощи. Данные исследований показывают, что большинство пациентов с депрессивным эпизодом могут получать эффективное лечение. В большинстве случаев лечение возвращает пациентов к преморбидному уровню функционирования в среднем в срок от 1 до 2 месяцев. Также, по данным современных исследований, в большинстве случаев возможно предотвращение рецидива.

Лечение депрессивных расстройств может совершаться на этапе первичной медицин-

ской помощи. Мягкие формы депрессивных расстройств часто проходят без лечения, и поэтому для врача очень важно понимать, какие состояния требуют медицинского вмешательства. Только некоторым пациентам потребуется консультация или направление к специалисту.

Дополнительное время, которое участковый терапевт затрачивает на диагностику и психообразовательную работу с пациентом и его родственниками на начальном этапе, экономит время в долгосрочной перспективе. Это сокращает длительность последующих визитов, а также уменьшает вероятность обращения пациента к врачу по поводу соматических жалоб неопределенного характера.

«Острая» фаза терапии депрессивного расстройства охватывает промежуток времени между началом лечения и достижением полного или почти полного исчезновения симптомов заболевания (ремиссии). В общем, если для каждого пациента индивидуально был проведен тщательный подбор антидепрессанта, первые признаки редукции депрессивных симптомов можно наблюдать через 1-2 недели после достижения оптимальной терапевтической дозы антидепрессанта. Частичный клинический эффект (редукция от 40 до 50% депрессивных симптомов) может проявиться к 4-6-й неделе терапии, достижение максимального терапевтического эффекта, который заключается в полном или практически полном исчезновении депрессивных симптомов (выздоровление или ремиссия), можно ожидать между 10-й и 12-й неделями терапии. Нелеченая депрессия может продолжаться от 6 месяцев до 1 года.

Поддерживающая фаза терапии начинается с момента полного или почти полного исчезновения депрессивных симптомов, общая длительность составляет приблизительно от 4 до 9 месяцев. Обоснованием для назначения терапии в этот отрезок времени являются убедительные данные, свидетельствующие о том, что антидепрессанты уменьшают проявление депрессивных симптомов, но не оказывают непосредственного влияния на патофизиологические нарушения, вызывающие эти симптомы.

Целью поддерживающей фазы терапии является предотвращение обострения заболевания, то есть повторного возникновения депрессивных симптомов в пределах депрессивного эпизода. Таким образом, целью проведения профилактической терапии является предотвращение возникновения рецидива – развития повторного депрессивного эпизода. Противорецидивная фаза терапии начинается после поддерживающей фазы (около 4-9 месяцев) и может длиться в течение временного отрезка с размытыми границами, длина которого зависит от оценки степени риска возникновения рецидива и тяжести депрессивного состояния.

«Противорецидивная терапия». Для большинства пациентов наиболее характерным является рекуррентный (возвратный) тип течения депрессивного расстройства. Наличие высокого риска заболеваемости и потенциальной смертности в связи с развитием каждого последующего депрессивного эпизода является основной причиной необходимости проведения длительной противорецидивной (профилактической) терапии у больных с предполагаемым высоким риском возникновения рецидива.

Длительная противорецидивная терапия в общей сложности занимает период от 5 лет и более. Некоторым пациентам показано назначение профилактической терапии на неопределенный срок, возможно, в течение всей жизни. Так же как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, депрессия с возвратными эпизодами может лечиться пожизненно.

Это особенно показано тем пациентам, которые имели короткие ремиссии между депрессивными эпизодами, выраженную тяжесть депрессивных эпизодов, суицидальный риск во время предыдущего депрессивного эпизода, острое внезапное начало депрессивного эпизода, наследственную отягощенность аффективными заболеваниями. Длительная профилактическая терапия даже при нелегком типе депрессии оставляет пациента активным. Таким образом, все врачи и пациенты должны отнестись к этому расстройству серьезно.

Николай КОРНЕТОВ,
заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии и психотерапии факультета
повышения квалификации
и переподготовки специалистов,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ.

Сибирский государственный
медицинский университет.

В Сибирском отделении Российской академии медицинских наук возрождается совет молодых ученых. В течение последних лет эта организация существовала чисто номинально, теперь же ее новый руководитель – сотрудник НИИ молекулярной биологии и биофизики Сибирского отделения РАН в Новосибирске Максим Анисименко – намерен активизировать деятельность совета.

Осмелюсь предположить, что дифференциация научных работников по возрастному принципу – изобретение сугубо российское, равно как существовавшее до недавнего времени деление науки по ведомственному принципу на «вузовскую» и «академическую». Возможно, в свое время это было необходимо, чтобы обосновывать приоритетное финансирование одних исследований и лабораторий и «остаточное» финансирование других, не подходящих по возрастному критерию или ведомственной принадлежности. Но времена прошли, а ярлыки остались. Так в чем же роль Совета молодых ученых сегодня?

Деньги – по заслугам

На начало года в институте Сибирского отделения РАН числились 658 ученых в возрасте до 35 лет. По словам Максима Анисименко, совет призван оказывать содействие развитию потенциала молодых научных работников.

Речь не идет о том, что данная структура возьмет на себя роль «молодежного профсоюза» и станет декларировать тезис о равенстве всех исследователей перед бюджетом, вне зависимости от даты их рождения и трудового стажа. Задача совета, считает его руководитель, прежде всего в том, чтобы показывать самим молодым ученым все существующие сегодня возможности получить финансирование на свои исследования, от госбюджета до региональных грантов.

В частности, совет намерен взять на себя роль координатора во взаимоотношениях молодых сотрудников новосибирских НИИ СО РАН с Министерством науки и образования Новосибирской области, мэрией Новосибирска, которые в свою очередь на грантовой основе финансируют выполнение социально значимых научных проектов. Кстати, обучать коллег правильно и эффективно оформлять заявки на гранты также мог бы совет молодых ученых.

– Очень мало публикаций в мировых научных журналах не только у молодых, но и у более опытных российских ученых-медиков. Выход российской, и в том числе сибирской медицинской науки на мировой уровень – еще одна глобальная проблема, которую необходимо решать, – продолжает М.Анисименко. – И, как ни странно это покажется, в рамках поставленной цели целесообразно привлекать меж-

качества российских исследований, предлагаемых к финансированию, будет, по мнению М.Анисименко, способствовать тому, что поддержку получат действительно ценные проекты, конкурентоспособные на мировом рынке научных идей.

Генетика и профилактическая медицина

Называть ученых-медиков, не достигших 35-летнего возраста, «будущим российской науки» было бы несправедливо.

молекулярной биологии и биофизики Сибирского отделения РАН, стало резидентом Сколково.

По просьбе корреспондента «МГ» молодой новосибирский ученый рассказал о задачах и результатах своей работы.

– Сфера моих научных интересов – мутации в генах, повышающие риск возникновения рака молочной железы. В настоящее время мы определяем спектр таких мутаций и их частоту в популяции Новосибирска. Исследовали 7920 образцов ДНК жителей города,

образцов ДНК, что составляет 0,25%. Это значит, что 3 человека из 1000 имеют такую мутацию.

Для сравнения нами были исследованы 570 образцов ДНК больных раком молочной железы из Новосибирска и Кемерово, среди больных данная мутация имеет частоту 2,45%. Данная мутация полноправно может считаться мутацией с «эффектом основателя» для нашей популяции.

В ходе исследования были обнаружены образцы, которые содержат и другие мутации генов BRCA1/2, однако они имеют очень низкие частоты. К примеру, у больных раком молочной железы были выявлены мутации гена BRCA1 – T300G, 185delAG и 4153delA. Мутация T300G обнаружена у 2 больных (0,35%), мутации 185delAG и 4153delA – по одному случаю каждая (0,18%). Среди 7920 образцов мутация T300G была выявлена в 4 образцах (0,05%), а мутации 185delAG и 4153delA вообще не были обнаружены.

В чем же практическая ценность этих исследований для практического здравоохранения? Мы получили информацию, какие именно мутации целесообразно детектировать, чтобы выявить предрасположенность к раку молочной железы, но при этом не секвенировать весь ген, учитывая высокую стоимость данного лабораторного исследования.

Теперь можно выделять из общего большого пула 5-6 мутаций, которые имеет смысл искать. Это мутации, с одной стороны, имеющие достаточную пенетрантность, то есть приводящие к высокому риску развития заболевания, а с другой, – относительно высокую частоту встречаемости в популяции.

Возможно, когда-нибудь на основе данных, полученных сибирскими учеными, будет разработана государственная программа диагностики генетических мутаций. Но уже сегодня у жителей региона есть возможность в частном порядке пройти генетическое обследование и в случае положительного результата на наследственный рак принять необходимые меры для своевременного выявления болезни.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

НА СНИМКЕ: в наше время даже самые молодые исследователи достигают самых весомых результатов.

Перспективы

Возраст значения не имеет

Подтверждение тому – практика работы сибирских ученых



дународных специалистов для проведения экспертизы российских научных исследований, которые планируется финансировать из государственного бюджета.

Что же касается модного нынче слова «инновации», оно, как отметил мой собеседник, очень часто используется в тех случаях, когда ни о какой научной новизне нет и речи. А ведь как раз на инновационной волне в российской науке сейчас приходят немалые деньги и от государства, и от различных фондов, поддерживающих исследовательскую деятельность через гранты. Именно объективная экспертная оценка

Они – ее настоящее. Работы, выполняемые многими из тех, кого старшие коллеги снисходительно относят их к числу молодых, по степени своей масштабности и значимости не уступают работам «немолодых» ученых. Практически во всех институтах Сибирского отделения РАН есть такие примеры.

В частности, исследования в области молекулярной онкологии, которыми занимается вместе с коллегами из НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАН сам М.Анисименко, научным эгоцентризмом точно не назовешь. Тема сверхактуальная. Не случайно предприятие, созданное при НИИ

примерно поровну мужчин и женщин, ведь данные мутации наследуются независимо от пола, так как они локализованы на аутосомах.

Как показывают российские и зарубежные исследования, подобные мутации у женщин к 50-70 годам приводят к развитию рака молочной железы с вероятностью от 60 до 90%. Вообще для каждой этнической группы характерны определенные мутации генов наследственного рака, так называемые мутации с «эффектом основателя». У нас очень интересная территория в том плане, что Сибирь населена самыми разными этносами, поэтому «эффект основателя» определенных мутаций не столь выражен, как, например, в более «консервативных», «однородных» популяциях.

Нашей задачей было выяснить, какие именно мутации генов BRCA1 и BRCA2 (BRCA1/2 associated) характерны для жителей Новосибирска, и с какой частотой они встречаются в нашей популяции.

Так, образцы ДНК жителей города были исследованы на наличие более 10 мутаций в генах BRCA1 и BRCA2. Самой распространенной оказалась мутация BRCA1 5382insC. Она была обнаружена в 20 из 7920

Современные технологии

Достижения окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (Сургут) в области хирургии сердца и сосудов не просто идут в ногу со временем, а занимают лидирующие позиции в регионе.

Это стало очевидным особенно нынче, когда в регионе подвели промежуточные итоги выполнения инновационного проекта «Югра – Кор». В процессе выяснилось: опыт и мастерство сердечно-сосудистых хирургов позволяют на высоком уровне качественно выполнять операции разным возрастным группам даже при оказании помощи больным с тяжелыми заболеваниями сердца и сопутствующей патологией.

За каждой цифрой – жизнь

Это особенно видно в интервенционной кардиохирургии

Хирургические вмешательства не только спасают сердце от инфаркта, но и улучшают качество жизни пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца. В кардиохирургическом стационаре центра за первое полугодие 2012 г. выполнено более 1100 операций, из них 101 – детям.

Интервенционная кардиохирургия в кардиологическом диспансере на сегодняшний момент – это 1500 исследова-

ний, в том числе более 1200 коронарографий, и около 900 малотравматичных операций (из них – более 500 ангиопластик со стентированием). Развитие современной медицины и профессионализм специалистов позволяют у двух из трех пациентов выполнять эндоваскулярные операции на сердце.

Вовремя оказанная квалифицированная медицинская помощь – результат работы инновационного проекта «Югра-

Кор», в рамках которого экстренная помощь больным с острым инфарктом миокарда позволяет сохранить жизнь пациентам, возратить их в семью и на производство. За первое полугодие нынешнего года экстренную помощь в стенах центра получили 200 человек с диагнозом острый коронарный синдром.

...За каждой цифрой – человеческая жизнь. Достигнутые показатели кардиоцентра спо-

собствуют доступности высокотехнологичных видов помощи населению округа – каждый житель Югры может бесплатно получить необходимый комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг с использованием самых современных медицинских технологий.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Заканчиваются XXX Олимпийские игры. Сколько прекрасных минут подарили выдающиеся спортсмены нам – зрителям! Ловкие, смелые, сильные российские звезды преодолевали трудности, брали самые сложные высоты в своих видах спорта. Многие из них не огорчили нас, не подвели. Но чтобы достичь результатов, им понадобились годы тренировок.

И здесь требуется планирование

Ни для кого не секрет, что развитие и сохранение такого физического качества, как гибкость, в любом виде спорта является основой спортивного долголетия. А для тех, кто всерьез заботится о своем здоровье, – прекрасный задел для активного и здорового будущего.

Чтобы обеспечить развитие гибкости, необходимо непрерывно развивать функциональные возможности организма. Это достигается за счет планирования тренировочного занятия и включения в обязательном порядке упражнений, направленных на развитие и сохранения гибкости.

После тренировки мышечная функциональная гипертрофия ведет к замедлению скоростно-силовой составляющей мышц верхних и нижних конечностей, появляется субъективное чувство «забитости» мышц, что ведет к скорейшему утомлению и изменению мотивации на следующую тренировку, возможно, даже к появлению болевых ощущений в мышцах, что негативно сказывается на гибкости и приводит к чувству скованности в крупных суставах (плечевых, тазобедренных, коленных, голеностопных). Для профилактики этого явления и как следствие спортивного травматизма крайне необходимы упражнения на растяжения и гибкость как в преодолевающем, так и в уступающем режимах.

Эксперимент удался

На базе кафедры теории и методики атлетизма Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф.Лесгафта в С.-Петербурге проведен интересный эксперимент. Конечно, контроль за ним осуществляли врачи, и не последнее слово принадлежало именно им. В контрольную группу было отобрано 18 атлетов,

Исследования

Спортивное долголетие — не фантазия

Гибкость – основа здорового образа жизни и успехов в спорте



в экспериментальную – 17. Возраст атлетов 18-27 лет (мужчины и женщины), занятия тяжелой атлетикой, бодибилдингом, пауэрлифтингом, фитнесом около 5-7 лет.

В контрольной группе атлеты после тренировки не выполняли комплекс упражнений на гибкость и растяжения, в экспериментальной группе – в обязательном порядке после основной тренировки упражнения (активные и пассивные) длились не менее 20 минут.

Вот примерный комплекс (активный) для атлетов в экспериментальной группе:

- вис на перекладине с закрепленными руками головой вверх без отягощения и разведением приведенных прямых ног в гиперэкстензии к ягодицам;
- круговые движения руками с гимнастической палкой вперед-назад (хват от степени гибкости меняем), потягивания руками в разные стороны;
- потягивания руками в разные стороны и к носочкам, упражнения на больших мягких мячах-подушках;

– упражнения на «шведской» стенке.

Упражнения корректируются индивидуально под контролем тренера. К примеру, если прорабатывался верхний плечевой пояс и мышцы туловища, по окончании силовой тренировки желательно включить плавание или комплекс аквааэробических движений на растяжение в бассейне в течение не менее 20 минут.

Если же прорабатывались на силовой тренировке пояс и мышцы нижних конечностей, тогда желательно включить пробежку в темпе ниже среднего в течение 20 минут или быструю ходьбу, по окончании которой необходимо провести упражнения на растяжение задней и медиальной группы мышц бедер.

Победил комбинированный метод

В рамках данного исследования по модифицированной стандартизованной анкете было опрошено 35 респондентов на предмет взаимосвязи между уровнем

спортивных достижений атлетов и применяемых, в том числе и врачами, методик, направленных на улучшение и сохранение гибкости.

Исследование охватило возрастную категорию атлетов от 18 до 27 лет, занимающихся тяжелой атлетикой, пауэрлифтингом, фитнесом и бодибилдингом: 15% составляли спортсмены до 20 лет, 50% – от 20 до 25 лет, 35% – от 25 до 27 лет.

В выборку исследования попали как начинающие (50% занимаются менее 2 лет), так и опытные спортсмены (35% занимаются свыше 3 лет), 15% из опрошенных тяжелых атлетов являлись мастерами или кандидатами в мастера спорта.

Около 30% атлетов от опрошиваемой совокупности регулярно выступают на соревнованиях разного уровня, начиная с городских и областных и заканчивая чемпионатами России (из них более 83% становились чемпионами этих соревнований).

В результате обработки анкетного массива было установлено, что для 75% респондентов именно комбинированный метод с обязательным выполнением в конце тренировки комплекса упражнений на гибкость является наиболее эффективным методом тренировки двигательной деятельности, позволяющим атлету постоянно улучшать свой результат. Более того, 80% спортсменов, которые выигрывали спортивные соревнования, преимущественно использовали именно комбинированный метод тренировки с активными упражнениями на гибкость, выполняемыми в преодолевающем режиме.

Результаты. В экспериментальной группе значительно увеличилась мотивация на следующую тренировку, улучшились показатели скоростно-силовой составляющей мышц атлетов и гибкость, уменьшился спортивный травматизм.

А вывод можно сделать

один – всем спортсменам, активно занимающимся любым прикладным видом спорта, вне зависимости от стажа занятий и возраста, необходимы упражнения на гибкость и растяжение после тренировки или вне тренировки достаточной продолжительности для оптимального «задела» на следующую тренировку и поддержания оптимальной спортивной формы. Кроме того, эти упражнения будут полезны всем людям, которым небезразлично свое здоровье и которые хотят сохранить бодрость и активность в течение всей жизни. Такой комплекс упражнений отлично подходит и для больных, перенесших инсульты с гемипарезами, больных, страдающих заболеваниями периферической нервной системы, после травм опорно-двигательного аппарата.

Эдуард НАУМЕНКО,
подполковник медицинской службы,
кандидат медицинских наук,
Филиал Главного военного
клинического госпиталя
им. Н.Н.Бурденко.

Москва.

Александр СУРКОВ,
профессор кафедры теории
и методики атлетизма.

Виктор ЗВЕРЕВ,
профессор кафедры теории
и методики атлетизма.

Дмитрий ДАЛЬСКИЙ,
старший преподаватель кафедры
теории и методики атлетизма.

**Национальный государственный
университет физической культуры,
спорта и здоровья
им. П.Ф.Лесгафта.**

С.-Петербург.

НА СНИМКЕ: ученые подтвердили то, о чем спортсмены давно догадывались: для достижения рекордов гибкость столь же необходима, как и спортивная злость.

Точка зрения

Недержание является одним из важных факторов, влияющих на качество жизни как самих больных, так и их близких. Об этом свидетельствуют результаты нового исследования, проведенного по инициативе Европейской общественной организации «Eurocares». В частности, в тех семьях, где есть больной с нарушениями функции выделения, этот показатель был на 48% ниже по сравнению с теми, кто ухаживает за родственниками, не имеющими такой проблемы. Эти данные были представлены на IV Всемирном форуме по проблеме недержания (GFI), состоявшемся в текущем году в Копенгагене (Дания).

Согласно статистике, около 6% людей в мире страдают недержанием той или иной степени тяжести. Если говорить о недержании в контексте возраста, то среди людей старше 65 лет около половины имеют это нарушение. Однако, несмотря на колоссальный масштаб заболевания, о нем почти не говорят. По различным данным, в России в среднем лишь 4% больных обращаются к врачам. – В качестве сопутствующих проблем недержание можно отметить еще и у 70-80% стомиро-

Деликатные проблемы

ванных пациентов, то есть имеющих стому (вывод) кишечника или мочевых путей, – говорит Вячеслав Суханов, президент «АСТОМ» – российской общественной организации инвалидов, основной задачей которой является медико-социальная реабилитация больных с нарушениями функции выделения. – И наша задача как общественной организации заключается в том, чтобы объединить людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, вернуть их к полноценной, активной жизни.

Во всем мире вопросам реабилитации таких пациентов уделяется огромное внимание. Достаточно высока осведомленность о специальной продукции, соответствующих торговых марках, прошедших не только сертификационные исследования, но и доказавших свою эффективность в решении проблем недержания. В европейских странах уже сложилась культура потребления средств для контроля за недержанием, оказывается социальная помощь. К примеру, в Испании и Италии государство компенсирует

затраты на продукцию, покупаемую по рецепту врача. В Великобритании возмещается стоимость за приобретенный товар после того, как пациент был обследован и ему было рассчитано месячное потребление определенного количества продукции. В Нидерландах стоимость изделий оплачивается страховыми компаниями при условии, если пациент платил страховые взносы.

Крайне важным являются и такие аспекты, как тщательный индивидуальный подбор специальной продукции каждому пациенту, имеющему те или иные проблемы недержания, а также проведение соответствующего обучения по ее применению. К сожалению, в России пока об этом можно только мечтать, хотя определенные положительные тенденции начинают прослеживаться. Ежегодно увеличиваются ассигнования государства на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР). Минздравом России в последние 2 года проведена большая работа по структуризации обеспечения стомированных

и нестомированных (с другими проблемами функции выделения) пациентов ТСР, созданию специального перечня – классификации ТСР (приказ Минздравсоцразвития России № 823н от 28.07.2011), допущенных для государственного льготного обеспечения. В работе над этим документом также принимали участие и общественные организации, в том числе «АСТОМ», благодаря чему перечень был значительно расширен. При поддержке компаний – производителей продукции для контроля недержания, таких как ТЕНА, разработаны специальные обучающие и просветительские программы для повышения уровня знаний в области проблем с недержанием, ориентированные как на самих пациентов, так и на их родственников, медперсонал, социальных работников. Но, к сожалению, далеко не все проблемы людей с ограниченными возможностями решаются на цивилизованном уровне.

– Про культуру потребления жизненно важной продукции можно и не говорить, так как ее нет, – продолжает В.Суханов. – Есть

огромная бюрократизированность очень многоступенчатой и сложной системы обеспечения ТСР. Рынок данной продукции в России просто дикий. На нем работает огромное число посредников, зачастую некомпетентных в данной области, предлагающих, как правило, изделия низкого качества. Определяющим фактором в проведении тендеров и аукционов по-прежнему является цена, а о последствиях для людей, использующих эту продукцию, мало кто думает.

Но даже эта пусть небольшая, но гарантированная помощь доступна не всем. За рубежом больные, независимо от их статуса, бесплатно обеспечиваются всем необходимым. У нас система бесплатного обеспечения изделиями по уходу охватывает только людей, имеющих статус инвалидов, что, конечно, недопустимо. Нехватка квалифицированных специалистов, отсутствие специализированных медицинских кабинетов, слабый контроль за конечным результатом по применению продукции на предмет ее реабилитационной эффективности – всё это является в целом особенностями реабилитации и интеграции в общество людей с нарушениями функции выделения в нашей стране.

Ирина АНДРЕЕВА.

Нередко в любое время года человек страдает обострением цистита. Но отчего прогрессирования и фитотерапия, обычно применяемые в домашнем лечении, иногда не помогают? Почему в таких случаях требуется прием антимикробных препаратов? Об этом рассказывает уролог кандидат медицинских наук Онис КАЛАЙЧЕВ.

Виновата инфекция

Проблему цистита нельзя рассматривать односторонне, поскольку у каждого пациента может быть своя, сугубо индивидуальная причина болезни. Это зависит от пола, возраста человека и наличия у него тех или иных хронических заболеваний, способных осложнить течение воспалительного процесса в мочевом пузыре. Чаще всего циститы возникают у прекрасной половины человечества вследствие короткой уретры и близости таких резервуаров инфекции, как влагалище и прямая кишка.

Как и любой воспалительный процесс, болезнь может протекать по-разному: остро или хронически с эпизодическими обострениями, латентно (скрыто), когда симптомы заболевания выражены незначительно, или вообще без каких-либо проявлений заболевания.

Как протекает процесс

Если у пациентки молодого или среднего возраста впервые появились симптомы воспалительного заболевания мочевого пузыря – учащенные позывы к мочеиспусканию, боли и рези в низу живота, усиливающиеся при мочеиспускании или в конце этого акта, то ей иногда бывает достаточно приема обильного питья, исключения из рациона острых блюд и местного применения тепла, чтобы симптомы болезни прошли в течение нескольких дней.

Совсем другое – цистит в пожилом и старческом возрасте, который, в силу снижения иммунитета пациента и интеркуррентных (сопутствующих хронических) заболеваний зачастую носит осложненный характер. Рассмотрим проявления такого заболевания на примере некой пациентки. Так, у нее в возникновении цистита может участвовать, что бывает довольно часто, условно-патогенная или патогенная микрофлора, чаще всего неспецифическая. Это, к примеру, кишечная палочка, энтерококки, протей, стафилококки, стрептококки и др. Иногда отмечаются и микробные ассоциации. Возбудителей этих масса, и выявить их можно через культурологическое (то есть бактериологическое) исследование мочи.

Отмечу, что у пожилой женщины болезнь может проявляться так же остро, как и у молодой, но чаще имеет место хронический характер течения с эпизодическими обострениями. Довольно часто ко мне по направлению других врачей приходят пациентки старшего возраста, у которых случайно при обследовании в моче обнаруживаются клетки, характерные для воспалительного процесса, – лейкоциты.

В зависимости от степени развития этого процесса мы прибегаем к назначению уросептиков или антибиотиков. Сразу подчеркну, что при выраженном воспалении препараты вроде «5-нок», фурагин, палин или растительные средства, которые в народе активно применяются в

лечении циститов, здесь должны дать эффект, скорее всего, не дадут. У женщин с нелеченым или недолеченным циститом через некоторое время могут появиться симптомы пиелонефрита – воспалительного заболевания почек. Так что названные препараты можно применять лишь в тех случаях, если воспаление незначительно. А при выраженном воспалительном процессе обязательно назначаются антибактериальные препараты.

Но подчеркну, что к приему

к примеру, таких, как камни мочевого пузыря и мочеточника, гиперактивный мочевой пузырь, опухоли и другие заболевания. Вот почему каждая пациентка с симптомами цистита в пожилом и старческом возрасте подлежит обследованию.

Врач в первую очередь стремится исключить онкологию, для чего направляет женщину на обследование – сдачу анализов крови и мочи, УЗИ мочевыводящей системы. По показаниям выполняется также цистоскопия

возбудителя, а микробы между тем вырабатывают устойчивость против этого антибиотика.

Чтобы антибактериальное средство давало ожидаемый результат, при лечении воспалительных заболеваний необходимо как можно точнее подбирать дозировку антибиотика, кратность и продолжительность его приема. Наблюдения показывают, что характер микрофлоры зависит также от среды нахождения пациента. К примеру, есть амбулаторные и так называемые

Врач и пациент

Такой разный ЦИСТИТ...

Это очень распространенное заболевание еще требует своего изучения



антибиотиков нужно подходить очень вдумчиво, ориентируясь на результаты культурологического анализа мочи. Если цистит у пациентки возник впервые, бактериальный посев мочи можно не назначать. А если у нее хронический и рецидивный (повторный) цистит, то назначение культурологического исследования мочи для определения типа возбудителя и чувствительности его к тому или иному антимикробному препарату обязательно.

До получения результатов бакпосева назначается эмпирическая терапия в расчете на возбудителей, наиболее часто вызывающих заболевание. (Эмпирическая, или вероятностная, терапия основана на предположении о наиболее вероятном возбудителе инфекции и большом клиническом опыте наблюдения подобных ситуаций).

Скрываясь под маской

Очень важны для выбора антимикробного препарата также показатели функции почек и печени. Для чего это нужно? Для того, чтобы врач мог понять, какой препарат лучше назначить: преимущественно с печеночным или почечным путем выведения лекарства из организма. Специалист должен обратить внимание и на наличие остаточной мочи, которое может служить признаком не только острого или хронического цистита, но и других заболеваний пациентки.

А под маской цистита, должен подчеркнуть, может протекать множество различных болезней,

(осмотр глазом слизистой мочевого пузыря). Тактика дальнейшего лечения зависит от того, какой это цистит – неосложненный или осложненный. А в качестве осложнений у женщины пожилого возраста могут выступать сахарный диабет и различные интеркуррентные заболевания.

Кроме того, у пациенток старше 65 лет, в постменопаузальном периоде, нередко обнаруживаются атрофические циститы. Они являются следствием того, что в постменопаузе резко уменьшено количество положительной микрофлоры влагалища – лактобактерий, подавляющих инфекцию, заносимую ну, например, из прямой кишки. Таких пациенток мало лечат антибиотиками – у них, помимо этого, надо восстанавливать микрофлору влагалища.

Почему антибиотик не помогает?

Сегодня большой медицинской проблемой является растущая резистентность возбудителей, то есть отсутствие эффекта от назначаемых антимикробных препаратов вследствие устойчивости патогенных возбудителей к этим средствам. Во многом такая проблема возникла из-за неправильного использования антибиотиков, когда люди самостоятельно прибегают к их употреблению или меняют дозировку и сроки лечения, назначенные врачом, а то и вовсе прерывают курс. А если доза принятого препарата ниже минимальной концентрации, подавляющей рост бактерий, она не воздействует на

внутрибольничные инфекции. Последние в силу применения в стационарах различных антибиотиков труднее поддаются терапии.

Но если цистит не осложнен другими заболеваниями, если он не является рецидивным и, наконец, если женщине менее 65 лет, то ей антибактериальная терапия назначается на самый короткий срок – 3-5 дней. И снова повторю: препараты должны воздействовать на определенный вид патогенных возбудителей – так называемую грамотрицательную микрофлору, которая чаще всего вызывает воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей, в том числе циститы. Это, например, антибиотик – нолицин, который хорошо кумулируется в моче. Чаще всего в амбулаторной урологии используются антибиотики из группы фторхинолонов, к которым и относится нолицин.

Но надо знать: в тканях нолицин накапливается плохо, и поэтому при воспалительном процессе верхних мочевыводящих путей, скажем, при пиелонефрите, когда нужно достичь хорошей кумуляции препарата в тканях, он уже эффективно работать не будет. Соответственно при одновременном цистите и пиелонефрите назначается другой антибактериальный препарат.

Если же цистит возник у женщины старше 65 лет и носит рецидивный характер, то лечение антибиотиками продлевается до 7 дней.

А если у пациентки отсутствует чувствительность ко всем современным антибактериальным средствам? Да, так проявляется проблема резистентности, о которой я сказал выше. Есть немало людей, у которых флора нечувствительна к современным антибактериальным препаратам, в то время как к старым препаратам (например, к левомицетину, гентамицину и т.д.), как ни странно это покажется, чувствительность сохранена.

В такие нюансы я вникаю затем, чтобы больные знали, насколько важно руководствоваться назначениями врача и не пытаться заниматься самолечением цистита, тем более с применением антибактериальных препаратов.

Когда помогут тепло и травы

Будем считать, что пациентка благополучно прошла назначенный курс и почувствовала улучшение своего состояния: боли от нее отступили, нормализовалось мочеиспускание, исчез синдром ургентности (неудержания мочи). И сейчас ей имеет смысл закрепить эффект, используя домашние средства, например, те же тепловые процедуры – прогревания, ванны и фитотерапию. Но подчеркну, что после прогреваний ни в коем случае нельзя переохлаждаться, так как это может спровоцировать цистит и воспаление верхних мочевыводящих путей. Повторю: недолеченный или нелеченный цистит может вызвать пиелонефрит.

К применению растительных препаратов тоже надо подходить избирательно. Так, для получения мочегонного эффекта применяются сборы и настои определенных растений, например, толокнянки. Если целью терапии является противовоспалительное действие, то можно с успехом применять, к примеру, клюквенный морс. Есть и средства с комплексным эффектом: мочегонным, уросептическим и спазмолитическим. К таким растительным препаратам можно отнести канефрон, цистон, уропрофит, которые продаются в аптеках.

Следует помнить, что в острую фазу цистита продукты, обладающие кислым и острым вкусом, принимать не стоит, так как они оказывают раздражающее действие на слизистую мочевого пузыря.

Рецепты фитотерапии

Предлагаю рецепты употребления некоторых растений при заболеваниях почек и мочевого пузыря. При этом хочу напомнить типовое правило: настои и отвары из трав принимать после основной терапии.

Березовый сок. Он стимулирует функцию почек, повышает их работоспособность, очищает почечно-лоханочную систему и мочевые пути, оказывает противовоспалительное действие. Пить по 1 стакану березового сока 3 раза в день за полчаса до еды.

Настой шиповника. При заболеваниях почек и мочевого пузыря оказывает противовоспалительное и мочегонное действие. Для приготовления настоя 25 г сухих измельченных плодов шиповника залить в термосе 0,5 л крутого кипятка, настоять 8-10 часов, процедить и пить по 1/2 стакана 3-4 раза в день за полчаса до еды.

Настой укропа. Обладает антиспастическим, мочегонным и противовоспалительным эффектом. Готовят настой из растертого укропного семени в соотношении: 1 часть семян на 20 частей горячей воды. Настоять 40-60 минут, процедить и пить по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

Настой ягод можжевельника. Оказывает мочегонное действие, дезинфицирует мочевыводящие пути, способствует отхождению камней. Приготовить настой из измельченных ягод можжевельника обыкновенного можно по предыдущему рецепту в соотношении 1:20 и пить его по 1 столовой ложке 3-4 раза в день.

Подготовила
Валентина ЕФИМОВА.

НА СНИМКЕ: хронический цистит доставляет женщине много болезненных проблем.

И жить торопится...

Все сегодня знают, что гены локализируются в хромосомах, особых окрашивающихся специальными красителями X-образных тельцах внутри клеточных ядер (от греч. «хромос» – краска и «сома» – тело). Гораздо меньше известно о концевых участках хромосом, или теломерах, хотя за их открытие в 2009 г. была присуждена Нобелевская премия. Это древнейшие молекулярные «остатки» РНК-содержащих вирусов, примерами которых являются некоторые раковые и ВИЧ, у которых имеется особый фермент теломераза. Как и обратная транскриптаза вирусов, этот фермент осуществляет «обратный» синтез ДНК на матрице РНК, откуда и его название.

С каждым клеточным делением длина одноцепочной ДНК теломеры уменьшается на 300-400 «букв» генетического кода, или нуклеотидов. В конечном итоге по достижении определенной критической длины теломеры дают сигнал к апоптозу, или генетически запрограммированной смерти клеток. Естественно, что в раковых клетках длина теломерной ДНК не сокращается. Восстановление длины происходит при «переходе» поколений, то есть образовании мужских и женских половых клеток – гамет. Ученые давно подозревали, что «длинник» теломеры отсчитывает годы нашей жизни, однако до самого последнего времени это были больше догадки, не имевшие под собой солидной количественной основы. Некоторые также через длину хромосомных концов пытались объяснить загадочный биологический феномен меньшей продолжительности жизни мужских особей буквально у всех видов (и жить торопится и чувствовать спешит). Неплохо было бы с помощью теломер объяснить и загадочно длинную жизнь африканских землекопов, живущих как минимум в 10 раз дольше своих сородичей – грызунов.

Оставалось только разработать метод четкого количественно-

го учета длины теломер, что и сделали недавно сотрудники Колумбийского университета в Нью-Йорке, опубликовавшие свои «квантитативные» данные в журнале Archives of Neurology. Еще в 1992 и 1999 гг. «про запас» до лучших времен были взяты анализы крови (часть ее оставалась все эти годы в жидком азоте) у двух групп людей общей численностью 4308 человек старше 65 лет. В конечном итоге у 1908 из них была получена «целая» ДНК, пригодная для секвенирования (чтения последовательности). В январе 2011 г. в медицинском центре Колумбийского университета были окончательно определены жизненный статус участников исследования, а также их психическое состояние в Нью-Йоркском институте психиатрии (по четвертому изданию «Диагностического и статистического руководства психических расстройств», хорошо знакомому специалистам).

За прошедшие с начала работы годы некоторые умерли, достигнув среднего возраста 86 лет, у 190 из них, или 9,6% развилась старческая деменция. Точный подсчет нуклеотидов в теломерах испытуемых показал, что у умерших длина теломерной ДНК была всего лишь 6218 «букв»

против 6491 у живых. Средние отклонения длины составили у первой группы 819 нуклеотидов против 881 у второй. Сходная картина наблюдалась и при сравнении ДНК людей с деменцией: 6131 против 6431. Авторы приходят к выводу, что уменьшение длины теломер является существенным фактором риска при раннем развитии деменции, хотя статистически это оказалось существенным лишь у женщин. Таким образом, длина теломер при ее четком количественном определении действительно может стать важным маркером биологического возраста человека.

На число «букв» в теломерной ДНК влияют не только внутренние генетические факторы, но также и внешние, такие как курение и экологические стрессы, социальный статус и физическая активность (вернее, ее отсутствие), потребление в пищу жиров морских животных и т.д. Раньше уже было показано, что длина теломер определенным образом связана с развитием болезни Альцгеймера и деменции, а также со смертностью людей. Но до сих пор не было таких четких количественных данных с точностью до отдельного нуклеотида. Теперь можно ждать разработки количественных диагностикомов рака, с помощью которых можно будет не только определять риски предрасположенности к опухолевым заболеваниям, но и осуществлять мониторинг эффективности противораковой терапии.

Игорь ЛАЛАЯНИ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Archives of Neurology.

Пленки холерного вибриона

Инфекционисты и иммунологи, микробиологи и другие смежные с ними специалисты хорошо знают о проблеме, связанной с хроническими инфекциями. Дело в том, что микроорганизмы довольно быстро образуют биопленку (biofilm), плотность которой препятствует проникновению как антибиотиков, так и довольно больших молекул белковых антител. Сотрудники Калифорнийского университета в

Беркли (пригороде Сан-Франциско) разработали новый метод микроскопии, разрешающая способность которого достигает всего лишь 20, а не 200 нм. При таком высоком разрешении удалось рассмотреть последовательные этапы образования клетками холерного вибриона (*Vibrio cholerae*) биопленки и при этом выяснить роль двух микробных протеинов, участвующих в процессе.

Свою статью они назвали «Молекулярная архитектура и принципы самосборки биопленки из клеток вибриона». Архитектурные принципы, как выяснилось, сходны с работой каменщика, укладывающего кирпичи слой за слоем, перемежая слои раствором. Роль кирпичей при этом выполняют микробные клеточки, скрепляющего же раствора – протеины, носящие сокращенные названия Rbm и Var. Холерные пленки образуют три четко различающиеся типа пространственной организации. Всё начинается с отдельных нескрепленных друг с другом клеток, которые затем по мере выделения цементирующего белка Var прилепляются к субстрату-подложке. Затем начинают образовываться кластеры, то есть «гроздь», адгезия клеток в которых обеспечивается клейкими поли-

сахаридами (всем известные целлюлоза и крахмал относятся к этому классу соединений). На третьем этапе добавляется протеин Rbm, с помощью которого кластеры холерных вибрионов соединяются друг с другом. Образующаяся структура весьма динамична, гибка и в высшей степени упорядочена, что хорошо видно при высоком разрешении микроскопа.

До 80% хронических инфекций человека так или иначе связаны с возникновением микробиопленок, резистентность которых к лечению в тысячу раз выше, нежели отдельных клеток. О значении данной проблемы свидетельствует тот факт, что в работе принял участие нобелевский лауреат Стивен Чу (Chu), являющийся к тому же министром энергетики США. Микробные пленки образуют-

ся на разного рода имплантатах, в том числе и сосудистых, а также и на искусственных суставах. Дело доходит до необходимости удаления инфицированных устройств. Неприятной особенностью биопленки является постоянное «слушивание» отдельных микробов, расселяющихся по организму подобно метастазирующим раковым клеткам.

Можно полагать, что выявление роли двух указанных белков позволит фармакологам выявить в протеинах молекулярные мишени для последующей таргетной терапии. Ведь не может быть так, чтобы какие-то одноклеточные микроорганизмы диктовали свою волю врачам...

Иван ЛАРИН.

По материалам
Science.

Департаменту здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа для работы в сельской местности требуются
МОЛОДЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ – врачи в возрасте до 35 лет.

Постановлением правительства Ямало-Ненецкого автономного округа предусмотрены единовременные компенсационные выплаты для специалистов с высшим профессиональным медицинским образованием, прибывших на работу в сельскую местность и заключивших трехсторонний договор на осуществление трудовой деятельности в течение 5 лет в автономном округе в размере 2 млн руб.

Обращаться по тел. (34922) 41-292.
Факс для отправки резюме (34922) 41-823.

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Фёдорова» Минздравсоцразвития России объявляет конкурс на замещение вакантной должности заведующего научно-педагогическим центром.

Дату и условия проведения конкурса уточняйте на сайте www.mntk.ru

Справки по тел.: (499) 488-8922 (отдел управления персоналом), (499) 484-7298, 488-8505 (ученый секретарь).

Альтернатива антибиотикам

Австралийские ученые сообщили о важнейшем научном открытии. Им удалось найти альтернативу антибиотикам. Ученые говорят, что важно найти новые способы лечения заболеваний без помощи антибиотиков, многие из которых становятся всё менее эффективными, поскольку появляются новые виды микробов, на которые проверенные средства не действуют.

Группа ученых из Университета Монаш в Мельбурне считает, что в качестве альтернативы антибиотикам может использоваться антибактериальный вирусный белок, известный под названием «Рлус». Впервые об этом белке заговорили как о возможном средстве борьбы с инфекциями еще в 1925 г., однако затем исследования были прекращены, поскольку были изобретены антибиотики.

После 6 лет изучения структуры белка совместно с американскими коллегами из Университета Рокфеллера и Университета Мэриленда австралийские ученые установили, каким образом этот

белок убивает бактерии, вызывающие ангину, пневмонию и стрептококковый токсический шокподобный синдром.

Доктор Шина Макгауэн из Университета Монаш назвала этот белок мощной машиной, уничтожающей бактерии. По ее словам, он напоминает что-то вроде летающей тарелки, оснащенной парой боеголовок. «Прицепляясь» к поверхности бактерии, он начинает «буришь» ее и в конце концов уничтожает. Макгауэн считает, что это средство может быть незаменимым, когда не помогают традиционные методы лечения таких болезней, как пневмония.

Считается, что эффективный лекарственный препарат в виде назального спрея или таблетки вряд ли будет создан раньше, чем лет через 10, однако ученым уже удалось добиться определенных успехов в лечении стрептококковых инфекций, проводя опыты на мышах.

Юрий ЦХЕМСКИЙ.

По материалам журнала
Proceedings of the National
Academy of Science.

Косточка за косточкой

Американские ученые обнаружили, что сфокусированный ультразвук вызывает ускоренный рост и повышенную подвижность «молодых» клеток костной ткани – остеобластов. Об этом свидетельствуют результаты работы исследователей из Университета Стони Брук в Нью-Йорке, проведенной под руководством профессора И-Сянь Циня.

Ученые провели исследование in vitro, в ходе которого воздействовали в течение минуты сначала на одиночные остеобласты, а затем на множество клеток сфокусированным ультразвуком средней интенсивности. При этом использовалась так называемая сила акустического излучения (acoustic radiation force), которая образуется в результате действия звуковой волны на препятствие. В медицинской практике на основе этого феномена при помощи акустической лучевой импульсной визуализации исследуется эластичность тканей.

В результате исследователи обнаружили, что сфокусированный ультразвук средней интенсивности, воздействуя на остеобласт, вызывает подвижность клеток, перестройку клеточного цитоскелета, ускоренный внутриклеточный

транспорт кальция и увеличение его концентрации. Благодаря накоплению кальция, отложению его в межклеточном веществе остеобласты быстрее преобразуются в остеоциты.

В своих более ранних исследованиях группа профессора Циня разработала прибор, позволяющий диагностировать потерю костной массы на ранних стадиях. Теперь ученые смогли модернизировать свое устройство и использовать в нем новую методику, которая, по их мнению, позволит не только определять участки фракционирования костей, но и способствовать росту и восстановлению костной ткани. Они планируют продолжить свои исследования и использовать новую методику при лечении остеопороза и других заболеваний.

А в конце мая этого года исследователи, сотрудничающие с NASA, объявили о создании нового метода ранней диагностики остеопороза по анализу мочи. При помощи определения соотношения различных изотопов кальция в моче ученые могли диагностировать развитие заболевания до начала изменения минеральной плотности костной ткани.

Анна КРАСАВКИНА.

По информации BBC News.

Исследования

Новый взгляд
на холестерин

Прописать статины всем, кому за 50?

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у здоровых людей можно существенно уменьшить, если прописывать им статины – препараты, снижающие уровень холестерина в крови. Об этом говорится в исследовании, опубликованном во влиятельном медицинском журнале «Lancet».

Авторы проделали большую работу: изучили истории болезни 175 тыс. человек. В итоге они пришли к выводу, что статины следует назначать не только пациентам из высокой группы риска, но и людям со здоровой сердечно-сосудистой системой.

Группа исследователей из Оксфорда рекомендовала Национальной службе здравоохранения Великобритании (NHS) рассмотреть возможность более частого назначения статинов для профилактики инфарктов и инсультов у пациентов из низкой группы риска. В настоящий момент английский Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования (входит в систему NHS) изучает материалы исследования.

Между тем многие эксперты отмечают, что у статинов имеется ряд побочных эффектов, среди которых риск развития почечной недостаточности. Каждый день от 6 до 7 млн британцев принимают статины. Сейчас эти лекарства назначаются пациентам с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Существует специальная система для оценки этого риска.

Врачи принимают во внимание возраст, кровяное давление и уровень холестерина у пациента, а также стиль его жизни: много ли он двигается или большую часть дня сидит перед компьютером.

В соответствии с этим британские врачи прогнозируют вероятность развития у пациента инфаркта или инсульта в ближайшие 10 лет. Этот прогноз выражается в процентах: статины прописываются тем, у кого вероятность развития заболеваний сердечно-сосудистой системы превышает 20%.

Однако авторы исследования, опубликованного в Lancet, призывают понизить этот порог до 10%. Они утверждают, что чем ниже уровень холестерина в крови, тем лучше.

Профессор Колин Бэйджент, принимавший участие в научной работе, поясняет это так: «Долгие годы нас учили, что проблема заключается в высоком уровне холестерина. Но мы выяснили, что какой бы у вас ни был уровень холестерина в крови, дальнейшее его снижение произведет лишь благотворный эффект».

Бэйджент подсчитал, что если прописывать статины пациентам с вероятностью развития инфаркта или инсульта в 10%, то к нынешним 6-7 млн британцев, принимающих эти препараты, добавится еще как минимум 5 млн человек. Зато это поможет, по подсчетам ученого, спасти около 2 тыс. жизней и предотвратить порядка 10 тыс. сердечных приступов и инсультов ежегодно.

Профессор напоминает: около

половины всех сердечных приступов и инсультов происходит у людей, которые до той поры считали себя абсолютно здоровыми. Это значит, что статины необходимо прописывать большему числу британцев, резюмирует эксперт.

Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования, который регулирует сферу лекарственных препаратов в Англии и Уэльсе, в настоящий момент изучает результаты исследования и обещает представить свои доводы к концу 2013 г.

Главный вопрос при назначении статинов – вероятные побочные эффекты, которые могут проявиться в заболеваниях печени, в мышечной слабости, способствовать развитию у пациентов почечной недостаточности и диабета. Тем не менее профессор Шах Ибрагим из Лондонской школы гигиены и тропической медицины утверждает, что статины – универсальное средство для пациентов старше 50 лет.

– У 83% процентов мужчин старше 50 лет риск развития сердечно-сосудистых заболеваний составляет 10%. Назначение статинов каждому, чей возраст превышает 50 лет, вероятно, сэкономят деньги Национальной службы здравоохранения в долгосрочном периоде, поскольку не надо будет тратить на лечение пациентов с инсультами и сердечными приступами, – заявляет эксперт.

Подготовил
Юрий БОРИСОВ.
По материалам ВВС.

Осторожно!

Малыши и семечки

Детям до 5 лет давать орешки и семечки категорически воспрещается. Более того, эти лакомства должны находиться в недоступных для малышей местах. К сожалению, всегда занятые родители, а также бабушки и дедушки далеко не всегда помнят об этом. А ведь в данном случае речь, по сути, идет о бытовой безопасности.

Всего лишь за несколько последних месяцев в хайфскую больницу «Рамбам» были доставлены малыши, которые так или иначе добрались до этих запретных для них лакомств. Проглоченные семечки и орешки попадали в дыхательные пути. В двух эпизодах израильским врачам пришлось иметь дело с малышами в возрасте до 1 года. В первом случае у 5-месячной девочки в дыхательных путях оказалось семечко, а во втором – 8-месячный мальчик вдохнул орешек.

У девочки семечко проскочило гортань и засело в левом бронхе. Первоначально родители никак не связывали резко ухудшившееся состояние крохи, у которой резко повысилась температура и появился сильный кашель, с нахождением в ее организме



постороннего предмета. Они просто не видели, что их маленькая дочь проглотила семечко. К сожалению, и в больнице не сразу установили правильный диагноз. Дело в том, что на рентгеновском снимке семечко по плотности мало отличается от плотности тканей организма. Когда врачи установили причину недомогания ребенка, им пришлось под общей анестезией вводить бронхоскоп диаметром 4 мм и в течение 20 минут извлекать инородное тело специальными очень маленькими инструментами. По словам ото-

риноларинголога доктора Арье Гордина, производившего эту операцию, в его практике «это был самый маленький пациент, которому оказывалась такого рода помощь».

Во втором случае орешек тоже застрял в бронхе, только в правом. Его тоже пришлось доставать с помощью бронхоскопа. И эта операция прошла благополучно.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Хайфа.

Грани

Японские женщины впервые за последние 26 лет потеряли мировое лидерство по продолжительности жизни. Они уступили жительницам Гонконга.

сение и цунами, произошедшие в марте 2011 г., а также возросшее число самоубийств среди молодых японок. По данным министерства, частота суицидов по сравнению с

Эхо цунами

Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения Японии опубликовало отчет, в котором представлены данные по средней ожидаемой продолжительности жизни в разных странах за 2011 г. Согласно документу, показатель для японских женщин снизился по сравнению с прошлым годом на 0,4 года и составил 85,9 года. Жительницы Гонконга, оказавшиеся на первом месте, в среднем живут 86,7 года.

Причинами снижения ожидаемой продолжительности жизни женщин японский минздрав назвал разрушительное землетря-

2010 г. выросла на треть и составила 16,3 случая на 100 тыс. женщин в возрасте от 25 до 29 лет.

Среди мужчин по средней продолжительности также лидируют жители Гонконга, для которых этот показатель составил 80,5 года. На втором месте оказались швейцарцы, которые в среднем доживают до возраста в 80,2 года. Ожидаемая продолжительность жизни исландцев, ставших третьими, приближается к 80 годам.

Ирина АНДРЕЕВА.

По информации
The Japan Times.

Ракурс

Первое лекарство
для профилактики ВИЧ

Группа американских экспертов рекомендовала федеральным властям разрешить к применению первое лекарство для профилактики заражения ВИЧ – вирусом, вызывающим СПИД.

В США экспертная комиссия при Управлении по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) рекомендовала использовать лекарственный препарат «Трувада» (Truvada) для здоровых людей, относящихся к группам риска, – мужчин-гомосексуалистов и бисексуалов, а также для гетеросексуальных партнеров ВИЧ-инфицированных. Врачи уже прописывают «Труваду» многим ВИЧ-инфицированным пациентам. Однако теперь FDA предстоит решить, следует ли одобрить использование лекарства в качестве профилактического средства. FDA, как правило, прислушивается к рекомендациям экспертной комиссии, хотя формально не обязано это делать.

Некоторые врачи видят в «Труваде» новый шаг вперед в борьбе со СПИДом. Другие говорят, что препарат может дать людям ложное чувство уверенности и привести к сокращению использования презервативов – наиболее эффективного средства профилактики ВИЧ-инфекции.

Исследования показали, что в случае приема в соответствии с предписаниями врачей «Трувада» предотвращает заражение ВИЧ-инфекции в 90% случаев. Однако препарат оказался успешным

лишь в 44% случаев при нерегулярном приеме.

Высокая стоимость препарата (около 14 тыс. долл. за годовой курс лечения), по мнению некоторых, делает его недоступным и отвлекает средства, которые могли бы пойти на финансирование разработок более дешевых лекарств.

Между тем в борьбе со СПИДом ученые решили использовать проститутки. Они теперь будут помогать миру не только любовными утехами, но и внесут посильный вклад в борьбу со смертельным заболеванием. Оказываются, у части проститутки в Африке и некоторых других регионах имеется естественный иммунитет к ВИЧ. Это можно использовать для разработки вакцины от этого страшного заболевания, считают ученые.

В Африке доля женщин среди больных СПИДом составляет 60%. И именно у женщин впервые появились естественный защитный механизм против ВИЧ-инфекции. Известно, что ВИЧ действует следующим образом: он вызывает воспаление, которое способствует появлению большого количества Т-клеток иммунитета, и тогда уже он поражает их, лишая человека защиты и постепенно его убивая. Но у некоторых женщин иммунного ответа на проникновение вируса в организм практически нет, а значит, шанс заболеть ВИЧ падает почти до нуля. Это и хотят использовать ученые.

Борис АДАМОВ.

По материалам Associated Press.

Здорово!

«Электронный нос»

«Электронный нос», способный распознавать по дыханию людей следы туберкулеза и пневмонии, намерена разработать международная группа ученых.

Канадский федеральный фонд Grand Challenges Canada и Фонд Билла и Мелинды Гейтс предоставил на исследование в этой области 950 тыс. долл.

Создание «электронного носа» для выявления признаков заболевания – это смелая идея, которая

в случае реализации могла бы предотвратить гибель по крайней мере 400 тыс. из 1,7 млн человек, ежегодно умирающих от туберкулеза. Полученный грант будет использован для финансирования испытаний прототипов устройств на протяжении 2 лет в четырех районах Индии. В дальнейшем эту методику можно было бы использовать для создания анализаторов для выявления рака легких.

Игорь НИВКИН.

По материалам TV CBC.

Многие авторитетные направления психологии XX века объясняли высшую психическую деятельность человека с позиций детерминизма, опосредованности и предопределенности. Особенно преуспела в этом отношении психология бихевиоризма. Один из ее представителей Э. Торндайк открыл ряд бихевиористских законов поведения: эффекта, утраты, готовности, ассоциативного сдвига.

«Всё остальное безумие...»

Едва ли первым бихевиористом был Козьма Прутков, глубоко мысленно заметивший: «Щелкни кобылу в нос – она махнет хвостом». Бихевиоризм считает, что «Синица в руках лучше, чем журавль в небе», а «Умный в гору не пойдет», направив свои стопы по более приятной траектории. В общем, «Рыба ищет, где глубже, а человек...», ну и так далее. Обыватель предпочитает входить в каждый следующий фрагмент своей жизни широкими дверями: так удобнее – одежда не порвется, шпик не набьешь, и душевного напряжения этот накаченный путь не вызывает. «Человек должен есть, пить и одеваться. Всё остальное – безумие», – иронически заметил С. Лем. Это – заветное кредо «маленького человека», прагматичная философия буржуа. «Little things please little minds» – «Простые вещи радуют простые умы»...

Если с позиций бихевиоризма кажется относительно понятной жизнь растений и лягушек, то жизнь и поступки таких людей, как Св. Франциск Ассизский, доктор Ф. П. Гааз, А. Швейцер, Махатма Ганди, в этой системе представляются неясными и необъяснимыми. Их жизненный путь пролегал в пространствах, недоступных биноклю бихевиоризма.

Рухнувший храм семьи

Жизнь и судьба врача, писателя, педагога Януша Корчака также необъяснима с точки зрения бихевиоризма. Генрик Гольдшмит (таково было его настоящее имя) родился в семье варшавского адвоката в 1878 г., и его раннее детство прошло в обстановке, которую принято называть благополучной. Серьезных материальных проблем в семье не было. Гольдшмиты принадлежали к числу известных в Варшаве ассимилированных еврейских семейств. Дед Корчака по отцу, Хирш Гольдшмит, был известным врачом; отец, Юзеф Гольдшмит – заметным адвокатом, автором монографии «Лекции о бракоразводном праве по положениям Закона Моисея и Талмуда». Школьные годы Генрика прошли в русской гимназии Варшавы – весьма уважаемой учебной заведении. Преподавание здесь велось на русском языке. В 1-м классе преподавалась латынь, во 2-м – французский и немецкий, в 3-м – греческий. Обычная история ребенка из ассимилированной еврейской семьи, стремящейся к еще большей социокультурной ассимиляции, искренне желающей прочнее войти в государственную систему страны и принести пользу согражданам.

Была альтернатива: герметичный центристский мир иудейского гетто, в котором движение времени словно замерло, сохранив весь былой антураж: от почти музейных одеяний до экзотических профессий, становящихся династическими, и центробежный, всё более секулярный мир европейского капитализма. Если первый вариант сохранял устои и каноны, очерчивая канву сценария жизни, в котором многое было предопределено и в значительной мере заранее известно – от того, кто с кем будет помолвлен, по какой улице и в какую синагогу станет ходить

всю жизнь, что станет источником существования семьи... (613 заповедей Торы регламентировали действия иудея, не оставляя места для возможных волюнтаристских девиаций); то второй вариант был менее определенным. Не обещая стабильности и не давая гарантий, он сулил ту возможность, которая позволяла изменить привычный сценарий.

Детство Генрика Гольдшмита не было безоблачным. Кое-где в «Дневнике» он пунктирно упоминает о характере своего отца,

имени Берсонов и Бауманов и воспитателем в летних детских лагерях. В 1905 г. вышла его первая повесть – «Дитя Гостинной», принесшая ему первый успех. Теперь литература стала важной частью жизни Корчака. В 1911 г. он основал «Дом сирот» для еврейских детей, которым руководил (с небольшим перерывом) до конца жизни. В 1914-1918 гг. Корчак служил на Украине военным врачом, одновременно занимаясь обустройством детского дома для польских детей; написал в эти

зеленое знамя надежды, с четырехлистным золотым клевером. Зеленое знамя бесстрашного юного короля Матиуша. Даже вспомогательная полиция встала смиренно и отдала честь. Немцы, глядя на Корчака, спрашивали: «Кто этот человек?» – «Корчак с детьми», – был ответ. Когда дети были уже в вагонах, немецкий комендант, отвечавший за погрузку эшелона, спросил Корчака, не он ли написал «Банкротство юного Джека». «Да, а разве это как-то связано с отправкой эшелона?» –

ничего не добавляющую к сути сюжета. Кроме того, бихевиоризм снимает с человека ответственность за любые его поступки: ведь биохимические и физиологические реакции зависят не от осознанного выбора, сделанного личностью, а от персонального метаболизма субъекта. Перефразируя М. Кундера, можно сказать: психология бихевиоризма считает, что «рука, лежащая в кармане, лучше, чем рука, положенная на сердце, скептически лучше, чем вера, знание лучше, чем исповедь».

Имена и судьбы

Узкие врата свободы

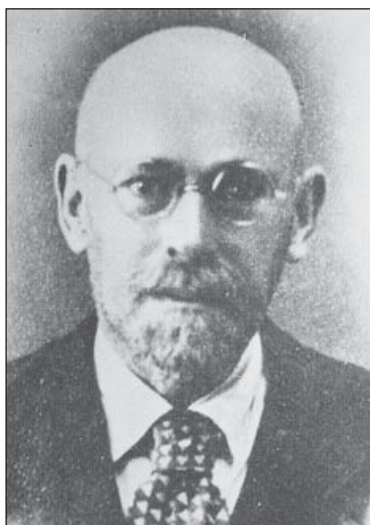
70 лет назад погиб выдающийся польский врач, педагог и писатель Януш Корчак

который, видимо, был нетерпеливым человеком весьма неровного и раздражительного характера, нередко применявшим меры, которые едва ли можно считать эталонными в педагогическом отношении: «...папуля называл меня в детстве растапой и олухом, а в бурные моменты даже идиотом и ослом». Но, всё же, несмотря на некоторые особенности личности, отец оставался для Генрика психологической опорой, казавшейся надежной защитой, краеугольным камнем, основой мироздания. Мир ребенка держался на вере в отцовское могущество. Авторитет отца выглядел гарантией надежного благополучия, давая уверенность в том, что жизнь устроена безопасно, разумно и правильно. Но в 1889 г. у Ю. Гольдшмита обнаружились признаки психического расстройства. Отныне его приходилось время от времени госпитализировать в психиатрические больницы. Содержание пациента в клиниках обходилось дорого, при том что не приносило радикальных изменений, и со временем семья, потерявшая единственный источник благосостояния – адвокатуру отца, оказалась в сложном материальном положении. С 15 лет Г. Гольдшмит подрабатывал репетиторством. Но финансовые сложности были всего лишь проблемой; психическое заболевание отца стало для подростка трагедией. Рухнул миф, рухнул мир, рухнул храм семьи. Отец оказался не всемогущим героем в крылатом шлеме, а человеком, получившим ореол заболевания, которое во многих культурах и религиях традиционно воспринимается, как кара Бога и позор. Распалась система: мир, казавшийся устроенным и разумно-справедливым, в одночасье прекратил существование.

Ю. Гольдшмит умер в 1898 г. В течение последних 7 лет он не работал; лечился – без особого эффекта – в психиатрических клиниках, а в период относительных улучшений возвращался домой – в постепенно бедневшую семью, обреченную еще и на то, чтобы видеть тяжкое безумие близкого человека, не имея ни малейшей возможности помочь ему. Крах всего мироустройства ассимилированной еврейской семьи, с таким трудом покинувшей детерминистическую предопределенность гетто, навеки отпечатался в психике ребенка, которому было всего 11 лет, когда его отец сошел с ума.

Последний Поступок

В год смерти отца Я. Корчак поступил на медицинский факультет Варшавского университета, а с 1903 г. в течение 8 лет работал в еврейской детской больнице



годы книгу «Как любить ребенка». Он возвратился в Варшаву в 1918 г., где отныне руководил детскими приютами, применяя новаторские педагогические методики и одновременно преподавая, сотрудничая с журналами, выступая по радио, читая лекции в Свободном польском университете и на Высших еврейских педагогических курсах... Настоящим событием стали новые книги Корчака – «Банкротство юного Джека» (1924), «Когда я снова стану маленьким» (1925), «Кайтусь-волшебник» (1935), «Упрямый мальчик. Жизнь Л. Пастера» (1938). Особенное место среди книг Я. Корчака занимает диалог «Король Матиуш I» и «Король Матиуш на безлюдном острове» (1923), принесшая автору мировую славу.

В 1939 г. началась война. В 1940 г. вместе с воспитанниками «Дома сирот» Корчак был перемещен в Варшавское гетто. Все свои возможности он теперь употреблял на то, чтобы добывать для детей еду и лекарства. По-прежнему, как и в «Доме сирот», продолжали работать детский сейм и детский товарищеский суд, издавалась детская газета, до последнего дня велись уроки, репетировалась пьеса-сказка Р. Тагора. Власть, зная, что Корчак еврей, тем не менее, разрешили ему свободный выход. Перед ним снова распахнулись широкие врата. Но он отказался оставлять детей даже на несколько часов и пользовался своей льготой лишь для того, чтобы добывать еду, которой в гетто фактически уже не оставалось.

В августе 1942 г. был издан приказ о депортации «Дома сирот». Корчак вместе с несколькими воспитателями и двумя сотнями детей в товарных вагонах был этапирован в Трелинку, отказавшись от предложенных ему в последнюю минуту жизни и свободы. Очевидец вспоминает: «Дети шли по четыре в ряд. Впереди Корчак. Над головами детей развивалось

«Нет, просто я читал вашу книжку в детстве. Хорошая книжка. Вы можете остаться, доктор». – «А дети?» – «Невозможно, дети поедут». – «Вы ошибаетесь, крикнул Корчак. – Вы ошибаетесь, дети прежде всего!» – И захлопнул за собой дверь вагона. Он предпочел остаться с детьми, погибнув вместе с ними в газовой камере. В этот момент Корчак в очередной раз привычно выбрал узкие врата свободы.

Вопреки бихевиоризму

Человек, любивший детей больше всего на свете (триумф, но как сказать иначе?), совершенно осознанно отказал себе в праве иметь их. Не последнюю роль в этом решении сыграло безумие его отца: он слишком хорошо помнил трагедию своей семьи и те бездны ужаса, которые разверзлись перед ним, 11-летним ребенком. Будучи врачом, он хорошо понимал, насколько велика вероятность наследования недуга. Постоянно находясь под дамокловым мечом безумия, он посчитал себя не вправе создавать хотя бы малейшую вероятность трагедии жизни близких людей. Такой выбор никак не укладывается в бихевиористскую теорию, считающую, что любой живущий реализует те стремления, которые – увы – можно считать, скорее, инстинктами и рефлексом, нежели осознанным самопожертвованием и героизмом.

Несколько раз Корчак, уже находясь в гетто, отказывался от спасения и относительного благополучия, оставшись с двумя сотнями чужих детей. Что думают по этому поводу бихевиористы?

И был последний Поступок Януша Корчака, который тоже никак не может быть подтверждением бихевиористской теории поведения человека. Выбор между жизнью и смертью адептам этой концепции представляется очевидным. Конечно, услужливая теория, вероятно, найдет возможность объяснить и этот поступок польского учителя, связав его с (например) бессознательным влечением Корчака к смерти (именно по этой причине он-де и не продолжил себя в потомстве, не продлил свой род, оборвав нить, тянущуюся из прошлого в будущее) и т.п. Но желание непременно найти именно такую мотивацию, которая бы объяснила буржуа жертвенность или героизм с обывательских позиций, обречено на пошлые (хочется сказать – гаденские) объяснения, низводящие высокую мораль – до функции синансов («Little things please little minds»). Такая психология редуцирует героизм до уровня биохимической реакции цикла Кребса, превращая этический компонент в необязательную подробность,

Свобода выбора знаменует собой начало человеческой истории в Библии: Бог дал Адаму свободу, и тот принял решение, взяв на себя ответственность за него. («Человек всё решает за себя сам» и «Никто не придет на выручку и не заменит»). Бог дает человеку право выбора, напоминая при этом: «Входите узкими вратами». Неверные приоритеты не могут не огорчать Бога, но Он не вмешивается в ход событий, ибо не берет назад Свои обеты. Человек изначально свободен принимать решения, но должен и отвечать за них. Это – тяжкий груз, который не каждому под силу. А Демон Лапласа (гипотетический разум, способный узнать траекторию любой частицы в будущем, если она известна в настоящем) услужливо и коварно раскидывает свои сети опосредованности и последовательности. Он отсекает мультивариантность свободы и, предоставляя лишь отмеченную ограждающими флажками удобную безальтернативность вынужденного рефлекторного поведения, позволяющую вовсе не принимать решений и, соответственно, ни за что не отвечать, отдав всё на усмотрение окислительно-восстановительных процессов, к которым в этой системе и сводится высшая психическая деятельность. Врата, которые открыты Демоном, широки, но они ведут в неуклонно сужающийся коридор несвободы утопического социума, где каждый человек существует в зависимости от своего пищеварения и метаболизма, не обращая внимания на непрагматичные этические конструкции. Но

«Что значит человек, Когда его заветные желанья – Еда да сон? Животное – и всё. Наверно, тот, кто создал нас с понятием О будущем и прошлом дивный дар

Вложил не с тем, чтоб разум гнил без пользы», – говорит Гамлет. Тургеневский Барзов не находил различия между человеком и лягушкой... В каком-то смысле он прав: если бытие человека определяет его сознание, то различия, действительно, нет.

«То, что тревожит меня, никогда не излечит благотворительная похлебка... Это – убиенная частица Моцарта в каждом из этих людей», – написал в дневнике де Сент-Экзюпери, автор «Маленького принца» – родного брата короля Матиуша I.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментального здоровья.

Северный государственный
медицинский университет.

Архангельск.

Трудно поверить, что королеве советской и российской эстрады Эдите Пьеха, исполнительнице песенных хитов «Манжерок», «Огромное небо», «Наш сосед» и других, на днях исполнилось 75! Между тем о каком бы то ни было закате творчества народной артистки СССР говорить явно преждевременно. Эдита Станиславовна по-прежнему гастролирует по стране, и последний концерт пока не вписывается в ее текущие и перспективные планы. Выглядит же она сегодня так, как и положено выглядеть королеве, вступившей в элегантный возраст. Живая улыбка на красивом ухоженном лице, доброжелательный взгляд, безукоризненная прическа, модный, но строгий костюм...

– Наше интервью происходит накануне вашего юбилея и совпавшей с ним еще одной славной даты, когда исполняется 55 лет вашего восшествия в эстраду. Что стало отправной точкой для фантастически успешной и долгой творческой жизни?

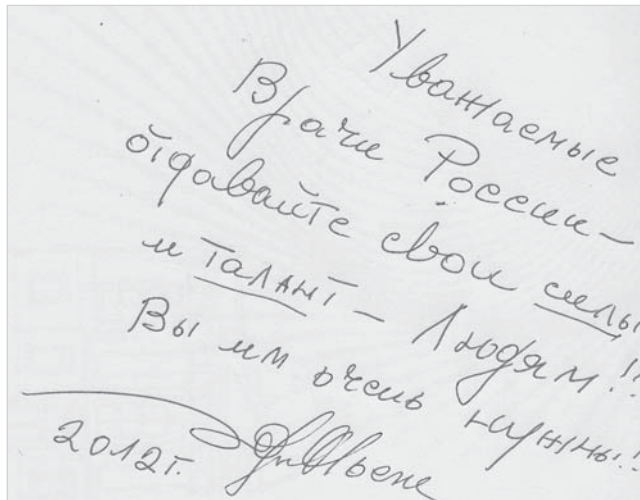
– Эти 55 лет – они не придуманные. Я не веду отчет со времен посещения детского сада, хотя я там тоже пела. А вот считать за начало появления афиши с моей фамилией вполне можно. Безусловно, известность пришла в 1957 г. с получением золотой медали на VI Всемирном фестивале молодежи и студентов в Москве. А уже в следующем году я отправилась в первое гастрольное турне: Украина, Крым, разные города. И понеслось, понеслось... Мне посчастливилось объездить четыре раза вдоль и поперек весь Советский Союз, выступить в 30 странах мира.

Не забуду поездку по линии ЦК комсомола в государства Латинской Америки. Музыканты ансамбля Броневицкого и я стали первыми советскими артистами, посетившими Боливию. А по земле Гондураса до нас вообще не ступала нога советского человека.

Когда мы в Тегусигальпе подъехали к столичному концертному залу, ко мне подбежал симпатичный мальчишка, из местных, спросил по-испански: «Ты коммунистка?» Услышав утвердительный ответ, нажал курок символического автомата. Я руки вверх подняла, ну, думаю, с таким отношением плакал наш концерт. Нет, не плакал! Песня «Наш сосед» так взбудоражила огромный зал, что поднялся невообразимый радостный гул: «Браво!», «Бис!»... А по окончании концерта появляется «расстрелявший» меня паренек: «Ты – замечательная советская певица». Похвалил и даже взялся донести мой чемодан.

Сразу после землетрясения в Перу мы выступали в шахтерском городе, который особенно пострадал. Представьте огромную площадь, запруженную бездомными и голодными людьми. Вдруг на импровизированную сцену поднимается женщина в переднике, достает пирожок и обращается ко мне: «Всё разрушено. Нам нечего есть. Из последней муки я только что своим детям испекла немного пирожков. Один отдаю тебе за твои песни».

Советские шлягеры согревали представителей разных национальностей и вероисповеданий. За рубежом я исполняла «Катюшу», «Подмосковные вечера», того же «Нашего соседа» – простую песенку, которая, кстати, очень полюбилась латиноамериканцам. Мне подпевали. Мир огромен, но он тесен...



Эдита ПЬЕХА:

По жизни всегда надо идти красиво!

– Помимо перуанского пирожка были ли за полвека еще какие-то особенные подарки от благодарных слушателей?

– Были невероятные даже. В советские времена я часто навещала Камчатку, там, между прочим, поставила личный рекорд – дала за 13 дней 39 концертов в Доме рыбака. Фониатр всё время сидел в кулисах, в перерывах осматривал связки... Ну, это не важно. Так вот, в Петропавловске-Камчатском, прямо на сцене меня наградили... чавычей! Громадную рыбку семейства лососевых не без труда вынесли два морских пехотинца. Уже в Ленинграде чудный презент разрешила на много кусков, каждый тянул килограмма на три, представляете? Всех друзей дальневосточным деликатесом одарила...

А вообще-то я умозрительно не делю подарки на заурядные и незаурядные, на простые и «изюминкой». Они мне все одинаково дороги. Поверьте, я не научилась радоваться обыкновенному букету цветов. Бывает, поклонники, закидывают цветы на подмостки сцены. Веники, и те бросают не просто на пол, а в какой-нибудь угол. Поэтому я обычно прошу: «Поднимите цветы, дайте, пожалуйста, их мне в руки! Они заслужили, чтобы их возложили на пьедестал».

В какой-то период, когда с живыми цветами в нашей стране было неважно, меня осыпали игрушками – куклами, мишками, зайчиками... Всё накопленное богатство в один прекрасный день я отвезла в ленинградский детский дом № 53, и его воспитанники были бесконечно счастливы. Вскоре я стала опекают этот детдом, чемоданами ввозила из-за границы «гуманитарку», в основном детскую одежду.

Для разных-разных подарков, которых много-много, я к своему юбилею устроила надежное хранилище, называется павильоном воспоминаний. Еще там все мои медали, ордена. Да чего там только нет!..

– Павильон воспоминаний? Оригинал, во всяком случае не избито. Но все-таки чем вам не нравится понятное каждому слово «музей»?

– Музей – это не про меня. Я на концертах часто произносила фразу: «Друзья, придет время, и ваши подарки заговорят вашими голосами!» Это время настало. Когда я захожу в павильон, то кожей чувствую обмен энергетикой. Глядя на выложенные в двух его комнатах вещи и предметы, вспоминаю много приятных моментов, что довелось пережить на сцене.

Вот, висят концертные платья, которые я уже не ношу, и платья, которые работают до сих пор. В конце 60-х я познакомилась с Вячеславом Зайцевым. Вячеслав Михайлович мне говорил: «Пьеха, ты мне очень нравишься, потому что у тебя песни хорошие. Я одевать буду не тебя, а твои песни».

Павильон воспоминаний вырос на шести сотках, которые я купила у соседей по садоводческому товариществу. А на примыкающем участке стоит мой дом. Я давным-давно не живу в городе.

– Вы живете уединенно, не на виду. Хотите, чтобы вам никто не мешал или противиться «подвешиваться» к машине шоу-бизнеса?

– Моя выходная ария, я так громко называю песню на стихи Ильи Резника, начинается словами: «Я люблю этот мир, я люблю тишину...» Тишину, понимаете? Я за тишиной во Всеволожский район приехала. Убежала от грохочущих трамваев, от собачников и их питомцев, летом ночи напролет выгуливающих друг дружку под моими открытыми окнами.

В 1989 г. я за 25 тыс. руб., на все свои сбережения, купила деревянную халупу в простом советском садоводстве. А затем долго плакала, потому что приобретение оказалось непригодным для проживания. Более того, хозяин садового домика содрал с меня впятеро дороже его настоящей цены, как выяснилось позднее.

Но вскоре с неба свалился Михаил Сергеевич Горбачёв. Пошли концерты по договорным ценам. Мне стали платить за выступление уже не 38 руб., а 150-200, а то и 300, а то и 1000 руб. И через год я собрала 30 тыс., чтобы снести эту халупу. А потом уже начала строиться.

– Судьба часто испытывала вас на прочность?

– Пожалуй, испытаний, выпавших мне, несправедливо много на одну человеческую жизнь. В пору, когда я была значительно моложе, невзгоды вообще так и липли ко мне. Папу я потеряла в 4 года, братика – в 7 лет. С отчимом мы никогда не дружили, он меня, как Запашный своих зверей в цирке, дрессировал, до сих пор очень больно вспоминать. Порцию жесткого воспитания я получила и в школе во Франции, где училась 3 года. Если плохо написала сочинение, то в лучшем случае получала линейкой по рукам, а в худшем – на коленях на горшке стояла. Но самым большим наказанием считалось неделю сидеть за «ослиной партией». На особой парте были начертаны уничижительные слова: «Ты – осёл. Ты ничего не знаешь».

Да, судьбина поначалу меня хлестала наотмашь, но ведь потом расцеловывала! Разве я могла мечтать, что я поеду учиться в Советский Союз, буду своими глазами глядеть на шпиль Петропавловской крепости, который видела на фотографии? Что стану петь в парижской «Олимпии»? Что меня пригласят играть роли в театре и кино?

– Кто же не знает, что вы снимались в шпионском фильме «Судьба резидента» и советском боевике «Бриллианты для диктатуры пролетариата!» О вашем же романе с театрами почти ничего неизвестно...

– Потому что, несмотря на взаимную приязнь, роман не получилось. В бытность Игоря Горбачёва худруком Пушкинского театра он меня приглашал в спектакль «Варшавская мелодия». Но я испугалась. Хотя, думаю, Станиславский поставил бы мне пятерку за роль, которую я сыграла, находясь в Кисловодске.

Случилось это при чрезвычайных обстоятельствах. Я отдыхала в одном из санаториев и после обеда отправилась в роскошный парк на прогулку. Было пасмурно, и вахтер предупредила: «Эдита Станиславовна, не ходите! Ведь сейчас, наверно, нет людей в парке». Я уже прошла в одиночестве почти всю 8-километровую «тропу Косыгина» и вижу – с горы спускается всадник. Приблизился вплотную, меня за шкуру – хап! И поволол в кусты. Попона снимается с лошади и летит наземь. Что делать? Бежать от насильника? Но он верхом! Кричать? Меня никто услышит! «Включила» актрису: «Какая у вас лошадь красивая! А как ее зовут? А можно я ее потрогаю!..»

Я с нежностью гладила лошадиную морду, он же рот открыл, а потом злобно выдавил: «Я знаю, что у меня красивая лошадь. Убейте!» Я бежала так, что, вероятно, установила олимпийский рекорд.

Сейчас бы я так не сумела. И дело не только в возрасте. Однажды меня угораздило получить сильнейшую травму ноги, я два года была, что называется, «на приколе», заново училась ходить.

– Эдита Станиславовна, а как строятся ваши отношения с медицинскими коллегами? У вас есть свой поверенный врач?

– К сожалению, такого врача нет. При этом я верю в семейных докторов, в семейную медицину. Может быть, больше, чем в медицинскую остальную. И еще доверяю солнышку, чистому воздуху, мёду, травкам. Они помогают поддерживать форму.

Мой брат умер от туберкулеза. Я в детстве туберкулезом отболела. И когда у меня случилось в зрелом возрасте воспаление легких, хорошего не ждала. Я быстро худела, сильно кашляла, мне прописали таблетки. Лекарства не помогали, от них рвало. Я на сопротивление продолжала выступать с песнями. Случилось, что оказалась в Черновцах, и там заместитель директора областной филармонии, он же крестный отец Сони Ротару, посоветовал мне климат высокогорья. Два месяца я провела в хижине пасечника на высоте 1800 м над уровнем моря – кашель уменьшился. Еще через год я поехала за лечением в тот же Путиловский район Черновицкой области, и врачи по-настоящему изумились: «Знаете, а ведь никакой надежды, что эта пневмония у вас «рассосется», не было!»

Я часто говорю дочери, внукам: как постелешь себе, так и выспишься! Мы должны сами себе помогать не падать духом. Каждый из нас – творец собственной судьбы. Правда, сейчас можно судьбу подкупить. Но я считаю, это не совсем чисто. Надо все-таки по жизни идти красиво...

Беседу вел
Владимир КЛЫШНИКОВ,
собр. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Фото автора.

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

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



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

Дежурный редактор номера – Ю.БЛИЕВ.

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

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

Тираж 38 455 экз.
Распространяется
по подписке в России
и других странах СНГ.
Заказ № 3488.

Региональная корсет «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 524201; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург (89062293845; Смоленск 89107857286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4595420; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675, 48242105; Ханау (Германия) (1490) 618192124.

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

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