

# Медицинская

16 октября 2015 г.  
пятница  
№ 78 (7600)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

В центре внимания

## Названы самые достойные

Торжественная церемония награждения победителей Всероссийского конкурса «Лучший врач» – 2015 состоялась в Москве



Казалось бы, только недавно мы отмечали 10-летний юбилей конкурса, учредителями и организаторами которого стали Министерство здравоохранения РФ, Общероссийский профсоюз работников здравоохранения и «Медицинская газета», а сегодня уже празднуем его 15-летие.

В этот знаменательный день лучшие из врачей собрались в Москве, в столичном комплексе «Крокус Сити», где им вручили заслуженные награды за добросовестный, высокопрофессиональный и честный труд. Каждому – будь то просто врач, заведующий отделением, лабораторией, руководитель учреждения, пришлось хорошо потрудиться, чтобы добиться

Во время церемонии награждения победителей конкурса

права называться «лучшим». И таких среди 33 номинаций оказалось немало. Это врачи из Алтайского края, республик Татарстан, Башкортостан, Коми, ряда других регионов.

Во все времена профессия доктора считалась и считается самой престижной, нужной, просто потому что самое большое богатство человека – его здоровье. Сегодня благодаря конкурсу кабинеты и ординаторские уже более 900 докторов украшают дипломы победителей этого конкурса.

У каждого человека в жизни наступает его «звёздный час». И те, кому в торжественной обстановке вручили главный приз Всероссийского конкурса 2015 г. – «Хрустальную

Гигиену», диплом победителя, подарки, теперь знают, что это бывает, когда трудишься на совесть, когда отдаёшь все свои силы и знания народу. Такая премия и престижна и почётна. С победой вас, дорогие друзья!

Подробный отчёт наших корреспондентов об итогах конкурса, рассказ о его лауреатах будет опубликован в ближайших номерах «МГ».

Валентина ЗАЙЦЕВА,  
редактор отдела  
здравоохранения «МГ»,  
член жюри конкурса.

Фото Александра ХУДАСОВА,  
Юрия ЛУНЬКОВА.

Гузель УЛУМБЕКОВА,  
руководитель Высшей школы  
организации и управления  
здравоохранением, доктор  
медицинских наук:

Непрофессионализм организаторов здравоохранения отражает системные проблемы куда больше, нежели невысокая квалификация специалиста-клинициста.

Стр. 4



Нана ПОГОСОВА,  
главный специалист по  
профилактической медицине  
Департамента здравоохранения  
Москвы, профессор:

Вклад психоэмоциональных факторов в риск смерти по силе примерно такой же весомый, как вклад курения.

Стр. 11



Перспективы

## Медцентр МГУ получит новый статус

Президент РФ готов обсудить с Правительством Российской Федерации предложение ректора Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Виктора Садовниченко о включении медицинского центра университета в систему российского здравоохранения.

– Нужно с Минздравом проговорить и найти такую форму, которая бы позволяла сохранить его в университете и в системе высшего образования, но в то же время была бы связь с Минздравом, – сказал Владимир Путин на встрече с руководителем вуза.

Сейчас центр выполняет образовательные функции. Теперь глава государства отреагировал на просьбу В.Садовниченко «поддержать проект и поручить министерствам проработать этот вопрос с точки зрения статуса медицинского».

Ректор МГУ напомнил Президенту, что медицинский центр был создан в вузе ещё в начале 1990-х годов. «У нас не было медицины, но в 1992 г. мне удалось вернуть факультет, чуть позже – построить уникальный медицинский центр, оснастить его новейшим оборудованием», – сказал В.Садовниченко. Центр начал свою работу в 2013 г.

Ректор МГУ информировал В.Путина о ходе реализации программы развития университета, в частности о планах строительства научно-технологической долины «Воробьёвы горы».

– Всё готово, прошёл общественный смотр, около 300 тыс. москвичей приняли участие в этой дискуссии. Подавляющее большинство поддержало развитие Московского университета и сопредельных территорий.

Мы – на низком старте, для того чтобы начать создавать первую, я так полагаю, в истории нашего образования технологическую долину при классическом университете на этих новых принципах, – сказал В.Садовниченко. – Мы хотим, чтобы потенциал университета, а это 15 тыс. докторов и кандидатов наук, 5 тыс. аспирантов, 50 тыс. студентов, пришли в эти лаборатории, на эту территорию и вместе с корпорациями, бизнесом на основе партнёрских отношений начали создавать новые технологии, новые образцы, подпитываясь ежегодно огромным потенциалом Московского университета и тех людей, которые будут согласны и будут желать работать в этой долине.

Это большая территория, около 100 га, практически в центре Москвы. Проработаны все вопросы начала строительства, поскольку общественные слушания прошли, и правительство Москвы выпустило соответствующий документ, то сейчас начинается проектирование и строительство.

Я надеюсь, что через 4–5 лет будет создан уникальный комплекс, пространство, технологическая долина, которая будет построена на новых принципах. Это не обычный технопарк, а университетский потенциал, университетские идеи, совместные лаборатории и создание уникальных, не имеющих аналогов образцов. Поэтому я бы хотел, чтобы он вошёл в полноценную систему здравоохранения как одна из частей здравоохранения России. Сейчас это просто обучение», – заключил ректор МГУ.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Признание

## Молодым учёным – премии правительства

Лауреатами Премии Правительства РФ для молодых учёных в области науки и техники за 2015 г. стали 17 соискателей за работы по микробиологии, технологии машиностроения, медицины и информационных технологий.

Семь ежегодных премий в области науки и техники для молодых учёных в размере 500 тыс. руб. каждая учреждены постановлением Правительства РФ

№ 793 от 15.12.2004. За 2015 г. они присуждены 17 соискателям, в том числе 4 научным руководителям авторских коллективов. Всем им присвоено звание «Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники для молодых учёных».

Среди них – член-корреспондент РАН, заместитель директора Центра по научной работе НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей, научный руководитель авторского

коллектива Лейла Намазова-Баранова, Хадиджат Каримова, Ольга Клочкова, кандидаты медицинских наук, старшие научные сотрудники, работники того же учреждения, – за применение многоуровневых инъекций ботулинического токсина типа А в комплексной реабилитации пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича.

Иван МАЛОВ,  
МИА Сити!

**Новости**
**Чтобы сердце билось долго**

В Кемерово прошла акция «Неделя здорового сердца», посвящённая Году борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России и Всемирному дню здорового сердца.

В рамках акции врачи Кемеровского кардиологического диспансера проводили скрининговые обследования населения на базе своего учреждения, а также в Кемеровской областной библиотеке им. В.Д. Фёдорова, в школах города и выступали с лекциями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

В эти же дни врачи Кемеровского областного центра медицинской профилактики проводили в крупных торговых центрах города бесплатные исследования, направленные на выявление риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Все желающие могли измерить артериальное давление, узнать свой уровень сахара в крови и уровень углекислого газа в выдыхаемом воздухе и получить консультацию по здоровому образу жизни.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

**Высокотехнологичный микроскоп**

В распоряжение нейрохирургов Челябинской областной детской клинической больницы поступил новый полифункциональный флагманский микроскоп, приобретённый на средства областного бюджета.

– Губернатор Борис Дубровский принял решение о выделении дополнительных средств на оборудование и лекарственное обеспечение для снижения смертности от основных причин, – рассказала заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова. – Так, в областной детской клинической больнице появилась эта мультистанция стоимостью порядка 22 млн руб. Аппаратура уже используется, операции проводятся.

Основная задача оснащения больницы – формирование травматологического центра первого уровня для лечения при сложных комбинированных травмах. Такой центр для взрослого населения существует на базе Челябинской областной больницы, теперь аналогичный будет создан и для детей. Оборудование здесь самое современное, такой аппаратурой пользуются врачи ведущих федеральных клиник.

Новый микроскоп появился в главной детской больнице региона несколько дней назад, а врачи провели с его помощью уже 4 операции на головном и спинном мозге. Все манипуляции выполнены успешно.

Стоит отметить, что операции с использованием этого оборудования менее травматичны и протекают с малой кровопотерей, при этом эффективность их возрастает, сокращается период пребывания в реанимации, ускоряется процесс реабилитации, снижается вероятность инвалидизации.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

**Праздник открытых ладошек**

В Липецкой областной детской больнице прошёл праздник для детей с ревматическими заболеваниями в рамках социальной программы «Открытые ладошки». Цель данной программы – социализация детей с ревматическими заболеваниями, привлечение внимания общества к необходимости решения важных задач детской ревматологии в России: внедрение ранней диагностики и раннего начала лечения, создание комплексных программ реабилитации и социализации подрастающего поколения.

– В детском возрасте высокоэффективная и своевременная помощь особенно важна – мы работаем и с грудничками, и с подростками, и понимаем, что необходимо всегда держать заболевание под контролем, чтобы поддерживать качество жизни пациентов на высоком уровне, – сказала заведующая кардиоревматологическим отделением Липецкой областной детской больницы кандидат медицинских наук Татьяна Мячина. – Мы стремимся помогать пациентам справляться с трудностями иммуноопосредованных заболеваний и считаем важными и нужными инициативы, направленные на социализацию таких детей.

Программа «Открытые ладошки» стартовала в 2014 г. в Москве, Челябинске и Владивостоке. За время работы в мероприятиях программы приняли участие уже более 500 детей. В 2015 г. программа проводится в Москве, Челябинске, Ростове-на-Дону и будет запущена ещё в ряде регионов России.

Юлия ИВАНОВА.

Липецк.

**Российско-китайские учения**

В Хабаровском крае завершились российско-китайские учения в области медицины катастроф. Организатором тренировки выступило федеральное министерство.

По легенде учений, медики совместно со спасателями и военными ликвидировали последствия землетрясения, разрушившего инфраструктуру нескольких населённых пунктов вблизи российско-китайской границы. На первом этапе тренировки медики отработывали навыки сортировки больных в зависимости от степени повреждений. Машини скорой помощи импровизированные пострадавшие, роль которых исполняли студенты Дальневосточного государственного медицинского университета, доставлялись на сортировочную площадку перед палаточным полевым госпиталем Всероссийского центра медицины катастроф «Защита». Врачи определяли степень повреждений, после чего пострадавших на носилках переносили либо в перевязочную, либо в хирургическое отделение со стационаром реанимации.

В настоящее время рассматривается вопрос о создании совместной российско-китайской ассоциации спасательных и медико-санитарных служб.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

**Проекты**

# От школы до клиники — по прямому пути

В Первом МГМУ им. И.М.Сеченова происходят знаковые события



Ольгу Голодец заинтересовала виртуальная клиника Первого Меда

**Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец посетила Федеральный центр электронного медицинского образования, созданный на базе Первого Московского государственного университета им. И.М.Сеченова, учебную виртуальную клинику Mentor Medicus и встретила со студентами. Её сопровождали ректор университета Пётр Глыбочко, первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян и заместитель министра образования РФ Вениамин Каганов.**

Как сообщили нам в Первом Меде, здесь создаётся так называемый кадровый континуум, который затрагивает все уровни медицинского образования и призван поднять на новую ступень профессиональное совершенствование российского врача. Начало ему будет положено ещё со школы, откуда в профессию предполагается отбирать самую достойную молодёжь.

– В проекте уже участвуют 63 школы и 109 профильных классов, – рассказал ректор. – А с декабря ребята из четырёх 10-х и четырёх 11-х классов будут учиться в отдельном здании, по особой программе, с преподавателями, которых мы сегодня обучаем. В нём будет симуляционный центр и кафедра по уходу за больными. Здесь ученики получат возможность понять, идти ли им в ме-

дицинский университет. Это так называемая профориентационная подготовка. Следующий этап – поступление в университет. Сегодня мы реализуем государственные федеральные стандарты уже третьего поколения плюс. Для этого у нас работает симуляционный центр, центр эндоскопической хирургии, где проводятся эндо- и лапароскопические операции на животных, центр роботической медицины, где мы проводим операции по пяти направлениям – хирургия, урология, гинекология, колопроктология, травматология – и по ним же готовим специалистов для роботических центров нашей страны. В университете прекрасная практическая база – 21 клиника в клиническом центре на 3 тыс. коек, в Москве также открыты 25 клиник на базе городских лечебных учреждений. Для совершенствования и переподготовки врачей создан Институт профессионального образования, скоро все специалисты будут идти на аккредитацию в специализированный центр, который мы планируем открыть в начале 2016 г.

Первый проректор – проректор по инновационной политике и международной деятельности Андрей Свистунов познакомил высоких гостей с федеральной электронной медицинской библиотекой, которая насчитывает уже 27,5 тыс. оцифрованных уникальных изданий и находится в открытом доступе, причём врачи имеют возможность заказать оцифровку необходимой

литературы. Также он рассказал о новом направлении, которое будет реализовано на базе ФЭМБ – онлайн-консилиуме.

П.Глыбочко отметил, что около 700 клинических рекомендаций уже доступны и очень востребованы.

Вице-премьер пообщалась также с пользователями электронной библиотеки, осмотрела учебную виртуальную клинику Mentor Medicus, построенную по принципу многопрофильной тысячекоечной больницы, оценила оснащение симуляционными технологиями, методические возможности кабинетов акушерства и гинекологии, педиатрии, оказания первой помощи, хирургических навыков лапароскопии, рентгеноэндоваскулярного вмешательства, отделения кардиологии, палаты «стандартизированный пациент», реанимационного отделения, зоны ЧС. Были рассмотрены образцы «преподавательзамещающих» технологий.

Обсуждались также вопросы, связанные с грядущим открытием Первым МГМУ им. И.М.Сеченова Федерального центра аккредитации врачей, в котором будут отработаны задачи и тесты для окружающих центров всей страны и происходить независимая оценка знаний специалистов.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Фото  
Максима КОЛОМЫЧЕНКО.

**На контроль!**

## Ничего неожиданного...

**Представители Департамента здравоохранения и Департамента тарифного регулирования администрации Томской области объединились в команду с громким названием «Народный контроль» и проверяют готовность аптек к предстоящему сезону гриппа и ОРВИ.**

Как показали первые рейды «народных» контролёров, не во

всех аптеках достаточно широк ассортимент жаропонижающих и противовирусных препаратов, не везде есть средства индивидуальной защиты. Другой грех – не все провизоры предлагают покупателям более дешёвые российские аналоги дорогих импортных лекарств. И наконец, ещё одно серьёзное замечание: стоимость жизненно важных препаратов в целом держится в пределах нормы,

в то же время даже в расположенных рядом аптеках имеет место существенный разброс цен на одни и те же лекарства.

В Департаменте здравоохранения по итогам проверки предложили руководителям фармучреждений взять под личный контроль цены на медикаменты и позаботиться об ассортименте. Направляется вопрос, а кто отвечал за это раньше, если не зааптекой?

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Томск.

Итоги и прогнозы

# Автопоезд в пути уже 4 года

**Итоги работы по проекту «Автопоезд», стартовавшего 4 года назад по инициативе губернатора Алтайского края Александра Карлина, недавно подвели в Барнауле.**

В конференц-зале краевой клинической больницы врачи автопоезда рассказали о самых интересных и необычных случаях из практики, а пациенты сделали им неожиданный подарок: гимн автопоезда собственного сочинения в собственном исполнении!

Благодарность медикам высказали и главы муниципальных образований, на территориях которых работал автопоезд, представители

общественных объединений Алтайского края.

За 4 года врачи провели осмотр почти 200 тыс. пациентов в 780 сёлах Алтайского края, выполнено более 286 тыс. исследований, на дообследование направлено более 21 тыс. человек, на госпитализацию – более 2 тыс.

Автопоезд «Здоровье» сделал доступнее узкоспециализированную медицинскую помощь во всех уголках края. Так, в день его приезда жители самых дальних сёл региона могут посетить эндокринолога, кардиолога, хирурга, офтальмолога, онколога, невролога, фтизиатра и др.

Постоянно осваиваются новые

форматы обследования пациентов.

Из последних нововведений – организация интернет-консилиумов посредством видео-конференц-связи для особо сложных пациентов.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова высоко оценила опыт Алтайского края по увеличению доступности медицинской помощи жителям отдалённых сёл и поручила изучить опыт края для создания отдельной специализированной службы мобильной медицины на федеральном уровне.

Алёна ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Однако

# На пределе...



**В результате массового сокращения медработников, происходящего последние 2 года под предлогом оптимизации системы здравоохранения, нагрузка на врачей серьёзно возросла.**

При этом подавляющее большинство медработников (89,2%) вынуждены работать сверхурочно, по-прежнему растрачивая значительное количество времени на оформление медицинской документации и не получая доплат за переработку. Об этом свидетельствуют данные опроса Фонда независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье», в котором приняли участие свыше 6 тыс. респондентов из 85 регионов. В эффективной выборке учитывались голоса более 3,6 тыс. медработников, в том числе почти 3,3 тыс. врачей.

Подавляющее большинство опрошенных сообщили, что им приходится задерживаться на работе для выполнения своих обязанностей: 41,6% делают это каждый день, 24,7% – 3-4 раза в неделю, 22,9% – 1-2 раза в неделю. Лишь десятая часть (10,8%) респондентов практически всегда укладывается в рабочее время.

Рост нагрузки на врачей и хроническая переработка – всё это следствие сокращения медицинских кадров при оптимизации системы здравоохранения без должного методического руководства со стороны Минздрава

России. Наши поездки по регионам подтверждают данные опроса. Сегодня врачи повсюду вынуждены работать больше нормы, часто – на пределе сил, – отметил директор Фонда независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

На вопрос, что вас вынуждает браться за сверхурочную работу, многие врачи (41,3%) ответили, что делают это добровольно, чтобы помочь пациентам. Около трети (31,3%) задерживаются по инициативе работодателя.

В большинстве случаев сверхурочная работа медработникам ничего не приносит. 70% участников нашего опроса сообщили, что за переработку им не платят, что противоречит Трудовому кодексу РФ, – подчеркнул Э.Гаврилов.

Рабочее время врачей, согласно опросу, преимущественно тратится на оформление медицинской документации, выписку рецептов и подготовку финансовой отчётности.

Информатизация отрасли, в которую продолжает вливаться колоссальный объём финансовых средств, так и не освободила врачей от заполнения бумаг. Более того, теперь им приходится дублировать записи в электронных и бумажных документах. А время приёма пациента ограничено, – резюмировал Э.Гаврилов.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Демография

# Если родится третий...

**Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение об увеличении в 2015 г. субсидий субъектам Федерации на ежемесячные денежные выплаты нуждающимся в поддержке семьям при рождении третьего ребёнка и последующих детей.**

В связи с ростом числа семей, имеющих право на получение выплаты, и ростом величин про-

житочного минимума для детей в субъектах Федерации общий объём бюджетных ассигнований на эти

цели увеличен более чем на 820 млн руб. Распоряжение подготовлено Минтрудом России в соответствии с Указом Президента РФ «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Особый случай

# Удалили осколок, спустя 72 года

**Когда в Володарскую районную больницу Астраханской области поступил 91-летний участник Великой Отечественной войны Алексей Ступин, никто из медиков не ожидал «исторического отступления» в истории болезни.**

У пациента с клиникой флегмоны правой паховой области после диагностики врачами было обнаружено наличие опухолевидного образования, и в ходе последующей операции было удалено инородное тело – металлический осколок,

который находился в организме больного ещё со времён Великой Отечественной войны.

В феврале 1943 г. Алексей Ступин воевал на Северо-Западном фронте. Дивизия, в которой он служил, должна была поддерживать артиллерийский лыжный батальон красноармейцев. При освобождении от фашистов районного центра Залучье (Новгородская область) Алексей Михайлович и был ранен осколком снаряда.

В настоящее время состояние здоровья ветерана войны стабильное. Алексей Михайлович

поблагодарил коллектив районной больницы за их чуткое и трепетное отношение к пожилым пациентам. В свою очередь, и медики выразили признательность ветерану за его самоотверженный подвиг и пожелали ему долгих лет жизни. К слову сказать, за подвиг на поле боя А.Ступин в своё время был награждён орденом Славы II степени.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. МГ».

Астраханская область.

Подписка-2016

# Продолжается подписная кампания



## Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

- 50075** – на месяц;
- 32289** – на полугодие;
- 42797** – на год.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru). или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgz.tu](http://www.mgz.tu)

Министерство связи		<b>АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ</b>										
<b>Медицинская газета</b>		(индекс издания) Количество комплектов										
на 2016 год по месяцам												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Куда												
(почтовый индекс)						(адрес)						
Кому												
-----												
		<b>ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА</b>										
ПВ	место	ли-тер	на газету								(индекс издания)	
<b>Медицинская газета</b>												
Стои-мость	подписки		_____ руб. _____ коп.		количество комплек-тов							
	пере-адресовки		_____ руб. _____ коп.									
на 2016 год по месяцам												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Куда												
(почтовый индекс)						(адрес)						
Кому												

– Гузель Эрнстовна, чем, на ваш взгляд, обусловлено то, что каждый четвёртый выпускник медвуза уходит из профессии?

– Прежде всего, здесь следует отметить отнюдь не высокие зарплаты врачей в нашей стране. Как известно, согласно указу Президента РФ, на сегодняшний день зарплата всех российских докторов составляет 140% от средней оплаты труда в экономике и в среднем составляет 46 тыс. руб. Такие данные приводит Росстат. Однако необходимо понимать, что эта сумма «выходит» с учётом переработок. Коэффициент совместительства врачей в нашей стране составляет 1,5. Вот и получается, что врач, получающий эти 46 тыс., работает на полторы ставки. Примечательно, что около 1% врачей, по самым скромным оценкам, среди этой выборки имеют сверхвысокие доходы. Так, в частности, многие главные врачи имеют ежемесячные доходы около миллиона рублей. По моим расчётам, если бы их зарплаты в месяц составляла около 300 тыс., то мы могли бы сэкономить для отрасли около 50 млрд в год и направить эти средства на привлечение новых кадров в отрасль. Это может быть около 80 тыс. врачебных ставок при ежемесячном доходе по 50 тыс. руб.

Кроме того, следует помнить, что зарплата врачей состоит из ряда слагаемых: выслуга лет, категория, учёная степень и т.д. Так что сразу по получении сертификата специалиста зарплата молодых докторов в среднем по стране составляет не более 15-16 тыс. руб. Естественно, это мало кого может привлечь. Не следует забывать и о нагрузке и ответственности, ложащихся на плечи начинающих врачей с первых дней самостоятельной деятельности.

Наряду с этим, с моей точки зрения, нельзя не замечать отсутствие уважения со стороны общества к нашим докторам. Зачастую сами пациенты, а также их родственники создают отрицательный имидж российского врача. Всё это в совокупности отбивает всяческое желание работать в системе у только-только «созревшего» специалиста, вынуждая его заниматься околomedicalской, а в ряде случаев совершенно иной деятельностью.

– Что лежит в основе негативного отношения к врачам со стороны общества?

– Когда я училась в медвузе, врачебная профессия была одной из наиболее уважаемых, если не самой. На свою зарплату доктора могли вполне себе достойно и безбедно существовать. Кроме того, государство популяризировало медицинскую профессию: о врачах снимали замечательные фильмы, которые лишней раз подчёркивали их нелёгкий благородный труд. СМИ то и дело рассказывали обществу о профессиональных подвигах докторов и т.д. Однако затем всё изменилось коренным образом: в течение многих лет зарплаты врачей, научных работников и преподавателей медвузов были настолько мизерными, что стыдно приводить конкретные данные – водители и секретари в частных компаниях зарабатывали в разы больше.

Кроме того, важную роль в упадке престижа медицинской профессии сыграли всё те же СМИ, которые, в погоне за «острыми» темами, буквально пестрили репортажами о врачебных ошибках, коррупции в системе здравоохранения и медицинского образования и т.д., забывая о тысячах спасённых жизней. А СМИ, как известно, во многом формируют мнение обывателя.

– Многие выпускники медвузов сетуют на то, что образование на вузовском этапе весьма

Экспертное мнение

# Остаться в профессии

## Долговечен ли энтузиазм российских докторов?

Статистика, мягко говоря, удручает: по самым последним данным, 25% выпускников медицинских вузов уходит из профессии... Впрочем, для многих это не удивительно. Не очень высокие зарплаты, отнюдь не привлекательные условия труда и, что, возможно, самое главное, – далеко не пиететное в ряде случаев отношение со стороны общества и, что ещё обиднее, – государства, какими бы красивыми словами не прикрывалось оно в лице тех или иных чиновников от медицины. Если призадуматься, то получается, что ещё относительно небольшое количество свежеспечённых специалистов на корню прерывают свою интеграцию в отрасль, вовремя рассмотрев все недостатки системы. Безусловно, данная тенденция не может не беспокоить медицинское сообщество нашей страны. Оно и понятно: теряется преемственность в отрасли, на смену уходящим профессионалам просто некому придти. Дефицит врачей в стране – вещь очевидная и однозначная.

Своим неординарным взглядом на данную проблематику, а также ряд других чрезвычайно актуальных отраслевых проблем на современном этапе с читателями «МГ» поделилась руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, доктор медицинских наук Гузель УЛУМБЕКОВА.

далеко от истинной картины в практическом здравоохранении. Иными словами – их ожидания не совпадают с реальностью. Влияет ли это, с вашей точки зрения, на уход из профессии?

– На отрасль следует смотреть системно. То нищенское бытие, в которое был поставлен профессорско-преподавательский состав медвузов нашей страны, начиная с 90-х годов прошлого века, не способствовало повышению качества медицинского образования. Раньше чтобы попасть в аспирантуру нужно было быть лучшим из лучших, а сейчас молодёжь не завлечь на преподавательскую работу. Сам статус профессоров и доцентов в нашей стране в советское время был крайне высок. А сейчас – заработная плата профессорско-преподавательского состава зачастую ниже, чем у начинающих врачей.

Нынешнее положение кафедр оставляет желать лучшего. Например, у нас до сих пор не решён перерезанный вопрос с клиническими базами вузов. Учебный процесс при таком положении дел неполноценен. Это тоже не влияет в позитивном плане на систему. Да, сегодня принимаются какие-то меры в сторону исправления сложившейся ситуации, однако этого явно недостаточно. Для эффективного решения сложившейся за последние 20-25 лет проблемы нужны более масштабные меры, направленные в том числе на увеличение оплаты труда преподавателей вузов, на повышение их квалификации, материально-техническое оснащение образовательных учреждений и др.

Относительно того, что образование оторвано от реальности, я думаю, что нынешние студенты недостаточно времени уделяют практической подготовке. Для того чтобы не было шока при первой встрече с системой практического здравоохранения, с моей точки зрения, будущему врачу необходимо поработать какое-то время санитаром и медбратором. Тогда многие вещи станут более доступными для понимания, что, вне всякого сомнения, сделает период «клинической адаптации» куда менее болезненным.

– Ведущим методом «борьбы за кадры» в здравоохранении

на сегодняшний день являются программы целевой подготовки студентов-медиков. Эффективна ли эта мера по решению вопросов кадрового дефицита в отрасли?

– Эта мера не до конца эффективна. По данным Минздрава России, в государственных и муниципальных медучреждениях нашей страны работает 570 тыс. врачей, причём с коэффициентом совместительства 1,5. Такая интенсивность работы, к стати говоря, запрещена Трудовым Кодексом РФ. По нашим подсчётам, если даже допустить, что в среднем российские врачи будут работать на 1,3 ставки, то их в нашей стране должно быть не менее 760 тыс. А по факту сегодня в государственных и муниципальных учреждениях работает 570 тыс. Иными словами кадровый дефицит составляет 170 тыс. или 30% врачей. При таком раскладе никакие целевые контракты не спасут. Что характерно, более четверти (26%) работающих врачей нашей страны – люди пенсионного возраста. Это означает, что в самое ближайшее время начнётся ускоренный отток кадров из отрасли по естественной причине.

По данным Росстата, ежегодно оканчивают медвузы 21 тыс. человек. Из них, как мы с вами знаем, остаются в отрасли лишь 75%. Иными словами, есть существенные риски того, что приток врачей не будет покрывать отток. Соответственно, дефицит будет только нарастать. Кроме того, целевой контракт не решает социальных проблем: заработная плата, квартира и т.д. Есть отдельные регионы, где эти вопросы решаются, но в целом по стране картина с обеспеченностью кадрами – неблагоприятная.

– Наряду с целевой подготовкой Национальная медицинская палата ратует за обязательное распределение всех выпускников-медиков, обучающихся за счёт средств федерального бюджета. Как вы относитесь к данной инициативе?

– Я категорически против этого. И вот почему: если вводить обязательное распределение выпускников вузов, то его нужно экстраполировать на все профессии. Почему врачи должны



пор, несмотря на все сложности, остаются в профессии.

– Согласны ли вы с утверждением, что большинство отечественных докторов, особенно в регионах нашей страны, работают на энтузиазме?

– В какой-то степени – безусловно. Прошло уже 30 лет, как я окончила медвуз. Мы недавно встречались с однокурсниками. Большинство из них остались работать в практическом здравоохранении. Они до сих пор искренне влюблены в свою работу. Ни одна другая профессия не даёт такого морального удовлетворения от проделанной работы, как профессия врача. И неважно при этом – благодарен тебе пациент или нет. Именно вследствие неиссякаемого морального удовлетворения люди остаются работать в отрасли и не столько за идею, сколько за ощущение того, что ты нужен людям. И это касается не только моего поколения. Я не знаю результатов исследований на этот счёт, однако полагаю, что более 50% современной медицинской молодёжи, так же как и представители более старших поколений, исключительно преданы своему делу.

– Если в отрасли ничего реально не изменится, то сколько ещё наша система здравоохранения продержится на энтузиазме врачей?

– Я думаю, что, если у нас будет продолжаться снижение расходов на здравоохранение, то отрасль ждёт неуклонное разрушение, а дефицит кадров будет нарастать.

Для справки: государственные расходы в 2016 г. по сравнению с 2013 г. сокращаются на 20% в сопоставимых ценах с учётом инфляции и девальвации рубля. Правда, резкого обвала не будет – российский народ терпелив, и врачи продолжают работать в системе, невзирая на унижения со стороны главных врачей, псевдообещания чиновников от медицины и т.д. Недавно на одном из профессиональных интернет-ресурсов проводился анонимный опрос, который показал, что большинство перерабатывают, прежде всего, потому что их пациенты нуждаются в помощи, а финансовые интересы – на втором плане. Я склонна верить результатам этого исследования.

– Не кажется ли вам, что излишняя терпеливость наших врачей даёт лишний повод власти откладывать эффективные отраслевые реформы, что называется, на потом?

– Где-то я с вами согласна, однако с другой стороны – как можно отказать больному в помощи? Практикующие врачи, в первую очередь, думают о том, как лечить пациента. А о реформах должны думать организаторы здравоохранения – вот с них и надо спросить, их и надо встряхнуть. Именно они должны ответить: как же так случилось, что у нас в отрасли явный дефицит кадров и снижение государственного финансирования и что же, собственно говоря, надо делать для исправления нынешней ситуации. Но это уже тема для отдельной беседы.

Беседу вел  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

Сокращённое название Челябинской областной клинической больницы – ЧОКБ – её сотрудники расшифровывают так: Человечное отношение – каждому больному. Для главного врача Дмитрия Альтмана это не просто слова, ставшие девизом возглавляемого им коллектива. Это ежедневная работа над тем, как сделать медицину нового века, высокотехнологичную и результативную, доступной для каждого жителя огромной территории области.

За термином «клиническая» в официальном названии больницы – постоянное и плодотворное сотрудничество с Южно-Уральским государственным медицинским университетом. На базе клиники успешно работают кафедры госпитальной терапии, неврологии, госпитальной хирургии, травматологии, оториноларингологии, глазных болезней.

Большинство главных специалистов регионального Минздрава являются заведующими отделениями и руководителями центров областной больницы. В штате клиники – 10 заслуженных врачей РФ, 12 докторов медицинских наук, 68 кандидатов медицинских наук. Немаловажный фактор – поддержка областного руководства, в частности губернатора Бориса Дубровского. Глава региона лично вникает в проблемы самого главного центра здоровья и находит возможности для его постоянного переоснащения и модернизации. Вскоре в больнице появится новейшее оборудование для МРТ и КТ, постоянно приобретаются аппараты экспертного класса для диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, для лечения острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), заболеваний ЖКТ.

Из 3,5 млн человек, проживающих на территории Челябинской области, 2,5 млн консультируются и лечатся в ЧОКБ. В её составе – 52 клинических отделения со стационаром в 1040 коек, консультативная поликлиника, диагностический центр – словом, настоящий медгородок, в котором можно легко заблудиться.

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии Южно-Уральского ГМУ Дмитрий Альтман возглавил клинику около 2 лет назад. И первым делом поставил задачу: чётко обозначить маршрутизацию, по которой пациент или его родственник легко смогут добраться в нужную

Наша коллеги

## Человек – центр медицинской галактики

Такой идеологии в работе и жизни придерживается главный врач Челябинской ОКБ Дмитрий Альтман



точку – будь то диагностический центр, любая из лабораторий, приёмное отделение или палата стационара. Сегодня с этим проблем нет – везде указатели, демонстрационные стелы и стенды с картами, в корпусах – мониторы с планами этажей, бегущие строки с указанием направления. Следующим шагом стало разграничение потоков пациентов в поликлинике: тех, кто поступает на госпитализацию, и тех, кто приехал на консультацию, обследование. Итог: отсутствие пресловутой очереди.

А благодаря электронной записи и многоканальной связи 92–93% пациентов записываются в поликлинику предварительной, и каждый приезжает в больницу к определённому часу, после консультации успевает пройти назначенные врачом обследования и попасть на повторный приём – за рекомендациями.

Челябинская областная больница – единственная клиника региона, где ВМП оказывают по большинству лечебных профилей. Чтобы добиться наиболее эффективных результатов при лечении, Дмитрий Александрович решил консолидировать

работу специалистов разного профиля.

Создаётся своего рода модель Вселенной, в которой центр – это человек с его заболеванием, а вокруг – Галактика возможностей медицины.

Одно из направлений – развитие и укрепление связей с ведущими клиниками, как российскими, так и зарубежными. Здесь задача-минимум: обмен опытом, проведение мастер-классов, телемедицинские консультации, участие в интерактивных конференциях, заключение с ведущими медицинскими центрами договоров о сотрудничестве и помощи в подготовке специалистов. Год назад подписано соглашение с Институтом хирургии им. А.В.Вишневского (Москва); свои мастер-классы в этом году уже провели мировые светила из Москвы, Санкт-Петербурга, а также гости из Израиля, Австрии, Германии.

Задача-максимум: создание на базе ЧОКБ международной медицинской площадки для обмена опытом.

Та же модель действует и в самой больнице. Объединённые идеи специализированных центров, врачи решают проблему каждого больного совместно, привлекая специалистов любого необходимого на данном этапе профиля. Таким образом, с заболеванием (или их комплексом) сражается не лечащий врач один на один – недугу противостоит целая клиника с её возможностями, что в разы повышает эффективность лечения и приводит к максимально позитивным результатам.

Одним из первых в стране в ЧОКБ был создан региональный сосудистый центр. Каждого экстренного пациента, поступившего с предварительным диагнозом ОНМК, острого коронарного синдрома (ОКС), оперативно

обследуют, уточняют диагноз, и в зависимости от состояния либо оперируют, либо переводят в реанимацию для стабилизации состояния. Львиная доля операций проводится эндоваскулярно.

Как правило, после операции пациент поступает на долечивание в отделение кардиологии (с ОКС) или неврологии (с ОНМК), где его с помощью последних достижений нейрофизиологии и реабилитологии в считанные дни ставят на ноги, а комплекс современных тренажёров помогает больному вернуть утраченные вследствие ОНМК жизненные навыки.

Центр хирургии сердца и сосудов объединил отделения сосудистой хирургии, кардиохирургии, кардиореанимации, отделение рентгенохирургических методов диагностики. Благодаря этому пациентам, поступающим по программе «Лечение ОКС», стали доступны «гибридные» операции.

В офтальмологическом центре совсем недавно появился собственный донорский банк. Хирурги получили возможность пересаживать роговицу. Уже проведено 20 успешных операций.

Центром хирургической коррекции слуха на днях освоена кохлеарная имплантация, оформлена лицензия на оказание помощи детям. В травматологии активно осваивают новейшие методики и технологии: начали установку интрамодулярных стержней при травме пяточной кости, занимаются протезированием первого плюснефалангового сустава. Оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь по протезированию тазобедренных и коленных суставов.

Центр нейрохирургии ЧОКБ – единственное место в области, где проводят эндоваскулярные вмешательства при заболеваниях сосудов головного мозга, в том числе при аневризмах сосудов головного мозга, артериовенозных мальформациях, стенозах интракраниальных сосудов, опухлях головного мозга.

В Центре патологии почек

оказывают любую помощь – от терапевтических методов лечения до пересадки донорского органа. Здесь тесно контактируют отделения трансплантологии, нефрологии, диализа, а также профильная реанимация.

Гинекологам современное оборудование позволяет максимально эффективно и малотравматично проводить как диагностические, так и лечебные манипуляции. С помощью гистероскопа в ЧОКБ удаляют полипы из полости матки, субмукозные миоматозные узлы, производят рассечение внутриматочных перегородок, удаление инородных тел из полости матки, разделение спаек, восстанавливают проходимость устьев маточных труб.

В центре системных заболеваний соединительной ткани проводятся инфузии генно-инженерных препаратов самым тяжёлым больным с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, псориатическим артритом, системной красной волчанкой и другими заболеваниями соединительной ткани.

Оборудование собственного комплекса лабораторий позволяет производить практически все известные на сегодняшний день исследования.

Работа врачей консультационной поликлиники (как, впрочем, и стационара) стенами медгородка не ограничивается. В последние 2 года по инициативе председателя Медицинской палаты Челябинской области Дмитрия Альтмана, общение с отдалёнными территориями перешло на новый уровень. В сложных и экстренных случаях любой врач из районной больницы может по телемедицинской связи выйти на областную больницу, и его пациента проконсультируют главные специалисты региона. Привычными стали плановые телемосты главных специалистов с врачами районных больниц по определённую тактику лечения.

Как показывает опыт, все свои мечты Дмитрий Альтман успешно реализует. Его стараниями традиционно серое и безликое больничное пространство совершенно преобразилось. В ближайших планах – возведение грандиозной пристройки к зданию поликлиники, с лифтовой шахтой и просторными кабинетами, и создание общепольничного операционного модуля – такого, как в ведущих мировых клиниках.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Акценты

В Москве прошёл VI съезд детских онкологов России «Достижения и перспективы детской онкологии». В этом научно-практическом мероприятии приняли участие более 400 делегатов со всей Российской Федерации, стран ближнего и дальнего зарубежья. В рамках съезда прошли: лекционная часть для специалистов, школа медицинских сестёр, секция по паллиативной медицинской помощи, секция по дифференциальной диагностике и впервые организованная родительская секция.

На протяжении 3 дней детские онкологи РФ и иностранные лекторы делились накопленным научно-практическим опытом в области онкопедиатрии. В ходе работы школы медицинских сестёр участники получили новые материалы и прошли тестирование про-

## На единой платформе

Качественное лечение детей с онкологическими заболеваниями зависит от подготовки специалистов

фессиональных навыков. Работа родительской секции – уникальный для России опыт открытого диалога между врачами, психологами, юристами, представителями благотворительных фондов и семьями пациентов за пределами медицинского учреждения. Развитие центров паллиативной помощи и хосписов, инновационные методы работы и импортозамещение лекарственных препаратов – все эти темы нашли отражение на съезде.

По статистике, на I–II стадиях

онкологических заболеваний излечивается около 80% пациентов, на III–IV стадиях – 30–40%, положительная динамика, отмечающаяся в последнее время, обусловлена внедрением современных программ комбинированного лечения и сопроводительной терапии. Как отметил академик РАН Владимир Поляков, президент общероссийской общественной организации «Российское общество детских онкологов», главный детский онколог Минздрава России: «Съезд

является единой платформой, позволяющей научному профессиональному сообществу встретиться и обсудить все назревшие проблемы с целью обеспечения маленьких пациентов качественным и современным лечением». Одним из важных вопросов, затронутых в рамках работы съезда, стало обсуждение клинических протоколов, которые будут транслироваться в регионы для формирования единой системы лечения детей. На совещании Российско-

го общества детских онкологов академик В.Поляков совместно с присутствующими членами назначил экспертов по федеральным и региональным учреждениям страны, ответственных за доработку клинических рекомендаций. После внесения всех поправок документ будет официально утверждён в Минздраве России.

Динара БИКМУРЗИНА.

Москва.

Русская православная церковь готова бороться за выведение аборт из системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Об этом заявил на пресс-конференции председатель отдела по взаимоотношениям Церкви и общества Московского патриархата протоиерей Всеволод Чаплин.

### Врач может отказаться...

«Не имеет государство права заставлять людей оплачивать что-то, что противоречит их совести. Врач может отказаться делать аборт, если это противоречит его совести, точно так же люди не должны принимать участие через перечисление средств, которые они заработали, в том, что противоречит их совести», — заявил В. Чаплин. Аборт, по его мнению, является убийством.

По его словам, компромисс возможен в случаях, когда есть медицинские показания для совершения аборта, или же женщина подверглась изнасилованию. Кроме того, по его мнению, аборт по ОМС возможен, если имеет место кровосмещение.

С ним согласен депутат Госдумы РФ Владимир Крупников, который считает, что во всех остальных случаях «страна тратит деньги на убийство собственного населения, что не позволяет говорить о какой-либо демографической политике». А руководитель православного медико-просветительского центра «Жизнь» протоиерей Максим Обухов убежден, что младенец, ещё находясь во чреве матери, имеют определённые права.

«Необходимо прописать права нерождённых детей», — заключил священнослужитель своё выступление на митинге православной общественности в Москве, выступающей против абортов. Он прошёл этим летом в Суворовском сквере российской столицы у памятника великому русскому полководцу. Мне довелось побывать на нём. «Нет кровавому налогу! Нет наживе на абортах!» — вот главный лозунг участников митинга. Прохожие обращали внимание на людей в зелёных футболках с призывными надписями «За жизнь!» и флагами «За!», многие присоединялись к протестующим.

Президент АНО «За жизнь» Сергей Чесноков акцентировал

### Острая тема

# Вопреки совести...

## Аборты приобретают характер национальной угрозы



Всё больше людей в России требуют запретить аборты

внимание собравшихся на биологической и юридической составляющей вопроса абортов. По словам выступавшего, в комментариях к Уголовному кодексу РФ сказано, что момент начала человеческой жизни определяется фундаментальной наукой. Следовательно, если учёное сообщество придёт к мнению о начале человеческой жизни сразу после зачатия, вопрос абортов автоматически переквалифицируется из медицинской услуги в уголовное преступление — убийство.

### Не оплачивать из своих доходов

Несмотря на то, что собравшиеся выразили поддержку находящемуся тогда на рассмотрении в Государственной Думе РФ пакету законопроектов, запрещающих

финансирование абортов по линии обязательного медицинского страхования, этот законопроект был отклонён Госдумой. Не поддержали депутаты и законопроект, по которому аборты должны проводиться исключительно в государственных медицинских учреждениях, и другие законопроекты. Хотя думцы не скрывают, что проблема искусственного прерывания беременности приобретает в России уже характер национальной угрозы.

Единое, Правительство РФ поддерживает законопроект о введении запрета на розничную продажу лекарственных препаратов по прерыванию беременности.

### 3-4 млн в год

Да, количество абортов, вроде, сокращается в России с каждым

годом. По данным Минздрава России, в 1995 г. было зафиксировано 2 766 400 вмешательств искусственного прерывания беременности, а начиная с 2010 г. — почти вдвое меньше. Заместитель директора департамента Минздрава Олег Филиппов представил депутатам следующие данные: количество абортов снизилось и составило 880 тыс. в год. Хотя он подчеркнул, что это неполная статистика, поскольку частные клиники не всегда отчитываются о количестве таких операций.

Настоящее число абортов в РФ назвал на пресс-конференции, посвящённой вопросу выведения абортов из системы обязательного медицинского страхования, глава Союза педиатров России Александр Баранов. Он заявил о сильно заниженной официальной статистике искусственного

прерывания беременности и сказал, что в стране происходит, по оценкам экспертов, от 3 до 4 млн абортов в год. Согласитесь, это уже похоже на национальную катастрофу.

Не зря А. Баранов подчеркнул, что он сразу поддержал заявление патриарха и полностью согласен с тем, что эту «услугу» нужно выводить из системы ОМС. В стране, по его словам, 700-800 частных гинекологических клиник, и основу для процветания такого бизнеса дают как раз аборты.

Глава синодального отдела по церковной благотворительности епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон напомнил, что в 2014 г. на аборты в России было потрачено, «если считать по минимуму», 2 млрд руб. из средств налогоплательщиков. Он подчеркнул, что сюда вложены и «деньги тех людей, которые считают это злом».

Между тем министр труда РФ Максим Топилин словно и не замечает того, что творится. В 2014 г. в России родилось рекордное количество детей — 1 млн 947 тыс. «Такого числа новорождённых не было ещё в истории России», — не без гордости доложил он. По его словам, рост населения в стране зафиксирован второй год подряд — плюс 33 тыс. человек в год. И третий год подряд рождаемость держится на уровне 1,9 млн детей.

«Мы видим очень много ресурсов для возможной стабилизации рождаемости», — поделился с журналистами М. Топилин. Он отметил, что на встрече с Президентом РФ был обсуждён вопрос концепции демографической политики, в ходе обсуждения также была поднята тема абортов. Ранее сообщалось, что Правительство России не планирует вводить дополнительные материальные меры стимулирования рождаемости.

«Мы с коллегами из Минздрава всегда ориентируем регионы заниматься такой темой, как аборты, — 1 млн в год, практически половина того количества детей, которые родились в течение года», — сказал М. Топилин.

Хорошее дело. Вот бы добавить ещё к этой ориентировке реальные меры по борьбе с абортами...

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Инициатива

Для борьбы с наркоманией необходимо выработать правильную стратегию по созданию нового законодательства в антинаркотической сфере, заявила сопредседатель регионального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ) в Саратовской области, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству Людмила Бокова.

Как уже сообщалось в средствах массовой информации, по итогам состоявшегося ранее заседания президиума Госсовета по вопросу реализации государственной антинаркотической политики Президент РФ и лидер ОНФ Владимир Путин подписал перечень поручений. Среди них — об ужесточении ответственности за противоправное распространение в Интернете информации о приобретении и хранении наркотических средств, а также по нормативно-правовому регулированию и организации деятельности в сфере реабилитации (за исключением медицинской)



и ресоциализации лиц, осуществляющих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ.

— Для борьбы с наркоманией необходимо ясно понять корень

проблемы и выработать правильную стратегию по созданию практической нового законодательства в антинаркотической сфере, — считает Л. Бокова. Очевидно, что противодействия наркотрафику со стороны полиции недостаточно. Реальность диктует необходимость приступить к реализации политики, направленной на денаркотизацию общества через снижение спроса на наркотики, законодательно запретить наркопотребление, а также создать специализированные центры социальной реабилитации для прохождения обстоятельного и долгосрочного курса освобождения от наркозависимости.

Сопредседатель регионального штаба ОНФ в Саратовской области отметила, что, к сожалению, наркомания по-прежнему остаётся

одной из основных причин преждевременных смертей во всём мире, а число наркозависимых людей, особенно среди молодёжи, очень велико. Имеющиеся примерно 500 негосударственных реабилитационных центров действуют как умеют, на свой страх и риск, практически вне государственной поддержки и абсолютно вне правового поля. По словам сенатора, в условиях ресоциализации наркозависимых людей нужно создание фактически федеральной практики долгосрочной социальной реабилитации.

«Базовый ФЗ-3 «О наркотических средствах и психотропных веществах», принятый 17 лет назад (8 января 1998 г.) определяет в статье 54, что «государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи,

которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию». Но по факту выполняется только медицинская часть, которая сама по себе, в отрыве от социальной реабилитации и ресоциализации, имеет практически нулевую эффективность, — убеждена Л. Бокова.

По её словам, в стране отсутствует законодательный механизм в этой сфере, «иными словами, общество остаётся незащищённым от наркопотребителей, а сам наркозависимый остаётся один на один с улицей и глубоко страдающими родственниками и близкими».

Иван МЕЖГИРСКИЙ,  
МИА Сити!

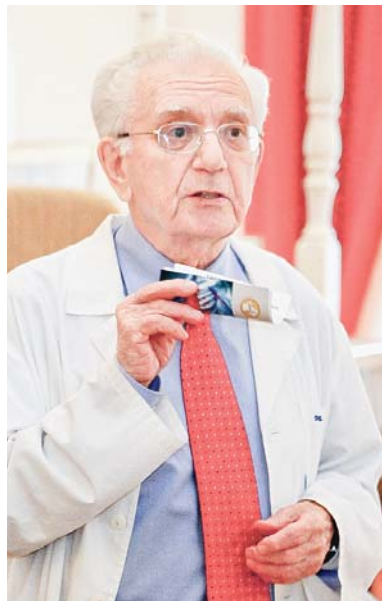
Москва.

# Один на один с бедой

## Наркомания: нужна система соцреабилитации

В конце сентября в Московском областном научно-исследовательском институте им. М.Ф.Владимирского прошла очередная сертификационная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы кардиохирургии. Диагностика и терапия сердечно-сосудистой патологии». Образовательные мероприятия такого типа, регулярно проводимые в МОНИКИ, вносят существенный вклад в непрерывное профессиональное развитие врачей.

Успешно используемая в МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского система кредитов в последипломном образовании показывает, что самое мощное лечебное, научное и образовательное учреждение Московской области в полной мере осуществило переход к европейским образовательным традициям. Вот и сертификационная конференция «Актуальные вопросы кардиохирургии. Диагностика и терапия сердечно-сосудистой патологии» в очередной раз доказала, что профессиональное общение относится к одному из наиболее развивающихся видов профессиональной деятельности. Образовательная позиция каждого участника конференции повысилась на 6 баллов, о чём свидетельствовали выданные по окончании мероприятия сертификаты. Сама по себе процедура накопления кредитов – важная профессиональная школа. И в целом такая накопительная система, будучи неизбежной для отечественного последипломного образования, обеспечивает высокий уровень профессиональной компетенции врачей.



Николай Палеев

Сопредседателями конференции стали директор МОНИКИ, доктор медицинских наук, профессор Филипп Палеев, заведующий отделом хирургии сердца и сосудов, доктор медицинских наук, профессор Александр Осиев, заместитель директора по научной, учебной работе и внешним связям, доктор медицинских наук, профессор Антон Молочков, заведующий отделением кардиохирургии кандидат медицинских наук Вадим Бабокин.

## Деловые встречи

# Кардиохирурги учатся и учат

В МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского прошла сертификационная научно-практическая конференция



Филипп Палеев и Вадим Бабокин

За последнее десятилетие кардиохирургия претерпела серьезные изменения, подтвердив истину, что чем дальше развивается эта специальность, тем больше появляется проблем. В МОНИКИ их успешно пытаются решить, создав в 2014 г. отдел хирургии сердца и сосудов, который возглавил доктор медицинских наук, профессор А.Осиев, в прошлом руководитель центра эндоваскулярной хирургии и лучевой диагностики Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина.

Надо сказать, с именем самого Мешалкина связано становление кардиохирургической службы МОНИКИ. Именно под его непосредственным руководством в НИИ патологии кровообращения в Новосибирске работал В.Францев, который впоследствии, в течение почти 30 лет, возглавлял отделение кардиохирургии МОНИКИ. Тогда и начали активно внедряться в клинику новые высокотехнологичные операции: трансаортальное протезирование аортального клапана у тяжелой категории больных, которым ранее отказывали в хирургическом лечении; транслуминальная септальная миокардиальная абляция у пациентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией; эндоваскулярные вмешательства при множественном поражении коронарных артерий.

С 1991 по 2014 г. отделением кардиохирургии руководил ученик и ближайший соратник В.Францева профессор Вилор Селиваненко. Созданная В.Селиваненко в 80-е годы школа научных исследований



Михаил Мартаков

и практических достижений оказалась настолько эффективной, что позволила достигнуть значительных успехов в кардиохирургической службе всей Московской области. Многие работы, выполненные под руководством В.Селиваненко, были приоритетными в масштабах всей страны и шли рука об руку с научными исследованиями известного академика Николая Палеева, установившего этиологию и патоморфоз многих некоронарогенных заболеваний миокарда. Участие в работе конференции признанного корифея в области кардиологии академика Н.Палеева придало особый статус мероприятию.

Ещё в 70-е годы В.Францевым, ставшим одним из лауреатов Государственной премии СССР «За разработку и внедрение методов диагностики и хирургического лечения врождённых пороков сердца у детей раннего возраста», была

поднята высокая планка для детских кардиохирургов МОНИКИ. Как говорит доктор медицинских наук Михаил Мартаков, в настоящее время у детей с врождёнными пороками сердца в МОНИКИ ежегодно выполняется 120-130 высокотехнологичных операций. Так, на конференции М.Мартаковым были доложены результаты реконструктивных операций на митральном клапане при врождённой недостаточности. Эта проблема остаётся актуальной, несмотря на большое количество различных модификаций в хирургической технике при реконструктивных операциях на митральном клапане. Факт остаётся фактом, но врождённая митральная недостаточность приводит к высокой послеоперационной летальности и часто является причиной проведения повторных операций.

Как следовало из доклада кандидата медицинских наук Романа Ларькова и кандидата медицинских



Александр Осиев

наук Павла Сотникова «Результаты операций полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда при множественных поражениях коронарных артерий», каждый год ишемическая болезнь сердца уносит более 30 тыс. жизней жителей Московской области. В отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ выполнено 212 операций полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда на работающем сердце, результатом чего являются минимальное значение леталь-

ности (1,4%) и отсутствие таких осложнений, как церебральный эмболизм, острая сердечная и почечная недостаточность в постоперационном периоде.

В текущем году в МОНИКИ начали успешно использовать сложные операции на открытом сердце для лечения постинфарктных аневризм сердца. Руководитель отделения кардиохирургии кандидат медицинских наук Вадим Бабокин прошёл стажировку в Центре кардиоторакальной хирургии Монако (Centre cardio-thoracique Monaco) и стал первым российским специалистом, вникнувшим в тонкости операции Дора непосредственно под руководством автора методики – профессора Винсента Дора. В связи с этим доклад В.Бабокина был посвящён реконструкции левого желудочка при постинфарктной аневризме сердца у больных с выраженной сердечной недостаточностью. В Московской области данные операции стали выполняться совсем недавно, лишь в начале 2015 г. Актуальность данного вида вмешательства очень высока. Как известно, постинфарктная аневризма – грозный вид осложнений перенесённого инфаркта у больных с ишемической болезнью сердца. Операция заключается в резекции повреждённого инфарктом эндокарда левого желудочка для профилактики желудочковых тахикардий как наиболее частого фатального осложнения постинфарктных аневризм. Помимо резекции в ходе операции накладывается внутрисердечная заплатка для восстановления нормальных размеров сердца. В настоящее время выполнено 6 операций, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с хорошими клиническими результатами.

Надо отметить, В.Бабокин возглавил отделение кардиохирургии МОНИКИ совсем недавно, в 2014 г., но тем не менее им уже проведена большая работа по внедрению в клиническую практику высокотехнологичных методов хирургического лечения пациентов с осложнёнными формами ишемической болезни сердца, то есть с постинфарктной аневризмой левого желудочка и ишемической кардиомиопатией.

Обозначенные на конференции успехи – это ещё и результат назначения в 2014 г. на должность заведующего отделом хирургии сердца и сосудов МОНИКИ доктора медицинских наук, профессора Александра Осиева, который является лидером мирового уровня в области эндоваскулярной кардиохирургии. Кстати, буквально на днях профессор А.Осиев провёл две показательные обучающие операции, которые транслировались в рамках Всемирного конгресса «Эндоваскулярное лечение хронических окклюзий и бифуркаций коронарных артерий» (TOBI 2015. Венеция) в Интернете, что ещё раз подтвердило – МОНИКИ открыты новым возможностям в обучении.

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

Фото  
Юрия ЛУНЬКОВА.

## События

В Москве могут внедрить программу по борьбе со стрессом и профессиональным выгоранием среди государственных служащих. Об этом, выступая на конференции «Синдром выгорания – вызов XXI веку: пути его коррекции в медицинской, психологической и педагогической практике», рассказала директор центра международных и региональных проектов Московского городского университета управления правительства Москвы Анна Лейбина.

Примечательно, что данное мероприятие было организовано учебно-исследовательским цен-

# Очень коварный синдром

тром совместно с австрийским холдингом образовательных, профориентационных и реабилитационных учреждений Австрии при поддержке Московской федерации профсоюзов и правительства Москвы. Основной целью конференции стала разработка комплексных мер по предотвращению выгорания работающего человека, преодоление последствий этого явления.

«Мы решили заняться профилактикой и снижением уровня профессионального выгорания

и стресса госслужащих. Однако в Москве около 20 тыс. госслужащих, и очень сложно провести оценку и подобрать индивидуальный план по противодействию этому расстройству», – отметила А.Лейбина. – С 2014 г. мы провели исследование 168 госслужащих и обнаружили наличие специфических причин выгорания. Прежде всего это фактор поощрения работы «на износ», стимулирование высокого напряжения и повышенной тревоги.

По мнению учёных, среди ме-

тодов борьбы с выгоранием наиболее эффективными являются физические нагрузки, общение с семьёй и друзьями, наличие увлечений помимо работы, концентрация внимания на любых, даже минимальных, успехах, а также отдых.

Как известно, ВОЗ называет профессиональный стресс «болезнью XXI века». Этот вид напряжения встречается в любой профессии и уже принял масштабы «глобальной эпидемии».

«Почти 80% россиян ежедневно

испытывают стресс», – сообщил генеральный директор учебно-исследовательского центра Московской федерации профсоюзов Владимир Богдашин со ссылкой на проведённое там исследование. «Мы провели собственный независимый анализ нынешней ситуации, опираясь на имеющиеся наблюдения и статистику. «И это не сугубо российская проблема: на ежедневные стрессы жалуются 51% немцев, 39% американцев, 38% британцев, канадцев и французов и 23% итальянцев», – добавил он.

Алина КРАУЗЕ,  
МИА Cito!

Москва.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 71 (1923)

**Несмотря на то, что о синдроме диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-синдром) говорится уже более полувека, единого понимания этого феномена не существует. Более того, дискуссии на эту тему часто ведут люди, которые плохо знают и историю вопроса, и то, что об этом думают ведущие специалисты планеты. Мне случилось уже более 50 лет работать в этой области и быть личным свидетелем работы основоположников. В связи с этим я и решил ещё раз напомнить практическим врачам о том, что такое ДВС-синдром и как к нему надо относиться сегодня.**

## Вопросы терминологии

Термин «синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови» (disseminated intravascular coagulation (DIC) syndrome) был предложен американским патологоанатомом Дональдом МакКеем (Donald McKay) в 1950 г. При аутопсии женщины, погибшей в акушерской клинике в результате массивного геморрагического осложнения родов, Д.МакКей обнаружил практически во всех сосудах погибшей множество тромбов.

Вскоре это явление стало известным в медицинском мире. При этом многие учёные начали называть его по-своему: «коагулопатия потребления», «внутрисосудистое свёртывание крови и фибринолиз», «тромбогеморрагический синдром». В ходе многочисленных исследований доктором Чарльзом Оуэном (Charles Owen) из клиники Мэйо в Рочестере (Миннесота) в 1971 г. было сделано очень важное наблюдение. При введении подопытным собакам растворов тромбопластина вместо ожидаемого геморрагического синдрома он обнаружил лишь повышение в их крови ряда прокоагулянтов. Это послужило основанием для утверждения существования хронического варианта ДВС-синдрома.

Находки МакКея и Оуэна стимулировали исследования процесса формирования фибрина, методов определения продуктов деградации фибриногена и фибрина, растворимых комплексов мономеров фибрина, Д-димера, бета-тромбоглобулина. 4-го фактора тромбоцитов, и белка – предшественника тромба, представляющего собой фибрин-мономер, лишённый фибринопептидов А и В.

До сих пор ведутся дискуссии о том, что следует называть ДВС-синдромом. Сегодня одновременно существуют такие определения данного понятия, как компенсированный и декомпенсированный ДВС (G.Muller-Berghaus), хронический ДВС (C.Owen), явный и неявный ДВС (F.Taylor), пре-ДВС и пр.

## Этиология и патогенез

Точно говорить о распространённости синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови не представляется возможным в связи с тем, что существует путаница в терминологии, что не способствует точной статистике. Так G.Müller-Berghaus считал, что диагноз «синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания» может ставиться каждому из тысячи поступающих в стационар. J.Zilbut выявил наличие данной патологии у 1 из 867 поступающих в клиники. У больных острым лейкозом эти цифры значительно выше, и там ДВС выявляется в 15-20% случаев. При септицемии как грамотрицательной, так и грамположительной микрофлорой частота ДВС возрастает до 30-50%, а у лиц с тяжёлой травмой – до 50-70%. Лечить больных с установленным ДВС-синдромом трудно, и более 50% больных спасти не удаётся.

Одной из причин такой высокой смертности при ДВС является не всегда возможная точная диагностика, что в определённой мере вызвано отсутствием общепринятого определения ДВС-синдрома. Другая причина – неясности в способах ранней диагностики этого опасного для жизни клинического феномена, а также в тактике лечения таких больных после установления данного грозного диагноза.

Всё это послужило основанием для того, чтобы осмыслить ситуацию и попытаться разрешить её. В результате активного обсуждения данного вопроса Российская ассоциация тромбов, геморрагий и патологии сосудов им. А.Шмидта – Б.Кудряшова пришла

к решению данной проблемы следующим образом. Мы основывались на положении, что изучение вопроса внутрисосудистого свёртывания крови привело к пониманию тонких деталей образования тромба. Сегодня известно, что основой тромба являются фибрин и тромбоциты. В процессе образования фибрина многочисленные белки-прокоагулянты взаимодействуют друг с другом и приводят дело к тому, что от циркулирующего в крови фибриногена отщепляются фибринопептиды. При этом образуются молекулы фибрин-мономеров, которые объединяются друг с другом и образуют фибриновую сеть, в которой оседают форменные элементы крови. При образо-

# ДВС-синдром: как его сегодня надо понимать?

вания фибрина происходит воздействие на него фибринолизина (плазмина), который расщепляет фибрин на частички, получившие название Д-димеров. При участии в процессе свёртывания крови тромбоцитов из них выделяются внутритромбоцитарные субстанции. Специфичной для тромбоцитов являются бета-тромбоглобулин и 4-й фактор тромбоцитов. Таким образом, имеется возможность судить о степени интенсивности процесса внутрисосудистого свёртывания крови по уровню Д-димеров и 4-го фактора тромбоцитов, которые являются его свидетелями-маркерами. Так как маркеры внутрисосудистого свёртывания крови обнаруживаются как у больных, так и у здоровых людей, то это даёт основание утверждать, что процесс внутрисосудистого свёртывания крови происходит постоянно, и его следует выделить особо и обозначить, назвав термином «постоянное внутрисосудистое свёртывание крови – ПВМСК».

Интенсивность ПВМСК может быть различной. Уровни маркеров внутрисосудистого свёртывания крови, обнаруживаемые при популяционном обследовании здоровых людей, следует считать нормальными. Увеличение интенсивности ПВМСК может отмечаться и при острых кратковременных заболеваниях человека, и даже при физических нагрузках. Но в этих случаях наблюдается самостоятельное возвращение показателей интенсивности ПВМСК к нормальным величинам. При хронических заболеваниях обычно отмечается постоянное повышение интенсивности ПВМСК, которое не проявляется какими-то особыми изменениями клинической картины основного заболевания. Выраженное повышение интенсивности внутрисосудистого свёртывания крови оказывает влияние на клиническую картину и сопровождается нарушением функции органов и тканей. Именно эта стадия соответствует понятию острого ДВС-синдрома.

Под ДВС-синдромом следует рассматривать такое состояние интенсивности ПВМСК, при котором оно само самостоятельно является причиной нарушения функций органов и тканей организма. Клинические и экспериментальные наблюдения показывают, что это может выражаться в виде геморрагического синдрома, изолированной гипотонии, микромакротромбозирования, острых нарушений функций различных внутренних органов и их различных сочетаний.

Повышение интенсивности внутрисосудистого свёртывания крови наблюдается практически при всех хронических заболеваниях, но лишь на определённом этапе развития заболевания оно может приводить к развитию выраженной клинической картины ДВС. При этом клинические проявления синдрома могут развиваться очень быстро. В связи с этим приоритеты в диагностике должны отдаваться сочетанию особенностей клинической картины заболевания и данных лабораторных исследований.

Создание концепции ПВМСК преследовало следующие цели:

1. Сообщить о существующих фактах и довести до сведения практических врачей информацию о наличии в природе человека

явления (феномена) постоянного внутрисосудистого свёртывания крови.

2. Разрешить дискуссионные проблемы определения и практического использования современных данных о синдроме ДВС.

Мы надеемся, что дальнейшая разработка концепции ПВМСК сможет дать точный ответ о роли и месте целенаправленной регуляции свёртывания крови в лечении многих заболеваний человека. Как же быть с феноменом ДВС-синдрома? Под ДВС-синдромом надо понимать феномен, характеризующийся быстрым и интенсивным формированием внутрисосудистых микросгустков крови, образующих преимущественно в микроциркуляторном русле, которые могут иметь различную морфологическую структуру, различные формы клинического проявления и приводить к острому нарушению функций органов и тканей, угрожающих жизни.

Быстрая системная активация внутрисосудистого свёртывания крови приводит к микрососудистому тромбообразованию, потреблению и последующему истощению белков-прокоагулянтов и тромбоцитов и может явиться причиной развития геморра-

к указанным нарушениям присоединяются признаки полиорганной недостаточности (острая дыхательная, сердечно-сосудистая, печёночная, почечная, парез кишечника) и метаболические нарушения (гипокалиемия, гипопротеинемия), массивная кровоточивость – петехии, гематомы, кровоточивость из слизистых оболочек, массивные желудочно-кишечные, лёгочные, внутричерепные и другие кровотечения, кровоточивость в местах инъекций, кровоизлияния в жизненно важные органы.

При ДВС-синдроме можно обнаружить признаки спонтанных и опасных для жизни кровотечений, а также признаки множественных или локализованных тромбозов, кровотечение в серозные полости. Со стороны нервной системы выявляются неспецифические изменения сознания или ступор, переходящие неврологические дефициты, внутричерепные гематомы. Отмечаются нарушения функции сердечно-сосудистой системы: гипотония, тахикардия; поражения дыхательной системы: шум трения плевры, признаки острого респираторного дистресс-синдрома; нарушения со стороны ЖКТ:

## Степени выраженности интенсивности постоянного внутрисосудистого свёртывания крови

1-я степень	Уровень маркёров свёртывания крови в пределах нормы
2-я степень	Уровень маркёров свёртывания крови повышен. Это состояние переходящее, и его влияние на функции органов и систем организма практически не заметно
3-я степень	Уровень маркёров свёртывания крови повышен. Это состояние постоянно, но на обычную клиническую картину заболевания его влияние не всегда чётко выявляется. Предполагается, что целенаправленная регуляция интенсивности внутрисосудистого свёртывания крови может улучшить прогноз заболевания
4-я степень	Повышение внутрисосудистого свёртывания крови происходит быстро и существенно влияет на функции органов, угрожая жизни больного. Синдром ДВС.

гического синдрома. Расстройства фибринолитической системы вносит дополнительный вклад в образование внутрисосудистых сгустков, а ускоренный фибринолиз может, в свою очередь, способствовать усилению кровотечения. Таким образом, у пациентов с диссеминированным внутрисосудистым свёртыванием крови могут одновременно развиваться как тромбозы, так и кровотечения, что усложняет диагностику и назначение правильного лечения.

ДВС-синдром обычно является осложнением или следствием прогрессирования ряда болезней. К таким болезням относятся:

- сепсис и другие инфекции (бактериальные, вирусные, в том числе при аборттах);
- опухоли (неоплазмы);
- травматические и хирургические поражения тканей, а также ожоги, синдром длительного раздавливания, массивные травмы, некрозы тканей и органов (острая токсическая дистрофия печени, некротический панкреатит, острый инфаркт миокарда и др.); острый внутрисосудистый гемолиз, переливание несовместимой крови, массивные гемотрансфузии, острая лучевая болезнь);
- акушерская патология (отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, внутриутробная гибель плода, ранняя отслойка и предлежание плаценты, атония и массаж матки, внутриутробная гибель плода и его ретенция, эклампсия);
- сосудистые поражения и аномалии сосудов (синдром Казабаха – Мерритта, аневризмы сердца и аорты);
- аутоиммунные заболевания;
- аллергические реакции;
- начало цитостатической терапии, лечение глюкокортикоидными гормонами.

## Клиническая картина

В начале развития ДВС-синдрома симптомы основного заболевания могут сочетаться с признаками тромбогеморрагического синдрома и гиповолемией. Затем появляются признаки повреждения и блокады системы микроциркуляции паренхиматозных органов, геморрагический синдром. Далее

рвота «кофейной гущей», стул с примесью крови, мелена.

Могут иметь место поражения мочевыводящих путей: почечная недостаточность, ацидоз, гематурия, олигоурия, метроррагия, маточные кровотечения.

На коже признаки ДВС-синдрома включают образование петехий, геморрагические буллы, некроз кожи нижних конечностей, глубокие подкожные гематомы.

По клиническим признакам можно выделять следующие типы ДВС-синдрома:

- геморрагический – преобладает кровотечения;
- гипотонический – отмечается выраженное снижение артериального давления;
- микро-макротромботический – тромбообразование происходит как в мелких, так и в крупных сосудах;
- полиорганное поражение – одновременное поражение нескольких органов;
- сочетанный тип – вариант различных сочетаний вышеуказанных типов.

## Диагностика и лечение

Диагностика ДВС-синдрома складывается из следующих этапов. Первоначально следует выявить заболевание, которое может привести к развитию ДВС-синдрома, и оценить конкретные клинические проявления. Затем следует произвести определение количества тромбоцитов и уровня фибриногена, а также при возможности фибринолитическую активность плазмы крови и осуществлять динамическое наблюдение за этими показателями. Определение данных лабораторных показателей должно осуществляться при высокой клинической вероятности наличия ДВС-синдрома один раз в 6 часов. В ситуациях, связанных с высоким риском возможного развития ДВС-синдрома, это следует делать каждые 2-3 дня.

Следует стремиться к уточнению участия в процессе внутрисосудистой гемокоагуляции механизмов фибринообразования, активности тромбоцитарного компонента и системы фибринолиза.

Лечение ДВС-синдрома продолжает активно обсуждаться, и применение ряда пре-



паратом остаётся спорным. Мы предлагаем следующие основные принципы лечения.

Для всех больных с ДВС-синдромом необходимо осуществлять мониторинг жизненно важных функций, оценку степени кровоточивости, тромбозов, лечение гиповолемии, гемостатические процедуры (при наличии показаний).

При лечении следует продолжать терапию основного заболевания (сепсис, травмы, акушерская патология, злокачественные новообразования и т.п.), однако надо давать отчёт в том, что ДВС – это процесс повышенного свёртывания крови. Поэтому быстрое воздействие на интенсивность этого процесса можно осуществить только с помощью гепарина. Пациентам с ДВС-синдромом показано назначение нефракционированного гепарина или низкомолекулярных гепаринов. Введение нефракционированного гепарина в дозе 4-5 ЕД/кг путём постоянной инфузии обычно является эффективным и не сопровождается значительным риском увеличения кровотечений. Высказываемые мнения о том, что эффективность терапии гепарином будет ограничена без сопутству-

ющего введения антитромбина, не были подтверждены. Крупномасштабным рандомизированным исследованием не удалось продемонстрировать снижение смертности среди пациентов с ДВС-синдромом, получавших лечение с добавлением препаратов антитромбина.

Есть сообщения об эффективности применения эноксапарина при 3-й степени интенсивности ПВМСК.

ДВС приводит к значительному сокращению количества тромбоцитов и потреблению факторов свёртывания. Тем не менее переливание тромбоцитарной массы (ТМ) и факторов свёртывания должно проводиться только больным с активным кровотечением и тем, кому требуются инвазивные процедуры.

Клинический опыт показывает, что переливание тромбоцитарной массы необходимо производить в том случае, если количество тромбоцитов падает ниже  $20 \times 10^9/\text{л}$ . Но решение о применении ТМ врач должен принимать на основании клинического состояния каждого пациента. При активном кровотечении уровень тромбоцитов от  $20 \times 10^9/\text{л}$  до  $50 \times 10^9/\text{л}$  является основанием

для переливания тромбоцитов (1 или 2 ЕД/кг/сут).

Недостатки факторов свёртывания крови, в том числе фибриногена, могут быть исправлены путём введения криопреципитата или очищенного концентрата фибриногена в сочетании со свежезамороженной плазмой. Криопреципитат и концентраты факторов свёртывания не следует постоянно использовать в качестве заместительной терапии при ДВС-синдроме, так как в них отсутствуют некоторые факторы гемокоагуляции (фактор V).

В лечении пациентов с ДВС-синдромом при наличии сепсиса, которые имели полиорганную недостаточность, введение активированного протеина С (АПС) приводило к снижению показателей смертности и улучшению функции органов (исследование PROWESS). Предполагается, что использование препаратов АПС может быть наиболее полезно у тяжелобольных пациентов с ДВС-синдромом и сепсисом.

Изучение эффективности активированного протеина С, ингибитора пути тканевого фактора (TFPI), а также рекомбинантного

тромбомодулина для лечения ДВС-синдрома находится в стадии изучения.

Антифибринолитические агенты, такие как  $\epsilon$ -аминокапроновая кислота или транексамовая кислота, применяются у пациентов с ДВС-синдромом в случае, когда в клинической картине преобладает кровотечение.

Профилактикой ДВС-синдрома следует считать эффективное лечение основного заболевания и проведение динамического контроля за показателями гемокоагуляции (фибриноген, тромбоциты) со своевременной коррекцией выявленных нарушений.

Таким образом каждый врач должен знать о существовании постоянного внутрисосудистого микросвёртывания крови, о возможности быстрого повышения его интенсивности и быть готов к лечению ДВС-синдрома.

**Игорь БОКАРЕВ,**  
профессор,

заслуженный деятель науки РФ,  
лауреат Государственной премии РФ.

Первый Московский государственный  
медицинский университет им. И.М.Сеченова.

**В декабре 2012 г. 30-летний мужчина поступил в отделение интенсивной терапии клинической больницы по поводу фибрилляции предсердий (ФП), с начальными признаками бивентрикулярной недостаточности, острой почечной недостаточности и повышением уровня печёночных функциональных тестов.**

Он сообщил, что 2 недели назад у него была одышка, болезненное сердцебиение и дискомфорт в эпигастральной области. На ЭКГ были признаки ФП с быстрым вентрикулярным ответом. Больной был переведён в клиническую больницу. Частота сердцебиений была сначала в пределах 120-140/мин, АД 140/90 мм рт.ст. У больного было заметно расширение шейных вен, а при исследовании сердца отмечен ритм галопа и пансистолический шум на верхушке сердца. Периферических отёков не было, в лёгких при аускультации чисто.

Больной был успешным бодибилдером и физически сильным человеком. В последние 12 месяцев принимал тестостерон по 1,5 мг раз в неделю, тренболон 500 мг в неделю, метандростенолон 40 мг ежедневно, анастрозол 0,5 мг в неделю и напроксен 1,1 г ежедневно в порядке подготовки к национальному чемпионату. Препараты получал через других потребителей в тренажёрном зале, где тренировался. Прекратил приём всех вышеперечисленных препаратов около 6 недель до госпитализации. При поступлении масса тела больного 141 кг. При дальнейшем расспросе установлено, что принимал также анаболические гормоны в течение 7 лет. Утверждал, что только недавно стал употреблять тренболон. При физикальном обследовании признаков гинекомастии, атрофии яичек или акне не было выявлено. Его социальное положение не было ничем примечательно. Алкоголем не злоупотреблял, не курил, запрещённых препаратов не принимал. Признаков вирусной инфекции не было.

За 15 месяцев до заболевания больному была проведена трансторакальная ЭхоКГ по поводу артериальной гипертензии, которая выявила нормальные размеры обоих желудочков и нормальную систолическую функцию, также нормальную функцию клапанов.

Во время пребывания в больнице больной прошёл испытание на тредмиле, во время которого записывалась ЭхоКГ. Физическая нагрузка продолжалась 8 мин 50 с, по 2-минутному протоколу Брюса был достигнут 100% максимально предиктивный сердечный ритм и 14,5 метаболических эквивалентов. Не было выявлено признаков индуцированной ишемии миокарда.

При лабораторном исследовании выявлено повышение гемоглобина до 192 г/д (норма 130-180), гематокрит 0,54 (норма 0,40-0,54), ренальная дисфункция (креатин 138 мкмоль/л при норме 62-106 мкмоль/л); уровень электролитов был в норме. Слегка повышенным был уровень высокочувствительного тропонина 26 нг/л при норме < 15 нг/л без последующего повышения. Уровень аламинового аминокислоты 207 Е/л при норме < 42 Е/л. Уровень аспарагиновой аминокислоты также был повышен – 116 Е/л (норма

# Стероидиндуцированная кардиомиопатия

## Клиническое наблюдение

< 40 Е/л). Однако уровни альбумина и билирубина и МНО были в норме. Была начата терапия метопрололом и антикоагулянтном низкомолекулярным гепарином.

Больному была проведена трансэзофагеальная ЭхоКГ, которая показала тяжёлую глобальную бивентрикулярную дисфункцию, средней тяжести митральную регургитацию как результат аннулярной дилатации, увеличение обоих предсердий и спонтанный эхо-контраст в левом артериальном отроке без тромбоза. Выполнена электрокардиоверсия, приведшая к синусовой тахикардии. Однако фибрилляция предсердий повторилась в течение 24 часов. Для достижения синусового ритма фармакотерапия включала амиодарон (300 мг сразу с последующим повышением дозы до 1200 мг в течение 24 часов) и в дальнейшем назначение 400 мг per os x 3 раза в день.

Больному даны карведилол и рамиприл. Однако на 4-й день развилась гипотензия (АД 80/50 мм рт.ст.) и ренальная дисфункция (креатинин 267 мкмоль/л). Ухудшились также печёночные функциональные показатели (АЛТ 1857 Е/л, АСТ 1697 Е/л). Была начата инфузия низкодозного добутамина, которая продолжалась 72 часа, что привело к отличному диурезу, улучшению клинического статуса с нормализацией функций почек и печени.

Для исключения вторичной кардиомиопатии проведено тестирование на состояние функции щитовидной железы, определение уровня сывороточного железа и теста на плазменный метанефрин. Отклонений в этих показателях при повторных исследованиях выявлено не было.

Назначены ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) – рамиприл по 5 мг ежедневно;  $\beta$ -блокатор карведилол, титрованный до дозы в 50 мг дважды в день; антагонист альдостерона – спиронолактон в начальной дозе 25 мг ежедневно с последующей заменой на эплеренон 25 мг ежедневно связи с тем, что у больного развилась гинекомастия. Для поддержания синусового ритма был назначен амиодарон в начальной дозе 200 мг в день с последующим уменьшением дозы до 100 мг, который был отменён из-за появления признаков гипертиреозидизма. В связи с фибрилляцией предсердий назначен антикоагулянт варфарин, в последующем заменённый на аспирин. В связи с эффектом рикошета (снижение уровня тестостерона) в качестве заместительной терапии был назначен тестостерон в дозе 125 мг в неделю.

Больному была проведена серия ЭхоКГ. Получено документальное подтверждение

Результаты ЭхоКГ

Дата	ФВЛЖ	ДЛЖвД	ИМЛЖ
17/12/12*	<15%		
30/01/13	40%	64	185
08/07/13	54%	61	165
02/12/13	60%	60	152
25/03/14	63%	59	147

ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка (норма > 55%).

ДЛЖвД – диаметр левого желудочка в конце диастолы < 55 mm).

ИМЛЖ – индекс массы левого желудочка (норма < 127 g/m<sup>2</sup>).

\* чреспищеводная ЭхоКГ.

для улучшения структуры и функции левого желудочка (см. табл.).

Пациент получал лечение по поводу дилатационной кардиомиопатии, которая у него развилась как результат приёма анаболических гормонов. Приём этих препаратов был прекращён на 18 месяцев. Вес при этом снизился со 141 кг до 122. Предыдущие исследования показали, что применение сверхфизиологических доз тестостерона приводит к увеличению жира, мышечной массы и физической силы у мужчин. Однако, несмотря на предупреждения относительно побочного эффекта от анаболических препаратов, многие продолжают их применение.

Кардиомиопатия приводит к гипертрофии желудочков и их дилатации, которые развиваются как осложнения от применения анаболических стероидов, что нашло подтверждение в ряде исследований.

Анаболические стероиды, как полагают, вызывают изменения в структуре мышечной ткани посредством воздействия на рецепторы андрогенов, экспрессирующих кардиомиоциты. Следует также подчеркнуть режим, которого придерживался пациент, принимая анаболические гормоны. Количество тестостерона, который он принимал, в 10-15 раз больше, чем принимают в качестве заместительной терапии. Кроме того, метандростенолон не рекомендуется принимать из-за его потенциальной гепатотоксичности. Применение блокатора эстрогенов анастрозола с целью предотвратить развитие гинекомастии, возникающей вследствие злоупотребления анаболическими гормонами, повышает уровень сывороточного тестостерона. Тренболон – ветеринарный анаболик, который применяется для увеличения массы тела рогатого скота, используется, несмотря на опасность, спортсменами, участвующими в соревнованиях по бодибилдингу.

В нашем случае интерес представляет

развитие дилатационной кардиомиопатии с острой сердечной недостаточностью 6 недель спустя после прекращения приёма анаболических гормонов у пациента, который выполнял физические нагрузки элитного уровня всего за 2 недели до госпитализации.

Декомпенсация, наступившая после выписки из больницы могла быть проявлением острого воздействия от  $\beta$ -блокаторов на сердечный выброс, так как произошло урежение сердечного ритма, когда ударный объём был исключительно низким. Ведение таких больных включает прекращение воздействия повреждающего агента, исключение других устранимых причин сердечной недостаточности, проведение регламентированной терапии сердечной недостаточности. Знание о вредном воздействии анаболических гормонов должно быть известно практикующим врачам, а также потенциальным потребителям этих средств, чтобы предотвратить случаи, имевшие место в данном наблюдении.

Авторы предлагают извлечь следующие уроки из приведённого наблюдения:

- применение анаболических стероидов и злоупотребление ими распространено в сообществе спортсменов, занимающихся бодибилдингом;

- применение анаболических стероидов и злоупотребление ими – важная потенциальная причина дилатационной кардиомиопатии;

- главным в лечении является отказ от повреждающего агента, а также раннее начало общепринятой терапии сердечной недостаточности;

- раннее дополнение тренболон в лечение больных, принимающих анаболические стероиды, улучшает клиническую картину болезни.

**Рудольф АРТАМОНОВ,**  
профессор.

По материалу Medical Journal of Australia.

Мероприятие было посвящено семейной гиперхолестеринемии в Российской Федерации и существующим нерешённым проблемам в этой сфере. Главной темой форума был сердечный-сосудистый риск, а также возможности его снижения с помощью лечения, направленного на снижение холестерина крови. С содержательными докладами выступили профессора из Великобритании и Чехии, в которых рассказали о новых достижениях в изучении генетических особенностей наследования сердечно-сосудистых заболеваний, проекте изучения наследственных гиперхолестеринемий в Европе, в котором принимают участие и российские учёные.

Так, было показано, что при наследственном избытке холестерина и липопротеидов низкой плотности уже с 10-40 лет может развиваться ишемическая болезнь сердца, но этому можно противостоять с помощью современных, в том числе медикаментозных, воздействий. Для лечения выраженных нарушений липидного обмена в настоящее время рекомендуют высокие дозы статинов. В докладах отмечалось огромное значение «холестериновой» теории атеросклероза Н.Н.Аничкова, предложенной учёным ещё в 1913 г., позволившей разрабатывать методы лечения болезни. Были представлены результаты генетического консультирования больных с наследственными гиперхолестеринемиями, когда болезнь можно проследить по опросу, изучая болезни и продолжительность жизни в нескольких поколениях.

К сожалению, 10-20% пациентов не переносят статины в высокодозных схемах. Продемонстрирована высокая эффективность новых препаратов – антител к PCSK9, которые тормозят деградацию рецепторов к липопротеинам низкой плотности и значимо снижают холестерин. Повышенный холестерин, особенно у больных людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями,

## Акценты

# Во имя биения сердец

## В Москве прошла 7-я ежегодная научно-практическая конференция Национального общества по изучению атеросклероза



Многочисленная аудитория форума

не надо бояться снижать. Были продемонстрированы данные о здоровых людях с очень низким холестерином. Докладывалось и о регистре семейных гиперхолестеринемий.

Примечательно, что конференция прошла в рамках одного из крупнейших отраслевых форумов страны – Всероссийского кардиологического конгресса, который проходил в здании Российской академии наук. В его работе приняли участие 6179 делегатов из 1092 городов и 26 стран, в том числе ведущие российские и иностранные эксперты, включая президента Европейского общества кардиологов Фаусто Пинто и президента Американской коллегии кардиологов Кима Аллана Вильямса, которые также выступили с докладами.

На пленарном заседании рассматривался вопрос персонализации диагностики и лечения в кардиологии, то есть использова-

ния индивидуальных биомаркёров, прежде всего генетических характеристик для оптимизации и лечения больного. Было отмечено, что зачастую проведение значительного генетического обследования приводит к сложности интерпретации данных, особенно, когда у пациента выявляется 40 и более различных мутаций. Рассматривались секвенирование генома, каскадный семейный скрининг, микроРНК для диагностики и лечения, генотерапия.

Большое внимание на конгрессе уделялось социально значимым заболеваниям. Были приведены данные о том, что при неконтролируемой артериальной гипертензии возникает 62% всех инсультов и 49% сердечных приступов, а контроль давления у этих больных позволяет снизить на 50% частоту инсультов и на 15% частоту сердечных приступов.

Много симпозиумов было посвящено лечению нарушений липидного обмена. Отмечалось, что наихудшими факторами риска смерти являются высокое артериальное давление, курение и повышенный холестерин. Продемонстрировано, что лечение статинами в течение 5 лет 26 человек позволяет предупредить одно сердечно-сосудистое осложнение, в то время как ацетилсалициловой кислотой нужно пролечить 420 человек. Применение статинов на 25% снижает сердечно-сосудистые события и на 14% – общую смертность. При повышении холестерина липопротеидов низкой плотности его нужно снижать до целевых уровней или на 50% от первоначального значения.

Большое значение в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний имеет диетотерапия, которая освещалась в докладе президента Американской кол-

легии кардиологов К.А.Вильямса. Он говорил об актуальности болезни сердца во всех странах и привёл данные, что каждые 34 секунды у одного американца развивается сердечный приступ, а каждые 1 минуту 23 секунды в США умирает один больной. Отметил важность профилактики и лечения этих болезней в России, где ещё недавно 57% людей умирало от сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта, подчеркнул выраженную негативную роль большого потребления алкоголя и курения.

Интерес кардиологов вызвали представленные на конгрессе современные кардиохирургические методики: транскатетерная имплантация аортального клапана, коронарные стенты с покрытием, ренальная денервация для лечения неконтролируемой артериальной гипертензии.

Активное участие в работе конгресса приняли молодые кардиологи. Так, в первый день мероприятия также были заслушаны доклады финалистов конкурса молодых учёных Российского кардиологического общества. Первое место по итогам голосования заняла Светлана Гудкова из Самарского областного клинического кардиологического диспансера, исследование которой было посвящено синкопальным состояниям.

Всего за 4 дня работы конгресса было проведено 190 заседаний, симпозиумов, лекций и мастер-классов.

**Михаил КАЧКОВСКИЙ,**  
доктор медицинских наук,  
профессор,  
заведующий кафедрой  
клинической медицины  
«РЕАВИЗ».

Москва.

## Итоги и прогнозы

# Нелёгкая борьба за здоровое лёгкое

## В Твери встретились ведущие пульмонологи страны

**В последние несколько лет Тверской государственный медицинский университет зарекомендовал себя как популярная в российской научной среде площадка для проведения международных и общероссийских научных форумов и конференций. Более того, год от года количество крупных научных мероприятий, в том числе и с международным участием, стремительно растёт, повышая рейтинг Верхневолжского медицинского вуза.**

В этом смысле начало нового учебного года в ТГМУ не стало исключением. Наиболее ярким научным событием этого сезона стала общероссийская медицинская научная конференция «Актуальные проблемы респираторных заболеваний: путь длиною в жизнь».

Данный крупный научный форум организован при участии Научно-исследовательского института пульмонологии ФМБА России, Министерства здравоохранения

Тверской области и Российского респираторного общества. Автором идеи проведения этой конференции и сопредседателем оргкомитета выступил главный терапевт Минздрава России, директор Института пульмонологии РАН, академик РАН Александр Чучалин.

Не секрет, что острые респираторные заболевания являются серьёзной проблемой современной медицины из-за их широкой распространённости как у детей, так и среди взрослого населения страны. В структуре инвалидности, по данным Федеральной службы государственной статистики, заболевания органов дыхания занимают третье место, а среди причин общей и младенческой смертности – четвёртое. Ежегодная заболеваемость и смертность детского и взрослого населения в России по причине болезней органов дыхания превышает уровень ряда европейских стран. Тверская область, увы, не является исключением.

Как оказалось, выбор места проведения конференции был отнюдь не случаен. Тверской медицинский университет и НИИ пульмонологии РАН связывают многие годы тесного научного сотрудничества, результатами которого можно считать совместные исследования и многочисленные совместные публикации тверских и московских учёных.

Именно поэтому начало работы конференции было ознаменовано особенным событием – по поручению академика Чучалина заведующая кафедрой детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, известный российский пульмонолог, профессор Наталья Геппе вручила руководству ТГМУ почётный знак Российского респираторного общества «За вклад в развитие респираторной медицины». Эту особенную для вуза награду ректор ТГМУ профессор Михаил Калинин назвал доказательством общероссийского

признания достижений тверской пульмонологической научной школы и уверил дарителей в том, что руководство университета планирует дальнейшее ещё более интенсивное развитие начатых научных проектов в этом актуальном направлении.

Программа мероприятия предусматривала доклады ведущих терапевтов-пульмонологов и педиатров России, посвящённых актуальным проблемам респираторных заболеваний. Особое внимание докладчики уделили вопросам диагностики и лечения бронхиальной астмы у взрослых и детей раннего возраста. В ходе научных выступлений и дискуссий была представлена новая программа «ПРИМА» по применению иммуномодуляторов в практической работе педиатра. Этот вопрос вызвал огромный интерес участников форума из разных регионов России, а также многочисленных практических докторов из районов Тверской области.

В рамках программных выступлений были затронуты современные аспекты диагностики, лечения и профилактики пневмоний у детей и пожилых пациентов, рассматривались вопросы вакцинопрофилактики респираторных инфекций у детей, проблемы применения иммуномодуляторов в амбулаторной практике педиатров, представлен обстоятельный обзор, посвящённый рациональному выбору антибактериальной терапии у детей с респираторными заболеваниями. Запомнился присутствующим и выразительный доклад профессора А.Белевского, который назывался «Редкие-частые болезни лёгких».

Во время подведения итогов форума его организаторы подчеркнули, что информация, озвученная в ходе выступлений, не просто является важной, современной и актуальной, но её применение на практике будет способствовать усовершенствованию системы своевременной диагностики, эффективной профилактики респираторных заболеваний и повышению качества медицинской помощи населению Тверской области.

**Максим СТРАХОВ,**  
внешт. корр. «МГ»,  
врач.

Тверь.

**Печальные и тревожные люди болеют чаще, чем люди с адекватным мировосприятием. Тип личности, при котором человек постоянно спешит и ничего не успевает, обеспечивает высокий шанс «заработать» инфаркт. Сказанное вряд ли является откровением для абсолютного большинства врачей, но все ли используют это знание в работе?**

По личному опыту знаю: максимум, на что может обратить внимание пациента участковый терапевт, – это переадресация и гиподинамия как поведенческие факторы риска развития болезней или обострения уже существующих. Что же касается психоэмоционального статуса человека, он в расчёт не берётся. И напрасно, как считает главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Федерального центра здоровья и отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Нана ПОГОСОВА:

– Негативная роль психосоциальных факторов в развитии и прогрессировании хронических неинфекционных заболеваний научно доказана результатами более чем 50-летнего научного поиска. И наконец, в 2011 г. впервые психосоциальные факторы риска официально вошли в российские национальные клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Идёт накопление научных доказательств участия психосоциальных факторов в возникновении и других хронических неинфекционных заболеваний – онкологических, бронхолегочных и сахарного диабета. Недооценивать это нельзя и при общении с пациентом необходимо учитывать.

**– Нана Вачикова, правильно ли я понимаю, что психосоциальные факторы – это не только личностные особенности человека?**

– Совершенно верно. Термин «психосоциальные факторы» включает несколько неблагоприятных для здоровья факторов риска. Первый – это низкий социально-экономический статус, под которым мы понимаем низкий уровень образования и низкий уровень доходов человека. Это, кстати, мощный фактор, который, по данным целого ряда научных исследований, вносит очень существенный вклад в развитие сердечно-сосудистых заболеваний и смертность от них.

Второй фактор – низкий уровень социальной поддержки. Простой и наглядный пример: мы живём в эпоху высокой миграционной активности, когда люди по разным причинам переезжают из города в город, из страны в страну. При этом человек неизбежно теряет свою привычную социальную нишу, и в течение периода адаптации, пока не появятся новые знакомства и друзья, он может испытывать серьёзные переживания. Лишение привычной социальной поддержки, как оказалось, – тоже серьёзное обстоятельство, влияющее на здоровье.

Далее – стресс. Причём в равной мере разрушительны для здоровья как острый психоэмоциональный стресс большой силы, так и хронический. Острый стресс возникает, например, как реакция на развод, смерть или тяжёлую болезнь близкого человека, серьёзные финансовые проблемы. В отличие от острого, при хроническом стрессе человек постоянно живёт в состоянии психоэмоционального напряжения, оно становится «привычным», но при этом влияет на здоровье не менее негативно.

Следующий фактор риска – повышенная тревожность и депрессивная симптоматика. И наконец, есть ещё два психосоциальных фактора – это враждебность как психологическая характеристика данного человека, и тип личности Д. К данному типу относят людей депрессивных не по клиниче-

ское давление. Из года в год мы получаем одни и те же данные, они никак не изменялись и в периоды кризисов и потому не могли стать причиной резкого увеличения смертности. Изменились уровни только психосоциальных факторов риска, и, очевидно, именно они стали причиной резкого увеличения количества сердечно-сосудистых смертей.

А теперь о том, почему так важно, чтобы врач обращал внимание на настроение пациентов.

и к тем назначениям, которые делает врач.

Психологически дезадаптированное состояние – очень мощный барьер для выполнения человеком любых врачебных рекомендаций. И это тоже доказано серьёзными клиническими исследованиями, результаты которых опубликованы в ведущих мировых научных журналах.

**– Вы хотите сказать, что это барьер для эффективной терапии даже самыми хорошими препаратами?**

## Авторитетное мнение

# Уныние и болезнь притягиваются

Должен ли врач обращать внимание на настроение своего пациента?



ским признакам заболевания, а по их восприятию мира.

**– Интересно, а как доказали, что психосоциальные факторы вообще имеют какое-либо значение в возникновении гипертонии, инфаркта, инсульта?**

– В ходе многолетних исследований учёные отслеживали состояние здоровья людей, часть из которых изначально имели те или иные психосоциальные факторы риска. Оказалось, что люди, имеющие при исходном обследовании, например, депрессивную симптоматику, впоследствии – через 5, 10 и даже 30 лет – чаще умирали от инфаркта миокарда.

Ещё один интересный факт. В 90-е годы в нашей стране произошли не только серьёзные экономические катаклизмы, но и значительный рост показателей сердечно-сосудистой смертности. Пик кривой смертности пришёлся на 1993-1995 гг. и совпал с периодом наиболее болезненных социально-экономических преобразований. А следующий пик сердечно-сосудистой смертности пришёлся на экономический кризис 2008 г.

За всё это время основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний никакой динамики не показали: традиционно примерно 55% россиян имеет повышенный уровень холестерина, примерно 40% взрослого населения курит и имеет повышенное артериаль-

В 2001-2002 гг. в России проводилось крупномасштабное исследование, которое показало распространённость тревожных и депрессивных состояний в общей популяции. В исследовании участвовали более 10 тыс. пациентов обычных районных поликлиник в 40 городах страны. Оказалось, что практически у половины пациентов на момент обращения к врачу было состояние психологической дезадаптации, тревожные или депрессивные состояния. В первую очередь это касалось больных артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью.

**– Иными словами, возможна как прямая, так и обратная зависимость: тревожный и печальный человек чаще заболевает, и, напротив, серьёзное заболевание повышает тревожность и депрессивность человека и усугубляет течение болезни?**

– Верно. Другое крупное отечественное исследование, которое мы проводили в городских поликлиниках 37 городов России, показало, что, если у пациентов, страдающих артериальной гипертонией или ишемической болезнью сердца, имеется депрессивная симптоматика, то у них риск смерти в течение последующих 3 лет наблюдения в 2 раза выше. В ходе этого же научного проекта мы выяснили: вклад психоэмоциональных факторов в риск смерти по силе примерно такой же весомый, как вклад курения.

**– Как вы думаете, почему современный российский врач не задаёт пациенту вопросы о его настроении?**

– Наверное, считает, что плохое настроение – это личное дело пациента. Кроме того, врачи гораздо менее информированы по данной теме, чем по традиционным факторам риска. Между тем спросить пациента о его настроении и мироощущении очень важно, ведь в зависимости от того, каким человек видит этот мир – в светлых тонах или в тёмных, – он и ведёт себя по отношению к своему здоровью

– Да, именно так. У нас, к сожалению, принято считать, что, если человек имеет сниженное настроение, но не предпринимает попыток уйти из жизни, то это и не депрессия вовсе, а значит, внимания не стоит. На самом деле врач должен насторожиться «потухший» взгляд и сниженный фон настроения пациентов, которые, например, перенесли инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации миокарда, потому что такие пациенты чаще подвержены осложнениям.

Эти больные, как правило, не верят в успех лечения, не выполняют рекомендации врачей, нередко прекращают терапию, отказываются от кардиореабилитации. Логическая цепочка выстраивается очень неблагоприятная: из-за подавленного настроения больной прекращает принимать лекарства, в частности статины, первооснова атеросклероза не устранена, а значит, эффективность дорогостоящей операции по реваскуляризации миокарда может существенно снизиться. Ну и зачем тогда все эти усилия целой команды докторов?

**– Очевидно, что врач не в силах изменить внешние обстоятельства, в которых живёт пациент. Но повлиять на его настроение каким-то образом может? И должен ли? И если наука говорит о коррекции психосоциальных факторов риска как о методе профилактики осложнений хронических неинфекционных заболеваний, имеет ли возможность любой врач уже сегодня воспользоваться этим методом?**

– Коррекция психосоциальных факторов риска – сложный раздел медицины. Вообще всё, что имеет отношение к психологии, является непросто делом. Не случайно, что традиционные факторы риска сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний изучены гораздо лучше. Их легче измерить: холестерин, артериальное давление, уровень сахара в крови, – известны их нормативные показатели, и они универсальны для всех стран.

А с психосоциальными факторами риска всё сложнее. Во-первых, долгое время их нельзя было измерить. Лишь относительно недавно созданы психометрические инструменты: госпитальная шкала тревоги и

депрессии, шкала депрессии Бека и другие. Это был большой прорыв. Потом стало ясно, что из-за культуральных различий психометрические шкалы надо адаптировать и валидизировать для каждой страны.

Но сама по себе оценка состояния пациента по какой-либо психометрической шкале ещё не даёт врачу оснований делать заключение, необходимо провести дополнительную беседу. Может ли это делать врач общей практики? То же самое касается коррекции выявленных нарушений: кто должен этим заниматься? Данный вопрос является краеугольным. Если это неграмотная психотерапия, то лучше её вообще не проводить. А часто ли мы имеем возможность рекомендовать нашим пациентам качественную психологическую поддержку на бесплатной основе?

**– Значит, тупик?**

– Не совсем. Нередко причиной психологической дезадаптации является ухудшение соматического здоровья, какое-то заболевание, суть которого человеку непонятна, отсюда его обеспокоенность и подавленность. В этой ситуации есть возможность направить пациента на углублённое консультирование в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья. Можно направить его на программу вторичной профилактики или реабилитации, которая включает консультирование по здоровому питанию и другим актуальным для людей вопросам, физические тренировки, психологическое консультирование, различные релаксационные техники. В результате у человека формируется более оптимистичное отношение к заболеванию и к жизни.

Несмотря на доказанную эффективность, такие программы внедрены у нас в стране не повсеместно, а лишь выборочно, в некоторых медицинских учреждениях. Причины: инертность мышления, непонимание важности таких подходов, организационные сложности.

**– Существуют ли какие-то специальные профилактические программы, направленные на сохранение здоровья самих врачей? Ведь многим из них тоже свойственны тревожность и депрессивные состояния. Участковые терапевты вынуждены всегда спешить и многое не успевают. А у хирургов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров, онкологов характер работы предполагает крайне высокую степень психоэмоционального напряжения.**

– Вы правы, работа у врачей напряжённая, но вряд ли психологические нагрузки врача выше, чем у школьного учителя, пилота, оператора горячей линии или офицера. Кроме того, врачи должны гораздо больше знать о важности соблюдения принципов здорового образа жизни для поддержания как соматического, так и психического здоровья. Действительно грамотный врач вряд ли станет снимать психоэмоциональное напряжение с помощью, например, курения. Вы не встретите курящего кардиолога в западных странах.

**– Их сразу увольняют?**

– Нет, они просто этого себе не позволяют. Ведь с врача берут пример пациенты. У врачей, в силу их профессии, особая степень ответственности.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

**Выявление патогенетических факторов, приводящих к развитию и рецидивированию аритмий, их возможное устранение имеет большое значение при оказании помощи пациентам с нарушениями ритма сердца. Среди этих факторов могут быть симпатические и парасимпатические влияния, аритмогенное действие медикаментозных средств, нарушения электролитного баланса, гормональные расстройства, гипоксия, метаболический ацидоз, психоэмоциональные реакции и др. Необходимо учитывать также возрастные изменения фармакокинетики антиаритмических препаратов (ААП) – увеличение периода полувыведения из организма способствует повышению концентрации их в миокарде, увеличивая склонность к проаритмиям.**

#### Вверх по течению

Влияние на частоту возникновения и рецидивирования аритмий препаратов, не обладающих непосредственными антиаритмическими свойствами, в последние годы подтверждено. Это направление лечения аритмий получило название «upstream therapy» – «терапия, направленная вверх по течению», то есть не лежащая в русле собственного антиаритмического лечения. Однако, по-видимому, более правильное его название – «патогенетическая терапия» или «терапия, направленная на субстрат возникновения аритмий».

Отмечена повышенная частота возникновения фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с воспалительными изменениями: миокардит, перикардит и др. Частота возникновения ФП значительно возрастает после кардиохирургических операций – чаще всего ФП возникает на 2-3-й день после операций, когда уровень С-реактивного белка (СРБ) достигает своего максимума.

Обнаружены сведения о патогенетической роли воспаления при ФП. В этой связи предпринимались попытки воздействия на данный механизм. Были испытаны кортикостероидные гормоны, противовоспалительная роль которых известна.

К числу подобных препаратов, кроме кортикостероидных гормонов, относятся статины (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) и омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (омега-3-ПНЖК).

Обозначенные медикаменты влияют на различные звенья патогенеза аритмий и другие важные механизмы гемодинамики: воспаление, окислительный стресс, изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), ремоделирование миокарда.

Таким образом, данные неаритмические препараты, действующие на важнейшие патогенетические механизмы формирования аритмий: воспаление, фиброз миокарда желудочков и предсердий, окислительный стресс, ремоделирование сердца, воздействуют на формирование и терапию аритмий.

В патогенезе ФП определённую роль играет воспаление. Естественно, что одним из первых средств воздействия на ФП были глюкокортикоиды, противовоспалительное действие которых используется при многих заболеваниях. Было показано

положительное действие метилпреднизолона на сокращение частоты развития ФП у пациентов после аортокоронарного шунтирования.

В исследовании, выполненном на пациентах, перенёсших кардиохирургические вмешательства, показана позитивная роль назначения глюкокортикоидов для профилактики возникновения ФП. Введение дексаметазона в дозе 0,6 мг/кг снижало частоту возникновения ФП в первые 3 дня после операции.

#### В клиниках и лабораториях

# Незапланированный эффект

## Аритмическое действие ряда неаритмических препаратов

В метаанализе (2007) обобщены данные трёх исследований по использованию гидрокортизона для предупреждения ФП в послеоперационном периоде у кардиохирургических больных. Применение гидрокортизона снизило риск послеоперационной ФП на 33%.

В проспективном исследовании на пациентах, не переносивших кардиохирургическое вмешательство с впервые возникшей ФП, они были разделены на две группы: первая – получавшие метилпреднизолон в дозе 16 мг/сут в течение 4 недель с последующим снижением до 4 мг в течение 3 месяцев, и вторая – получавшие плацебо. Все пациенты в качестве антиаритмического препарата получали пропранолол. Срок наблюдения составил 23,7 месяца.

Так, в группе, получавшей метилпреднизолон, частота рецидивирования ФП составила 9,6%, в группе плацебо – 50% ( $p < 0,001$ ). В группе плацебо выше была и частота перехода ФП в постоянную форму – 29 и 1,9% соответственно. Риск рецидива ФП значительно возрастал при увеличении уровня СРБ (примерно в 7 раз на каждый 1 мг/дл). В группе пациентов, получавших метилпреднизолон, отмечалось значительное снижение концентрации СРБ (на 80% в течение первого месяца лечения).

Глюкокортикоиды показаны как патогенетическое средство в лечении таких аутоиммунных заболеваний, как миокардиты, перикардиты, посткардиотомный синдром, оказывая также влияние на частоту формирования ФП.

#### Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины)

Известно, что статины, кроме антиатерогенных воздействий, имеют множество плейотропных эффектов. Они обладают выраженным противовоспалительным действием, а также антиаритмическим эффектом, уменьшая проявления окислительного стресса.

В исследованиях на животных с моделью перикардита у собак высокие дозы аторвастатина (2 мг/кг/сут) уменьшали воспалительную инфильтрацию в миокарде предсердий. Терапия статинами наряду со снижением СРБ влияла на риск возникновения ФП.

В регистре ADVACENT у пациентов с левожелудочковой дисфункцией было отмечено снижение частоты ФП на 34% на фоне терапии статинами.

В настоящее время признана необходимость назначения статинов пациентам с различными формами ИБС, а также пациентам с высоким риском сопутствующей патологии (СД, АГ), у которых эти средства позитивно влияют на сокращение частоты возникновения ФП.

По данным многих исследований, статины снижают на 30%

В метаанализе (2008) показано, что иАПФ снижают риск ФП на 14,2%, а БРА – на 29,9%. Отмечалась неодинаковая эффективность этих средств в различных группах.

У пациентов с артериальной гипертензией эти препараты снижали риск развития ФП на 23,1%, среди пациентов с ХСН – на 31,6%, среди пациентов, перенёсших ИМ, – на 10,2%, после кардиоверсии, когда эти препараты назначались как средства профилактики ФП, – на 50,9%. Необходимость использования

Более значимое воздействие оказывают ПНЖК на частоту возникновения внезапной сердечной смерти. Основное показание для препаратов омега-3-ПНЖК – вторичная профилактика сердечно-сосудистой и внезапной смерти (ВС) у пациентов, перенёсших ИМ.

В исследовании GISSI-PREVENZIONE убедительно показано, что высокоочищенные омега-3-ПНЖК должны быть неотъемлемым компонентом лекарственной терапии ИБС (ИМ). Положительные клиниче-



риск развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС. Показана связь частоты внезапной смерти с выраженными гиполипидемическими нарушениями.

В исследовании 4S было отмечено снижение частоты не связанных с ИМ внезапных аритмических смертей; аналогичные тенденции отмечены и в исследовании LIPID.

Антиаритмические свойства статинов выявлены у пациентов с имплантируемым кардиовертером-дефибриллятором. Польза от назначения статинов пациентам с ИБС сводится не только к их прямому антиатеросклеротическому действию, но и к выраженному антиаритмическому эффекту в отношении ФП и желудочковых аритмий.

#### Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина

Одним из основных факторов формирования ФП являются фиброз и ремоделирование предсердий. иАПФ, БРА приводят к уменьшению степени фиброза предсердий, они благоприятно влияют на гипертрофию кардиомиоцитов предсердий. Препараты, воздействующие на РААС, могут оказывать антиаритмическое действие через ряд механизмов:

- прямое воздействие на ионные каналы;
- снижение напряжения и растяжения стенки предсердий;
- торможение и уменьшение фибрирования предсердий;
- улучшение гемодинамики.

При использовании иАПФ и БРА определялось снижение риска развития ФП.

иАПФ/БРА у пациентов с АГ, ХСН, после перенесённого ИМ в настоящее время является очевидной.

Целесообразность их назначения в качестве дополнения к антиаритмической терапии при прописанных заболеваниях с ФП показана в целом ряде клинических исследований.

Препараты, воздействующие на РААС, уменьшают выраженность фиброза не только в предсердиях, но и в желудочках, обладают электрофизиологическим действием, уменьшают симпатическую активность.

Исследование NOPE, в котором анализировались пациенты с ССЗ (ИМ, инсульт, периферический атеросклероз), СД и одним из факторов риска (гипертензия, дислипидемия и др.), использование рамиприла на 38% снижало риск остановки сердца и фатальных аритмий.

Препараты, влияющие на РААС, вследствие своего разнонаправленного действия широко используются в кардиологической практике, в том числе и благодаря своему антиаритмическому действию.

#### Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты

Позитивное влияние омега-3-ПНЖК на частоту возникновения ФП было продемонстрировано у пациентов, перенёсших кардиохирургические вмешательства, их назначение в течение 5 дней перед операцией снижало более чем на 50% частоту возникновения ФП.

Совместное применение препарата данной группы с амиодароном привело к снижению ФП почти в 2 раза через год наблюдения.

ские эффекты, заключающиеся в снижении смертности от всех причин на 21%, в значительной степени обусловлены снижением ВС на 45% (!), в отношении которой была показана устойчивость к другим медикаментозным вмешательствам.

Выделяется также очень существенное антиаритмическое действие комбинации препарата омега-3-ПНЖК и омега-токоферола. Это базовый препарат в терапии ИБС и, по-видимому, ряда аритмий. В группе, получавшей данный препарат, ФП развилась в 1,9% случаев, в группе контроля – в 15,4%. Смертность составила 1,4 и 12,4% соответственно.

Традиционные антиаритмики блокируют ионные токи, обозначенные же ранее средства, влияющие на воспаление, нейрорегуляторные механизмы, ремоделирование, нередко снижают сердечно-сосудистую и аритмическую смертность у больных со значительной структурной патологией системы кровообращения.

К числу препаратов, также обладающих антиаритмическими свойствами, но не относящихся к рубрике антиаритмиков, должны быть отнесены некоторые: АТФ, магния сульфат, препараты калия. Диапазон действий этих средств достаточно широк.

АТФ – может использоваться для купирования приступов АВ-реципрокных тахикардий, желудочковых тахикардий, синусовых реципрокных тахикардий.

Магния сульфат – пароксизмальная желудочковая тахикардия типа «пируэт», пароксизмальные тахикардии с доказанной гипомagneмией, тахикардии вследствие гликозидной интоксикации.

Препараты калия – аритмии, обусловленные электролитными нарушениями, гипокалиемией, гипомagneмией, нарушения ритма, обусловленные интоксикацией наперстянкой.

Ряд обозначенных неантиаритмических средств благодаря своему патогенетическому и профилактическому действию могут с успехом использоваться при аритмиях.

**Михаил ГУРЕВИЧ,  
доктор медицинских наук,  
профессор.**

**Кафедра терапии факультета  
усовершенствования врачей  
Московского областного научно-исследовательского клинического  
института им. М.Ф.Владимирского.**

Существует несколько причин для объяснения того, почему нам так трудно признать реальность изменения климата, расплачиваться за которое в будущем придётся всему человечеству. В этой связи стоит обратить внимание на книгу австралийского философа Клайва Гамильтона «Реквием по человечеству: почему мы противимся правде об изменении климата» (Requiem For A Species: Why We Resist The Truth About Climate Change). В ней приводится психоаналитическое исследование нашей реакции на это явление, последствия которого не ощущаются сразу, а проявляются в долгосрочной перспективе.

Осознание глубинных изменений на нашей планете, которые протекают несколько десятилетий или даже столетий, как несложно догадаться, не является чем-то естественным для нашего мозга. Не больше, чем способность принять смерть, как нашу собственную, так и наших близких. Клайв Гамильтон проводит параллель с психологической блокировкой, которая возникает у нас в подобных ситуациях. Человек проходит, по меньшей мере, через 3 из 5 известных всем стадий: отрицание, депрессия и смирение. Тем не менее здесь прослеживаются параллели с другими этапами, которые расположены между отрицанием и депрессией: это гнев и торг.

Можно проанализировать реакцию на изменение климата через такую призму, которая напоминает принципы, применяемые на предприятиях специалистами по психологии:

## Взгляд

# Климатический психоанализ

### Можно ли сравнивать отношение к смерти с изменением климата?

#### Отрицание

Отрицать бесполезно, но многие из нас находятся на этой стадии. Немалая часть общественности до сих пор не прошла этот этап. Более трети французов (35%) заявляют, что потепление климата не доказано, или что оно не связано с деятельностью человека (22%). При этом 61% считают, что изменение климата – реальный факт, причиной которого стал человек. То есть большинству всё же удалось пройти отрицание.

#### Гнев

Экологи сейчас переживают эту буйную стадию. Они критикуют настоящих виновников, то есть правительства, а также нас всех за то, что мы не имеем желания как-то менять нашу жизнь. Это не совсем так. Большинство французов поддерживают экологов. Но не голосуют за «зелёных» на выборах. Все предприятия заявляют об активном участии в защите нашей планеты. Но они всячески стремят-

ся избежать лишних трат, которые отразились бы на прибыльности.

Все партии называют себя борцами за экологию. Но по приходу к власти они оказываются не в силах принять и утвердить реальные меры борьбы с парниковыми газами. Все государства так или иначе заявляют о необходимости бороться с потеплением климата. Но когда тысячи их представителей собираются на конференцию в Копенгагене или Дохе, они принимают только проекты мер. И каждый раз откладывают принятие имеющих обязательную силу решений на будущее. Отсюда и справедливый гнев тех, кому хотелось, чтобы мы, наконец, сделали что-то конкретное.

#### Торг

Именно это в буквальном смысле слова и происходит на международных переговорах по климату. Каждый пытается выторговать для себя условия получше, то есть избежать серьёзных расходов и не поставить народ перед ограничени-

ями, которые могли бы повредить и без того неустойчивому экономическому росту. Провал углеродной биржи и налога на углекислый газ служит наглядным тому подтверждением. Сократить выбросы CO<sub>2</sub>, разумеется, нужно, но только если это недорого. И не повлечёт за собой нашу комфортную жизнь.

#### Депрессия

До этого мы ещё пока не дошли. В этом и заключается суть книги Клайва Гамильтона. Философ открыто призывает к началу стадии глубокого отчаяния. Не для того, чтобы утонуть в слезах, а потому что оно, по его мнению, является неизбежной и необходимой ступенью. Как и после гибели близкого, боль от потери лишь обостряется ощущением собственного бессилия, абсурдности происходящего. Мы в нашей жизни по большей части предпочитаем намеренно игнорировать смерть. Когда она всё же приходит, мы оказываемся к ней неготовыми, и удар погружает нас в депрессию.

Что касается изменения климата, прийти к глубокому отчаянию, о котором говорит Клайв Гамильтон, намного сложнее. В отличие от смерти человека, климатические явления не носят внезапный и резкий характер. Они растягиваются на десятилетия или даже века. Земля умирает медленно. Так медленно, что мы вряд ли станем свидетелями её последнего дыхания. Как и наши дети. С психологической точки зрения трудно страдать за потомков, которые, быть может, ещё не появились на свет. Но Клайв Гамильтон призывает нас почувствовать будущим поколениям.

Как бы то ни было, нет никакой гарантии, что к его призыву прислушаются. Как верно подчёркивают климатоскептики, сегодня на Земле и так хватает серьёзнейших проблем. Так, вместо размысленной о некоем непонятном будущем (к тому же, может, все эти прогнозы ещё и не сбудутся), не лучше ли оказать помощь 842 млн человек, которые до сих пор страдают от голода? 3,6 млн человек, которые гибнут каждый год из-за нехватки питьевой воды, или 780 млн, что испытывают её острый недостаток? 225 млн больных малярией, которая каждый год уносит 780 тыс. человеческих жизней?

Бороться со всеми бедствиями мы можем начать уже сейчас, но не прилагая достаточных усилий. И всё это не вызывает у нас особого расстройств и депрессии. Они не испортят нам настроение на выходных или грядущих рождественских праздниках.

Подготовил  
Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

## Перспективы

# Где память, где ум

Память, как известно, бывает краткой и долгосрочной. Формирование, хранение и извлечение информации осуществляется клетками гиппокампа, лежащими на основании височной доли.

Впервые на роль гиппокампа обратили внимание после нейрохирургического вмешательства у 2 человек, напрочь утративших способность что-либо запоминать. Много позже у 3 потерявших память человек с помощью компьютерного томографа высокого разрешения в гиппокампе увидели микроинфаркты, а затем пришла эра ген-модифицированных мышей и биотехнологий, позволивших окончательно доказать, что все пути памяти ведут к клеткам древней трёхслойной коры.

Умственные способности издавна связывали с многослойной (6-7 слоёв нейронов) новой корой – Неокортексом – необычайно разросшихся у человека лобных, или фронтальных долей. Близко к фронтальной коре располагаются корковые отделы эмоциональной сферы, связанные с клетками миндалины, лежащей в глубине височной доли и тесно связанной с гиппокампом. Миндалину считают центром страха и негативных эмоций (аверзивных), поэтому связь и близкое соседство с мозговой «памятью» вполне закономерно. Таким же закономерным можно считать и локализацию присущего только человеку центра речи в основании левой лобной доли.

У О.Фогта, вызванного в своё время в Москву, чтобы учредить Институт мозга для изучения органа мышления вождя мирового пролетариата, был талантливый ученик К.Бродман, который осуществил первое картирование «полей» коры головного мозга, которые в полном соответствии с картинками френологов отвечают за те или иные функции. Несогласные с гипотезой полей указывали на то, что при повреждениях мозга пластичность нервной ткани позволяет компен-

сировать дефицит. Пустые споры детерминистов со сторонниками диффузности продолжались целый век, пока на смену молоточкам невропатологов и ассоциативным полям психологов не пришли томографы высокого разрешения (HD – High Definition). Появился также и вариант МРТ, позволяющий увидеть внутримозговые пучки волокон, представляющих собой совокупность нейронных отростков-аксонов. Это позволило нейробиологам привлечь для объяснения связи памяти с когнитивными (умственными) способностями хорошо разработанную теорию сетей, используемую при строительстве отелей, заведений фастфуда и столь модных сегодня социальных сетей.

Сотрудники Пенсильванского университета в Филадельфии «порезали» оптически мозг с шагом в 1 мм, что позволило детально разобраться в том, как сети пучков определяют когнитивную функцию мозга. Они исходили из уже полученных фактов в разных лабораториях мира. Японские учёные из Токийского исследовательского института установили, что в основе долговременной памяти лежат разные клеточные ансамбли головного мозга. Активность клеток регулируется поступлением кальциевых ионов, объединение которых со свечением (флуоресцентными красителями) помогает зримо представить себе развитие процессов в мозгу. Световая «метка» (маркер) помогла также увидеть как происходит попадание пузырьков-везикул из одной нервной клетки в другую, без чего невозможно представить себе нейрональные сети. Известно, что мозг омывается особой жидкостью, которая похожа на лимфу (цереброспинальная), а за её прохождение отвечают ворсинки клеток. Рост ворсинок определяет белковый фермент, мутации в гене которого ведут к раку. Он встроен в цепочку, регулиующую активность генов под действием внешних сигналов, и патология в ней также ведёт к

опухолям, нарушениям дыхания и инверсии внутренних органов, когда сердце оказывается справа, бесплодию и гидроцефалии, росту лишней пальцев и нарушениям в сетке глаза.

Сотрудники франкфуртского Института мозга предложили новый метод сегментарной электронной микроскопии (SegEM), с помощью которого исследование мозгового коннектома – совокупности «коннекций»-связей – ускорилось как минимум в 10 раз, не говоря уже о получении 3D-картины повышенной чёткости.

В Филадельфии попытались выяснить взаимодействие мозговых сетей разного уровня и их «внутренних» узлов в когнитивном контроле. Оказалось, что одни из сетей, соседствующие друг с другом, контролируют конкретные функции, при этом сети лобной доли находятся как бы на «отдалении» – на периферии – и осуществляют контроль высшего порядка, определяя поведение человека и характер выносимых им решений. Авторы в качестве примера приводят способность человека легко переключаться с общения по электронной почте (функция письма) на телефонный разговор и, с другой стороны, общую (холистическую, интегрирующую) функцию мозга. Всё это, конечно, не просто, но, по их мнению, нарушения когнитивного контроля налицо при аутизме и шизофрении.

К сожалению, даже миллиметровое оптическое «разрезание» живого функционирующего мозга не позволило выявить «первородства» умственных способностей по отношению к памяти. А это очень важно при создании новой робототехники и компьютерной техники, которые не могут различать множество объектов, наш же мозг с этой задачей справляется за миллисекунды!

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам *Neuron*  
и *Nature Communications*.

## Открытия, находки

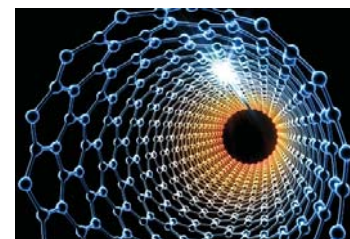
Медики уже давно ищут более эффективные методы диагностики, в частности способы определять наличие и количество определённых молекул в организме, которые могут свидетельствовать о тех или иных состояниях. И теперь, похоже, сделан ещё один шаг вперёд на этом непростом пути – разработаны имплантируемые углеродные нанотрубки, которые поддают сигнал при обнаружении определённых молекул. Это изобретение позволит не только быстрее определять болезни, на диагностику которых порой требуется несколько дней, но и автоматизировать процесс.

# Углеродные нанотрубки ускоряют диагностику

Углеродные нанотрубки представляют собой крошечные цилиндры, сделанные из графена и покрытые определённым видом полимера. Они легко гнутся и легко видоизменяются. Эти особенности позволяют использовать их для переноса молекул в клетки и из клеток, а также проверять пригодность пищи для употребления. Чтобы использовать нанотрубки для диагностики, был создан особый полимер, реагирующий на присутствие той или иной биомолекулы. Специальный датчик, установленный в нанотрубке, передаёт сигнал на компьютер, которой затем его обрабатывает.

Эксперименты проводились на мышах. Для определения сахарного диабета были созданы углеродные нанотрубки, фиксирующие уровень инсулина; для диагностики процесса образования тромбов, определения болезней печени и других воспалительных заболеваний – трубки, определяющие уровень белка, и т.д.

Сначала углеродные нанотрубки прошли тесты на образцах крови, взятых у мышей. После этого устройства были имплантированы в самих мышей. Нанотрубки отлично справились с поставленной задачей: они посылали непре-



рывный сигнал и, находясь внутри, ни разу не сломались и не вызвали отрицательную реакцию организма в течение 400 дней. Особенно хорошо работали датчики, определяющие наличие окиси азота (для распознавания онкологических заболеваний), так как были введены непосредственно в кровотоки и смогли пройти даже через крошечные капилляры в лёгких.

Учитывая стоимость углеродных нанотрубок, для диагностики большинства болезней в будущем есть смысл использовать именно их, а не традиционные методы анализа крови. В случае если нанотрубки успешно пройдут испытания на человеке, их можно будет использовать для продолжительного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, находящихся в группе риска.

Ирина МЕЛКУМОВА.  
По материалам *Nature News*.

## Перспективы

## Луч света в сердечном царстве

Исследователи медицинского факультета имени супругов Рут и Брюса Раппапорт при хайфском Технионе (Технологический университет) под руководством профессора Лиора Гепштейна, возглавляющего также кардиологическое отделение медицинского центра РАМБАМ в Хайфе, выяснили, что нарушение сердечного ритма и, в связи с этим, электропроводимости сердца может вызвать значительное замедление сокращений мышц четырёх сердечных камер и нарушение их синхронизации. Такое явление чрезвычайно опасно негативными последствиями, среди которых появление общей слабости, головокружения, потери сознания, сердечная недостаточность и даже смерть.

Наиболее часто применяемый сегодня метод противостояния этому – имплантация электростимулятора, корректирующего ритм сердца с помощью вживлённых в него электродов. Однако у этого метода, ставшего в определённом смысле классическим, есть ряд серьёзных недостатков. И главные из них – необходимость проникновения в организм с целью присоединения стимулятора, вероятность инфицирования, ограничения по количеству и расположению проводов, соединённых со стимулятором, ухудшение сердечной деятельности вследствие изменений в электрической цепи, а также значительные проблемы, связанные с установкой подобного прибора детям.

Работающий под руководством профессора Гепштейна доктор Уди Нусинович в целях совершен-

ствования классического метода применил оптогенетический подход. Исследовательская методика состоит в использовании нервных клеток, внедряемых в мембрану специальных каналов, именуемых опсинами. Эти каналы – группа светочувствительных белковых молекул, связанных с мембраной рецепторов определённого типа. Такие белки получают из морских водорослей, и в естественном виде в человеческом организме они не обнаружены. Светочувствительные белки используются для активирования или подавления электрической возбудимости клеток.

Согласно новой методике, нейроны и мышечные клетки под действием света также подавляются.

применения света для ресинхронизации сердечбиения.

В опытах на крысах израильские исследователи направляли голубой луч на участок сердца, на котором происходила экспрессия белка, известного как ChR2. Затем, освещая сердечную ткань при меняющейся частоте, была продемонстрирована возможность восстановления сердечного ритма. На последующих стадиях происходило одновременное активирование сердца крыс расфокусированным потоком световых лучей, что приводило к значительному улучшению синхронизации работы сердечных камер.

В беседе с корреспондентом «МГ» профессор Гепштейн обратил внимание на необходимость в последующих экспериментах «улучшить проникновение света в ткань с целью обеспечения многолетней экспрессии белка». И тем не менее израильский учёный убеждён, что уже полученные результаты исследования демонстрируют высокий потенциал оптогенетического метода как замены электрических стимуляторов и как способа ресинхронизации сердечных камер в случае сердечной недостаточности.

Захар ГЕЛЬМАН,  
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Хайфа.

## Исследования

## Именем здоровой почки

Учёные из Колумбийского университета (США) сообщили, что, помимо позитивного воздействия на сердечно-сосудистую систему, средиземноморская диета весьма и весьма благоприятно влияет на здоровье почек.

Как известно, средиземноморская диета включает в себя избыток фруктов, овощей, рыбы и минимум красного мяса, полуфабрикатов и сладостей.

Придерживаясь такого питания, человек многократно снижает вероятность развития у себя сердечно-сосудистых заболеваний, болезни Альцгеймера, сахарного диабета и злокачественных новообразований.

В рамках нового исследования специалисты наблюдали за 900 испытуемыми в течение 7 лет. Оказалось, что каждый пункт средиземноморской диеты снижает вероятность развития хронического заболевания почек на 17%,

а соблюдение полной диеты – на целых 50%. Кроме того, данная диета сокращала снижение функции почек на 40%.

В заключение своей работы исследователи отмечают, что для сохранения здоровья необходимо уделять внимание не только выбору полезных продуктов, но и регулярной физической активности.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Science Daily.

## Ну и ну!

## В ухе китайца проживали десятки тараканов

Молодой человек по имени Ли обратился за помощью к врачам после того, как ночью проснулся от сильной боли и зуда в правом ухе. В ходе осмотра выяснилось, что ушная раковина китайца наполнена маленькими насекомыми.

Врачи из южнокитайской провинции Гуандун обнаружили в ухе 19-летнего жителя Китая целое семейство тараканов.

По мнению врачей, самка таракана, возможно, проникла в ухо Ли 2 недели назад. В интервью журналистам доктор из клиники Чаньань в городе Дунгуань Ян Цзин сообщил, что отложенные самкой таракана яйца полностью блокировали ушной канал.

Медики провели срочную операцию, в результате которой сначала извлекли из ушной раковины пациента таракана размером около 7,5 мм, а затем



и 25 детёнышей, которые к тому времени уже появились на свет. Врачи отметили, что Ли вовремя обратился за помощью к меди-

кам, иначе он мог бы оглохнуть на это ухо.

Инна СЕРГЕЕВА.

По сообщению The People's Daily.

## Однако

В американской системе здравоохранения упор делается на высокотехнологичные тесты, операции и лекарства, но при этом не слишком много внимания уделяется профилактике и санитарному просвещению. В то время как многие критики сокрушаются по этому поводу, два врача придумали своеобразный способ изменить положение вещей – они написали музыкальную комедию о медицинском обслуживании.

## «Мой милёнок — гинеколог...»



Шутливые сатирические «частушки» они написали, чтобы привлечь внимание людей к проблемам американской системы здравоохранения. Свой мюзикл они назвали Damaged Care («Испорченный уход»).

Грег ЛаГана рассказывает, что всё это началось почти 50 лет назад, когда вместе с Бэрри Леви они учились на медицинском факультете Корнельского университета: «Тогда мы начали писать одноактные музыкальные миниатюры о жизни в медицинском колледже. Всё это были пародии на бродвейские шоу».

Окончив медицинский факультет, эти два врача начали выступать против всего, что они считали неправильным в системе медицинского обслуживания, – против ограничения приёма у врача 15 минутами, против ненужных операций, чрезмерного применения лекарств. Мало кто прислушивался к тому, о чём они говорили. И вот в один прекрасный день Леви поведал коллеге о своей идее.

– Это было в 1994 г. Он мне звонит и говорит: «Слушай, нам

обоим в этом году исполняется 50. У нас на двоих 100 лет опыта. Никто ещё не писал музыкальных комедий о здравоохранении. Вот что нам нужно сделать», – вспоминает ЛаГана.

Сегодня они представляют свои пародии на самых разных площадках. На симпозиуме в Колорадо ЛаГана и Леви сначала сделали доклад о результатах своих исследований, а во время перерыва дуэт Damaged Care исполнил свою очередную композицию о злоупотреблении антибиотиками.

Организаторы и участники симпозиума посчитали, что частушки Леви и ЛаГана – это то, что доктор прописал. «Оба они – настоящие врачи, им небезразличны пациенты и медицина, но при этом всё это очень смешно», – говорит Лэрри Голд, основатель симпозиума Gold Lab.

Дуэт врачей выступал более чем в 30 штатах, в том числе в больницах и на медицинских конференциях.

Игорь НИВКИН.

По материалам сайта American Scientist.

## Фемуга

## Казнить нельзя...

Власти штата Оклахома отложили на неопределённый срок казнь троих осуждённых после того, как выяснилось, что одному из них чуть было не ввели не то химическое соединение, которое требуется.

Ричарду Глоссипу должны были сделать смертельную инъекцию 30 сентября, однако администрация тюрьмы в последний момент установила, что получила от поставщика ацетат калия вместо хлорида калия, обычно используемого для этой цели.

Генеральный прокурор Оклахомы Скотт Приюитт распорядился отложить на неопределённый срок приведение в исполнение приговоров в отношении Глоссипа и ещё двух осуждённых, чтобы разобраться в ситуации. В пятницу его решение поддержал Верховный суд штата.

Проблемы такого рода последнее время возникают в США всё чаще, так как фирмы-производители отказываются поставлять

препараты для казней. Большой общественный резонанс вызвал случай в апреле 2014 г., когда приговорённый Клейтон Локетт, получив инъекцию ранее не применявшегося препарата, мучительно умирал в течение 40 минут. Обычно осуждённый теряет сознание практически мгновенно, и через несколько минут врач констатирует смерть.

Более половины выносимых и приводимых в исполнение смертных приговоров в Америке приходится на 7 южных штатов (Техас, Оклахома, Аризона, Миссури, Алабама, Флорида и Вирджиния). В 17 штатах и федеральном округе Колумбия смертной казни нет.

«МГ» по всем этим случаям дала публикации. И неизменно с одним и тем же заголовком. Что поделать, если точнее ситуацию не выразить...

Борис АДАМОВ.

По сообщению Associated Press.

Академик живописи Т.Яблонская, лауреат Государственной премии СССР, профессор Киевского государственного художественного института, говорила, что солнце, изображённое этим художником, «похоже на яичницу». Может быть, она никогда не видела картин Винсента Ван Гога?

Анатолия Лимарева часто сравнивают с Ван Гогом, имея в виду присущую им обоим живописную экспрессию. Но не одно это обстоятельство позволяет проводить аналогии. Творческая бескомпромиссность; желание идти в искусстве своим путём; отношение к живописи, как к смыслу бытия, а не цели существования; непризнанность при жизни; необеспеченность; психическое расстройство, возможно, ставшее причиной суицида; солнце, «похожее на яичницу»...

Отбор по системе  
«свой – чужой»

Глаз советского чиновника от живописи, решающего вопросы устройства художественных выставок и отбирающего для них картины, был безошибочно отлажен по системе «свой – чужой», с ходу распознавая «нежелательные элементы» в искусстве. В 1962 г. на выставке, посвящённой 30-летию МОСХ, полотну П.Никонова «Геологи» (1962, Третьяковская галерея) вызвало гнев Н.Хрущёва, узнавшего, что за работу заплачено 3 тыс. руб. Что выпадало из канона в этом полотне – отсутствие прорисованной натурной достоверности изображённых персонажей (картина стала, скорее, символом профессии, нежели групповым портретом людей и даже – изображением неведомой, но очевидной проблемы); или отсутствие повествовательности: нельзя однозначно сказать, о чём думают эти люди и что они собираются делать (возможно, оттого Хрущёв счёл, что картина посвящена памяти узников ГУЛАГа: полотно стало тестом чувства вины, позволяя человеку заглянуть внутрь себя самого); или поиск автором эмоциональной выразительности формы, отличной от примитивно-плакатных прямолинейных художественных решений соцреализма (плоскостная композиция, напоминающая о фресках; силуэтность фигур; монохромность...)? Скорее всего, интеграция всех этих причин, молниеносно свершающаяся в голове бюрократа, и становящаяся причиной официального отношения к работам и их авторам, не уложившимся в регламент, требующий живописного аналога «Кубанских казаков».

В советском искусстве тема труда традиционно оркестровалась оптимизмом и верой в строительство нового общества, обозначенными то портретом Ленина, то задорными улыбками на идеологически правильных лицах персонажей. При этом картина должна была быть исполнена в красках, максимально близких к реальности: эксперименты экспрессии (тем более абстракции) не поощрялись. Персонажи Никонова выглядели затерянными в пустыне, что придавало произведению тревожно-драматическую тональность, неуместную в эпоху созидательных пятилеток и семилеток, где «человек человеку – друг, товарищ и брат». Картина «Геологи» не выставлялась до 1982 г.

От числа и ранга экспозиций в СССР зависела не только известность художника, но и его благосостояние. Количество выставок и наград легитимировало картины в глазах партийного истеблишмента, давая автору возможность финансового благополучия (заказы от предприятий на портреты передовиков и т.п.; покупка картин для художественных фондов и государственных музеев, заказы на оформительскую работу в полиграфии – непьющая и хорошо финансируемая синекюра и т.д.) Не выставляясь, значит, недостойно, стало быть, художник незначительный (или,

интонацию вопроса. Художник не просто рисовал выбранный им сюжет, он вкладывал в картину своё размышление о нём. Его полотна, вызывая ощущение дискомфорта недосказанности и напряжения, катализировали мысль зрителя, оставляя люфт для самостоятельного интеллектуального поиска. Лимарев предлагал не готовый ответ, а проблему. Художник рассчитывал

идеологически правильного содержания. Справедливости ради стоит сказать, что и среди таких живописцев встречались большие мастера: Е.Моисеенко, А.Пластов, С.Герасимов, та же Т.Яблонская... Творчество Лимарева, не соответствовавшее канонам соцреализма, было вытеснено на обочину советской живописи. Его работы не вписывались в концеп-

его работам всерьёз. А болезнь обострялась каждую осень. «Сознаёшь себя больным, и это никогда больше не пройдёт, от этого никогда уж больше не излечишься».

Искусство как способ  
обретения смысла

Летом художник уезжал в жаркие степи юга Украины, рисуя на-

Тайны творцов

# Солнце в консервах

30 лет назад погиб художник Анатолий Лимарев, которого называли последователем Ван Гога



«На пасеке»

того хуже, неблагонадёжный: многие помнили об эмиграции Э.Неизвестного, «бульдозерной выставке», вынужденном отъезде М.Шемякина, О.Целкова, О.Рабина и пр.) Таким живописцам нелегко было найти работу даже оформителя афиш в кинотеатре. И – если в столицах художественная жизнь ещё продолжалась, почти полностью уйдя в подполье, то периферия советской империи была гораздо менее лояльна по отношению к неодобренному свыше искусству. Некоторые союзные столицы отличались даже на этом недоброжелательном фоне – своей бескомпромиссной художественной ригидностью и сервильностью по отношению к эстетике, приемлемой партийными бонзами.

На обочине

Анатолий Лимарев никогда не писал картин, «очерняющих социалистический строй». Его героями были люди, занятые обычными делами, возможно даже – вполне советские колхозники и ударники труда. Дело тут было даже не в тематике: сама живопись мастера была неблагоприятной, неидиллической, часто выглядя тревожной – даже в обыденных сюжетах. Тревога была бы ещё допустима, если бы он рисовал скромнестатистические «бедствия войны» или «подвиги партизан». Но героями и конфидентами Лимарева становились даже не персонажи, а краски, цвета... Сюжет, разумеется, имел значение, но порой он вступал в противоречие с колоритом полотна, вызывая ощущение наличия подтекста, оставляя эмоцию сомнения и

вал на встречную мысль зрителя, но как раз зрителя-то он и не получал: его картины не выставлялись. «Я, так сказать, всё ещё

цию официальных экспозиций 1970-х годов. В его полотнах не было героизированных персонажей, не прослеживалась ведущая роль партии и пр.

«Я – не наш» – подобно Н.Эрдману мог бы сказать о себе художник. «...я полагаю, было бы очень грустно, если б я не принимал все вещи со смешной стороны...»

В 1957 г. Лимарев окончил Киевский государственный художественный институт. С 1967 г. он жил в Киеве. Лишь в 40 лет его приняли в Союз художников СССР. В 1974 г. (в 44 года) Лимарев дебютировал картиной «Весна». Те, кто решал судьбы художников Украины, этого полотна не заметили: живописный язык автора был нестандартен, и в силу этих обстоятельств картина делалась для партийных эстетов незаметной и как бы несуществующей. Дарование художника пошло путём, отклонившимся от социалистического мейнстрима. Рисунок картин Лимарева часто был нарочито угловат, его краски сочетались странно и непривычно, автор выдвигал их на холст прямо из тюбика – массивными мазками, создавая шероховатую

туру, запасаясь солнцем на весь год, но этого заряда не хватало. В картине «Банки», написанной в преддверье ежегодного обострения болезни, сквозит ощущение близящейся депрессии и надежда избежать её. Лимарев словно хотел законсервировать солнце – до следующего года – чтобы хватило, чтобы запастись, вдруг на этот раз обойдётся... Но тревога уже видна, она горит багрово-золотыми красками, а солнечные лучи проникают в затемнённую комнату лишь через небольшое оконце. Остаётся лишь солнце в консервах, и его опять не хватит до следующего лета. «К несчастью, кроме солнца остаётся ещё три четверти остального времени с этим чертовским мистралем...»

Лимарев относился к искусству не как к средству обретения благополучия, но как способу обретения смысла. Он подолгу работал над картинами, вкладывая в каждую из них свой особый смысл, желая высказаться, а не заработать. Он не считал возможным переступить через свои художественные принципы для того, чтобы получить гонорар за заказную картину, которую бы он не прочувствовал и не продумал. И думал он явно не о тех вещах, которые были нужны идеологам. Одна из последних его работ – «Падший ангел» всё-таки была заказной, но вместо ангела на ней должен был быть изображён будённовец. Лимарев отказался от заказа, завершив картину так, как он сам её увидел. «Как ни ненавистна живопись и как ни стеснительна она в наше время, но тот, кто выбрал это ремесло, кто его выполняет с усердием – тот человек долга, твёрдый и верный».

Деньги и слава – лишь цель, но не смысл. Разница между этими понятиями проста: поставленной цели соответствует вопрос «для чего?», взыскуемому смыслу – «во имя чего?» «...мы, находящиеся так близко, как никогда от смерти и опирающиеся только на свою веру, мы твёрдо предчувствуем, что дело больше нас и более долговечно, чем наша жизнь».

В 1985 г. Лимарев принял участие в «Выставке девяти», которой в течение 15 лет добились «андеграундные» художники советской Украины. Вскоре после закрытия экспозиции, 6 ноября 1985 г. он покончил с собой. Солнечные консервы опять закончились осенью. Единственная персональная выставка Лимарева состоялась через 3 года после его смерти. Тогда же вышел небольшой каталог работ живописца.

Игорь ЯКУШЕВ,  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.  
Архангельск.



«Банки»

надеюсь, что работаю не только для себя одного. Я верю в абсолютную необходимость нового искусства в цвете, в рисунке, во всей жизни целиком. Если бы мы работали с этой верой, тогда, кажется мне, и надежда наша, вероятно, нас не обманула...» (здесь и далее – цитаты из писем В.Ван Гога).

Но общий знаменатель изобразительного искусства вырабатывался линией партии, достойные сыны которой предпочитали понятную им самим живопись

фактуру поверхности полотна, которое – буквально – избегало полированной лакировки действительности.

Эксперты Худфонда УССР оставляли его без заказов. Семья из трёх человек жила на зарплату жены художника, фотографа в Институте гидробиологии (130 руб.: примерно полтора рубля на человека в день). Очень кстати для чиновников от искусства пришлось и психическое расстройство Лимарева: диагноз позволял не относиться к

– Мне показался очень важным формат, в котором проходила встреча. Это не была привычная беседа о назревших проблемах только членов профессионального сообщества врачей или чиновников с медиками. Во встрече участвовали пациенты и врачи, производители лекарств, ответственные работники ведущих министерств.

Выступающие не скрывали тревоги, говоря о серьёзных просчётах, допущенных в ходе модернизации отечественного здравоохранения. Пожалуй, это был первый такой по критическому накалу и откровенности обмен мнениями о наблевшем в важнейшей отрасли.

**– Как вас «угораздило» стать детским онкологом?**

– Я из врачебной семьи. Папа оториноларинголог, мама – педиатр. Сколько себя помню – дома каждый день разговоры о медицине. Не раз бывало: идём в театр вторём, а возвращаемся с мамой, которая несёт папин пиджак. Его – хирурга срочно вызвали куда-то в глубинку... Я училась в английской школе, где язык преподавали с 1-го класса. Думала, буду лингвистом. Но желание стать доктором возобладавало. Поступила на педиатрический факультет Свердловского государственного медицинского института. Окончила интернатуру по детским инфекционным болезням. Чувствовала боевой настрой. Мне хотелось получать быструю отдачу в своей работе.

Однако главный врач областной детской клинической больницы направил меня в отделение гематологии. Закрыв амбразуру. Шёл 85-й год. Дети оказались без врачебной помощи. Врачи не задерживались: сказывался синдром профессионального выгорания... Это сегодня слово «рак» уже не звучит как приговор: детские онкологи спасают 80% больных детей, а тогда – лишь одного из пяти.

...Дети погибали один за другим. Не забуду первый день работы. Переступив порог, услышала отчаянный крик ребёнка. Несчастный малыш не выдерживал костных болей: опухоль дала метастазы... Вместе со мной были две молодёжь, как и я, ещё неопытные коллеги. В институте обучение было коротким – недельный цикл детской гематологии. Первые месяцы показались адом. Вселенское горе...

Каждый день встречаться с бедой, порой зная, что ты не в силах помочь. Пожалуй, самым трудным было – глядеть в глаза ребёнку, разговаривать с его родителями. Приходя домой, рыдала. Папа не выдержал: «Так нельзя. Ты постоянно в унынии. Какая от тебя в таком случае помощь больным? Может, честнее уйти из профессии?..»

Но я хорошо усвоила понятие «совесть». Бросить больных детей? Ни за что! Отогревало одно: доброе отношение к нам родителей, самих детей. Они понимали, что мы хотим им помочь. Несчастные мамочки дежурили рядом с нами: «Доктор, может чайку согреть?..»

Об этой поре – полного взаимопонимания между пациентами и медиками я грущу. Его сегодня явно не хватает... Какая-то неведомая сила пытается столкнуть, поссорить врачей и больных... Тогда же родители помогли нам устояться в своей профессии, они прощали наши огрехи. Родительская организация «Надежда» помогала не опускать руки...

**– Расскажите о вашем знаменитом центре спасения детей...**

– О новых технологиях я узнала



**В рабочем кабинете Ларисы Фечиной, которая ещё недавно возглавляла Центр детской онкологии и гематологии областной детской клинической больницы № 1 Екатеринбурга, заслуженного врача РФ.**

**Наш собеседник – депутат Госдумы РФ, член Национальной медицинской палаты, сопредседатель регионального штаба ОНФ в Свердловской области, доверенное лицо Президента РФ. И, естественно, первый вопрос – о впечатлениях от недавнего форума ОНФ «За качественную и доступную медицину».**

**Лариса ФЕЧИНА:**

## Да не оскудеет рука дающего!

позже, в начале 90-х, когда познакомилась с немецкими протоколами эффективного лечения рака у детей. Изучение их, использование зарубежного опыта подвело нас к поиску собственных передовых решений. Наш инновационный подход к лечению младенческих лейкозов оказался результативным. Этим методом заинтересовались специалисты Международного общества детских онкологов.

Постепенно улучшались результаты лечения, однако до строительства нового здания центра около 30% детей продолжало погибать – у них изначально были диагностированы неблагоприятные формы рака. И ничего с этим нельзя было поделать. В 1999 г. к нам в больницу на Рождество пришёл тогдашний губернатор Эдуард Россель. Поздравил детей и персонал... Мы попросили реконструировать старое здание: нужны были стерильные боксы. В ответ Россель предложил построить новый корпус, который стал базой первого и крупнейшего на Урале детского Центра онкологии и гематологии.

Для будущего здания мы выбрали форму трилистника – это очень удобно для работы медперсонала. Новый центр был построен за полтора года. Зарубежные коллеги признают: он ни в чём не уступает лучшим европейским образцам.

**– Вопрос к заслуженному врачу России: каким требованиям должен соответствовать доктор?**

– От врача, прежде всего, ждут профессионализма. Он призван быть гуманным, где-то даже в ущерб собственному жизненному пространству. Говорю о постоянной самоотдаче. При этом, свято выполняя профессиональный долг, он не должен быть беззубым. Если отбирают ресурсы, без которых не в силах работать, обязан их отстаивать. Лечить только добрым словом не удаётся. И ещё. Об умении настраиваться на работу. Великий П.И. Чайковский отмечал: «Вдохновение – это такой гость, который не всегда является на первый зов. Между тем работать нужно всегда». На первом плане у нас должен

*«Вам помогали – врачам, накрепко желала крепкого здоровья и здоровья мамочкам. Мне с Вами работала в самой прекрасной отрасли и пусть сегодняшний трудность будет ступенью в Ваше профессиональное будущее»*

*Л. Фечина*

быть здоровый профессиональный прагматизм.

**– Престиж профессии предполагает непрерывную учёбу. На что вы обращаете внимание, встречаясь со студенческой аудиторией?**

– Проблема многогранна. Это не просто – постоянно умножать профессиональное мастерство. И вот здесь особое значение приобретает знание иностранного языка. В своих канонах образования мы упускаем этот аспект. Врачам делить нечего. Мы призваны быть представителями народной дипломатии для укрепления взаимопонимания между народами...

Мне повезло: я изучала английский с 7 лет. Но когда довелось заговорить с иностранными коллегами, растерялась. Не хватало практики общения. Первые «университеты» были в Германии. Потом Великобритания, Австрия, Бельгия, США... Коллеги были великодушно терпеливы. Старались внятно объяснить. И я понемногу стала понимать собеседников даже с местным диалектом.

Только в рамках международной кооперации детские онкологи могут совершенствовать нашу очень непростую специальность. Постигать общность и многообразие различий генетически детерминированных вариантов рака.

**– Один из ваших коллег, кстати, депутат Госдумы, как-то не выдержал: «Фечина всегда против!» Откуда у вас бойцовский характер, умение отстаивать свою позицию?..**

– Думаю, что многое предопределяет воспитание в семье. Отец очень любил маму и меня. Как радостно было чувствовать семейное взаимопонимание!.. Крепкий тыл очень важен для становления характера. Мой супруг – глазной хирург – вырос в семье с похожим «сценарием» семейных взаимоотношений. Это помогает нам преодолевать многие сложности. Твёрдость характера и профессиональное видение ситуации в здравоохранении изнутри подтолкнуло к решению стать депутатом.

**– Подготовка каких законов, по мнению депутата, требует первоочередного внимания?**

– Работа с Федеральным законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Да, нам удаётся снижать младенческую, материнскую, детскую смертность. Но для самоуспокоения нет причин. В законе – две строчки о детях, важно законодательно прописать вопросы охраны детского здоровья. У нас есть замечательные детские врачи – Л.Рошаль, А.Баранов, А.Румянцев, Н.Володин и другие, чьё мнение должно быть учтено.

Ситуация с младшим медицинским персоналом... Не редки случаи, когда этих людей сокращают или переводят в категорию «прочие». Важно защитить их. Ведь младший медперсонал активно участвует в лечебном процессе, ухаживает за больными. Руководители медучреждений, стремясь красиво отчитаться, сокращают таких помощников. Режим по живому. Нет,

ни к чему превращать санитарку в уборщицу или буфетчицу, сестру-хозяйку в кастильянку!

**– Каким образом удаётся выдерживать перегрузку? Ведь, заботясь о чужом здоровье, врач призван быть сам во всём примером...**

– У каждого свои ресурсы. Я отношу себя к людям организованным, системным. Точно знаю, какие вещи в течение дня должна сделать. Понимаю: нежеже «защипываться» на чём-то одном.

Люблю пешие прогулки. Это лучший вид оздоровления, без излишних перегрузок... Могу делать марш-броски. Идёшь, размышляя о каких-то проблемах, и любишь окружающим миром...

Ценю искусство – социалистический реализм, картины передвижников, наслаждаюсь произведениями импрессионистов. Всегда много читала, но сейчас приходится отдавать приоритет специальной литературе. По душе философия жизни в изложении Ф.М. Достоевского. Лучше понимаешь, откуда корни жестокости... Мне дороги слова одного из его персонажей – Ивана Карамазова о том, что «высшая гармония» «не стоит слезинки хотя бы одного замученного ребёнка...» Отогреваюсь, читая лирику. Люблю А.С. Пушкина.

С годами всё больше дорожишь природой, старинной архитектурой. Не скрою: огорчают издержки современного градостроительства. Нынешние небоскрёбы не гармонируют с красотой древней Москвы. Похоже творится в Екатеринбурге, где стеклянные коробки вписываются в давно сложившиеся архитектурные ансамбли.

**– Есть с чем сравнивать?..**

– Да, мне с коллегами удалось посмотреть мир. Побывала во многих странах – за океаном, в Австралии, Бразилии, Гонконге, Японии, увидела Европу... Поездки в основном по профессиональной линии. Но каждую свободную минуту, пусть в ущерб сну, старались познать колоритом. Возвращаясь издалека, люблю красоту России. Здесь мои корни.

**– А как с продолжением профессиональной семейной традиции?**

– Старшая дочь и зять – врачи. У меня трое внучат – два мальчика и девочка. Мы с супругом мечтаем, что кто-то из них тоже выберет медицину как главное дело. Верю: не за горами время, когда молодёжь захочет надеть белый халат, приобрести к этой святой профессии – помогать людям.

**– Удаётся ли бабушке побаловать семью кулинарными изысками?**

– В молодости любила стряпать. Радовала всех своими пирогами. Сейчас на это нет времени. Выручают дочери. Старшая Галя великолепно печёт. Младшая Алёна, экономист, балует нас итальянскими блюдами.

**– Девиз по жизни?**

– Его сформулировал мой учитель – всемирно известный профессор из Гиссенского университета им. Юстуса Либиха в Германии, детский онколог Фриц Ламперт, именем которого был назван наш детский онкологический центр. Он как-то напомнил библейскую истину, которая всегда со мной: «Да не оскудеет рука дающего!..»

**Беседу вел  
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,  
корр. «МГ».**

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – И. СТЕПАНОВА.

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

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

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

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-09-00724 Тираж 31 098 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент – Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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

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