

# Медицинская

19 ноября 2008 г.  
среда  
№ 87 (6921)

# газета®

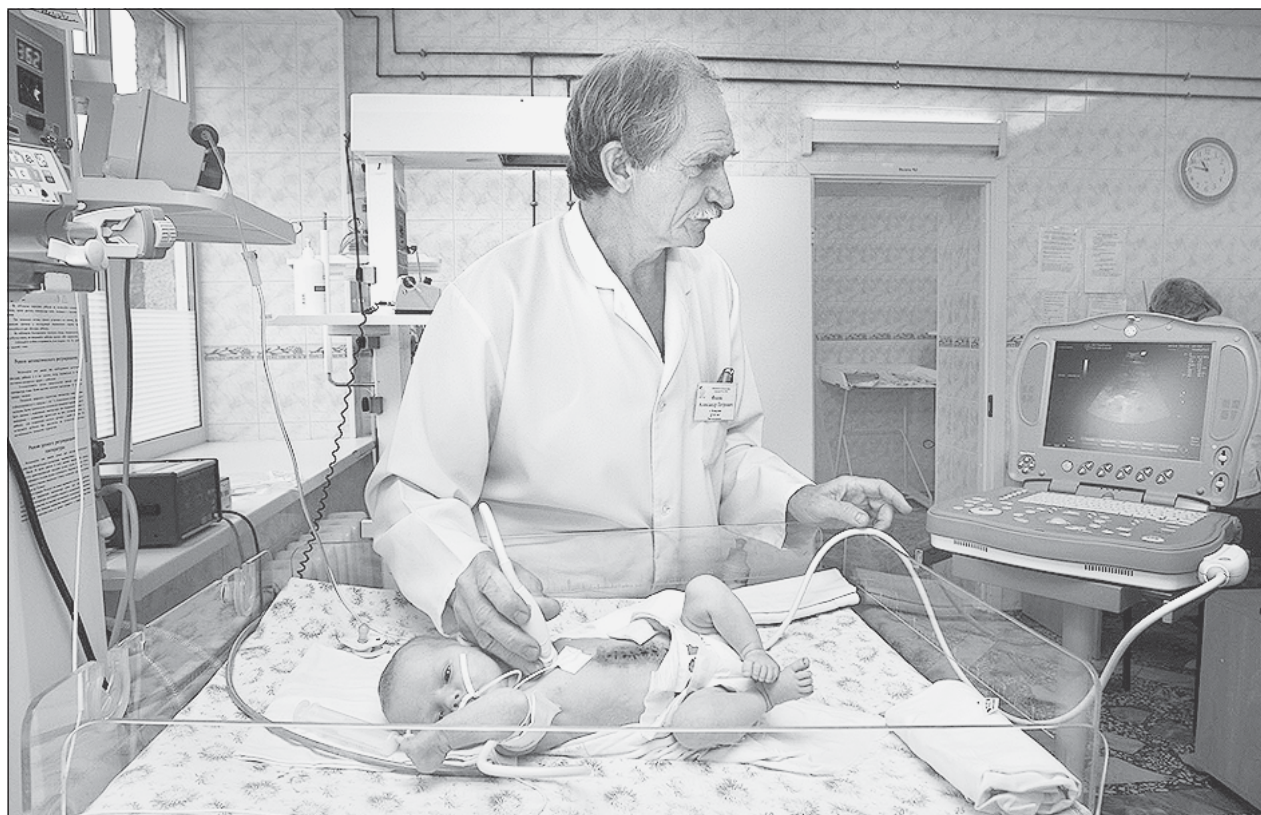
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году

Выходит два раза в неделю  
Распространяется во всех субъектах РФ

Перемены

## Вздохнули с облегчением...

Медики детской клинической больницы № 5 Кемерово наконец-то получили новое оборудование для выхаживания новорожденных



Отделение реанимации новорожденных - передовая борьбы за слабые детские жизни. Исход ее зависит от двух составляющих: квалификации медперсонала и возможностей оборудования. По мнению ведущего неонатолога Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области Татьяны Бакановой, кадры в реанимации подошли замечательные. А вот с оборудованием в последнее время были проблемы.

Отделение реанимации в детской многопрофильной открылось более четверти века назад. Сначала оно «работало» только на кемеровских младенцев. Потом, в рамках областного

перинатального центра, на весь север области. Свой ресурс здешние приборы и аппараты выработали еще лет 10-15 назад и если функционировали до сих пор, то исключительно благодаря трепетной заботе техников, которые их обслуживали. Но повлиять на «моральный облик» оборудования, сделать его более современным, чем задумали производители, техники не могли. И медперсонал, например, вынужденно обходился без неонатальных мониторов слежения. В их отсутствие реаниматологи «мониторировали» свой контингент... собственными усилиями: выставляли в палате человека, который пытался уследить за тремя-четырьмя малышами сразу.

По иронии судьбы, ни в какие фи-

нансово наполненные программы последних лет отделение реанимации не попадало: по Национальному проекту «Здоровье» оснащалось амбулаторное звено, программа «Родовой сертификат» подразумевала техническое перевооружение родильных домов и женских консультаций... В этом году ситуацию исправили - благодаря территориальному фонду ОМС Кемеровской области.

(Окончание на 2-й стр.)

**НА СНИМКЕ:** заведующий отделением УЗИ А. Фокин осматривает прооперированного пациента с помощью нового портативного сканера.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Итоги и прогнозы

## Больше доноров - больше жизни

Челябинская область поддержала инициативу Федерального центра и примет активное участие в реализации программы развития службы крови на своей территории. В течение ноября и декабря в регионе будут проходить различные мероприятия, направленные на развитие доброжелательного отношения к институту донорства крови.

С начала года более 83 тыс. южноуральских доноров прошли процедуру кроводачи. Благодаря их активности в регионе не наблюдается дефицита этой драгоценной жидкости, которая спасает жизни тысячам больных. Несмотря на то что нехватки крови в области нет, Министерство здравоохранения Челябинской области напоминает, что в лечебных учреждениях постоянно имеется потребность в переливании крови по жизненным показаниям. Для ее удовлетворения необходимо регулярно восполнять имеющийся резерв препаратов и компонентов крови.

Будущие доноры могут не опасаться за свое здоровье. В своей работе областная станция переливания крови руководствуется принципом

не навредить донору. Сегодня в области работает единый донорский центр. Это позволяет оперативно управлять донорскими ресурсами, запасами крови и ее компонентов, а также обеспечить инфекционную безопасность заготавливаемой крови. Проведена компьютеризация всех этапов производства с момента обращения донора в регистратуру до выдачи продукции в лечебную сеть.

Напомним, что в 2008-2012 гг. Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным медико-биологическим агентством будет реализована масштабная программа развития службы крови. В программе задействовано 83 субъекта Федерации, в том числе 96 региональных и 11 федеральных учреждений службы крови. На реализацию программы только из федерального бюджета выделяется более 16 млрд руб.

В 2008 г. программа реализуется в 20 субъектах РФ, охватывает 6 медицинских учреждений федерального подчинения и 15, находящихся в подчинении субъектов Федерации.

Елена КАЛИНСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

### В НОМЕРЕ

Новый курс - новые проекты.  
Интервью с директором департамента Минздравсоцразвития России Ольгой Кривонос.

Стр. 4-5.

Профессор Рошаль - о настоящем и будущем мобильных хирургических педиатрических бригад.

Стр. 10.

Современные технологии

## Преодолеваю любые расстояния

В Ханты-Мансийском автономном округе - Югре региональный Центр телемедицинского сервиса Югорского НИИ информационных технологий совместно с Департаментом здравоохранения обеспечили проведение тысячной телемедицинской консультации.

Телемедицинская сеть автономного округа создана совместными усилиями Югорского научно-исследовательского института информационных технологий и Департамента здравоохранения Югры в рамках реализации Национального проекта «Здоровье».

- Проведение тысячной консультации - большое событие для всех участников проекта: и медицинских работников Югры и научных сотрудников института, - говорит Всеволод Кольцов, директор Департамента здравоохранения ХМАО - Югры. - За время эксплуатации телемедицинской сети Югры накоплен ценный опыт, создана база данных типовых консультаций, сформирована высококвалифицированная команда врачей-консультантов.

Институт является системным интегратором этого проекта, предоставляя для его реализации свою научную и техническую базу. В систему телеме-

дицины Югры входят 55 учреждений здравоохранения автономного округа. Свыше 500 врачей являются активными пользователями системы. Они консультируются посредством телемедицинской сети у 180 своих более опытных коллег. Тем самым доказывая, что информационные технологии сегодня становятся одним из ключевых направлений интеллектуального прорыва медицины на новые рубежи.

Анастасия ОВЧИННИКОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

**ROSSLYN MEDICAL®**  
передовые технологии

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ**  
для оснащения центров сосудистой патологии

- Кабинеты компьютерной томографии
- Ангиографические кабинеты
- Нейрохирургические операционные
- Системы телемедицины и 3D-визуализации
- Операционные столы и лампы
- Хирургический инструментарий и нейрондоскопическое оборудование
- Операционные микроскопы

GE Healthcare



Тел. (495) 258 1509 (многоканальный) [www.rosslynmedical.com](http://www.rosslynmedical.com)

Новости

Высокая оценка онкологов

Волгоградская онкологическая служба получила положительную оценку выездной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Эксперты проверяли готовность региона к реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению.

Представителями Минздравсоцразвития России, Росздравнадзора и Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена было проверено 19 районов области, а также сам областной центр и город Волжский. В числе главных критериев оценки - организация лечебного процесса, уровень квалификации специалистов, качество оказания помощи онкологическим больным и многое другое.

Комиссия пришла к выводу, что онкологическая служба региона готова к дальнейшему развитию. Волгоградская область может рассчитывать на включение в 2009 г. в национальную программу реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению Российской Федерации.

Программа ориентирована на раннее выявление онкологических заболеваний и своевременное их лечение, скрининг на уровне первичного звена и оказание комбинированного противоопухолевого лечения в онкологических диспансерах регионального и федерального уровня.

Валерий КУЦ,  
внешт. корр. «МГ».

Волгоградская область.

Обновка для больницы

После затянувшегося капитального ремонта в Амурском противотуберкулезном диспансере открылось реанимационно-анестезиологическое отделение.

Этого события ждали почти два года. Ремонтировать корпус начали еще в 2006 г. Тогда из областного бюджета выделили 8 млн руб. Но этих денежных средств оказалось недостаточно для того, чтобы в полном объеме оплатить работу подрядчиков, и стройка вскоре остановилась. Летом этого года на проблему диспансера обратили внимание областные власти. Чтобы завершить ремонт, потребовалось еще 9 млн руб. и полтора месяца интенсивного труда строителей.

В палате, где после операции будут выхаживать больных, уже практически всё готово. А в операционной на днях планируется закончить монтаж оборудования, и можно будет начинать работать на полную мощность. «Полная мощность» для данного отделения, по словам специалистов, предполагает проведение до 15 операций в неделю. Врачи надеются, что, работая такими темпами, они смогут существенно сократить очередь ожидания. Есть у работников диспансера надежда на то, что со временем такая сложная отрасль медицины, как фтизиатрия, поднимется в Амурской области на должный уровень.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

**Российская академия медицинских наук,  
Министерство здравоохранения и социального развития РФ,  
Научный центр неврологии РАМН,  
Научный совет по неврологии РАМН  
и Минздравсоцразвития России,  
Российский кардиологический научно-производственный  
комплекс**  
приглашают Вас принять участие в  
**I Национальном конгрессе  
«КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ»**  
**Организатор - Научный центр неврологии РАМН**  
Конгресс пройдет **1-2 декабря 2008 года** в г. Москве  
Информация на сайте **www.neurology.ru**  
и по телефону **+7 (499) 740-8079**

Деловые встречи

# Переосмысление продолжается

**В Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова прошла IV научно-практическая конференция с международным участием «Лучевая диагностика и научно-технический прогресс».**

**Основная идея этого традиционного собрания - освещение революционных преобразований в области медицинской техники и, как следствие этих инноваций, переосмысление диагностических алгоритмов с учетом новых возможностей лучевой диагностики.**

Настоящая конференция стала особенно знаменательной, так как состоялась в год 250-летия ММА им. И.М.Сеченова. Кроме того, в этом году ее проведение совпало с юбилеем одного из самых ярких представителей и лидеров отечественной лучевой диагностики - академика РАМН, заведующего кафедрой лучевой диагностики ММА им. И.М.Сеченова Сергея Тернового.

Приветственную телеграмму в адрес участников и гостей конференции (457 делегатов из 49 городов России и других стран, включая такие, как Казахстан, Украина, Белоруссия, Латвия и США) направил Президент Российской Федерации Дмитрий Медведев. В ее работе приняли участие академики РАМН Сергей Грачев, Владимир Подзолков, член-корреспондент РАМН Александр Васильев, вице-президент С.-Петербургского радиологического общества профессор Татьяна Трофимова, академик Национальной академии наук Республики Беларусь профессор Анатолий Михайлов, главный рентгенолог Минздрава Республики Казахстан, президент Ассоциации радиологов Казахстана, профессор Жангали Хамзабаев, президент Ассоциации радиологов Украины про-



фессор Владимир Рогожин, заместитель президента Латвийского общества эхокардиологов Артём Калинин и другие.

В первый день конференции прошли два пленарных заседания, посвященные лучевой диагностике при сердечно-сосудистых и неврологических заболеваниях. Наибольший интерес вызвали доклады заместителя директора РНЦХ им. Б.В.Петровского академика РАМН Валерия Сандрикова, профессора Корнеллского университета (США) Андрея Холодного, профессоров Валентина Синицына, Григория Кармазановского (Москва).

Во второй день конференции наибольшее внимание было уделено вопросам лучевой диагностики в онкологии, кото-

рые были отражены в выступлениях члена-корреспондента РАМН Бориса Долгушина, профессора Галины Корженковой (РОНЦ им. Н.Н.Блохина), заведующего кафедрой лучевой диагностики Одесского государственного медицинского университета профессора Виктора Соколова.

Павел КУЧУК,  
ассистент кафедры лучевой  
диагностики и терапии  
ММА им. И.М.Сеченова,  
ответственный секретарь  
конференции.

**НА СНИМКЕ: (слева направо) академики РАМН Сергей Грачев и Сергей Терновой и член-корреспондент РАМН Александр Васильев перед открытием конференции.**

Перемены

(Окончание. Начало на 1-й стр.)

Комментирует исполнительный директор территориального фонда ОМС Игорь Пачгин:

- Ежегодно фонд резервирует часть средств для финансирования профилактических мероприятий, которые в конечном итоге должны снизить нагрузку на систему ОМС. За счет этих денег реализуются целевые программы, направленные на профилактику и лечение социально значимых заболеваний, дополнительную защиту определенных групп населения. В этом году наибольшее финансирование - свыше 39 млн руб. - получила программа «Охрана материнства и детства». Впервые главный акцент в ней был сделан на выхаживание новорожденных.

В программе 6 разделов. Самый «дорогой», более 21 млн руб., подразумевает приобретение оборудования для оказания помощи новорожденным. На эти деньги для детских больниц № 5 Кемерово и № 4 Новокузнецка уже закуплены современные аппараты искусственной вентиляции легких, мониторы слежения, куветы для детей, родившихся экстремально низкой массой тела. Поскольку сегодня всё большее

значение приобретает своевременная диагностика пороков развития, причем и во внутриутробном периоде тоже, для этих лечебных учреждений, а также для Новокузнецкого зонального перинатального центра закупили ультразвуковые сканеры. Не только стационарные, но и переносные. Чтобы использовать их в работе выездных реанимационных бригад и сделать доступной диагностику сложных заболеваний у детей не только в крупных городских больницах, но и в районных тоже.

А чтобы медицинская помощь новорожденным была комплексной, программой предусмотрено приобретение дорогостоящих лекарств для проведения интенсивной терапии и специального лечебного питания для выхаживания глубоко недоношенных и маловесных детей.

\* \* \*

Специалисты детской клинической больницы № 5 Кемерово с готовностью продемонстрировали журналистам возможности работы

на новом оборудовании. Заведующий отделением ультразвуковых исследований Александр Фокин в считанные мгновения развернул принесенный в реанимацию портативный аппарат УЗИ, внешне напоминающий обычный ноутбук, и настил его подходящей случаю насадкой. Осмотр пациента сопровождал таким комментарием:

- На старом аппарате мы видели лишь контур головки ребенка, на новом можем рассмотреть всю структуру головного мозга. Можем не просто посмотреть сердце в объеме, но и «покрутить» его, чтобы детально обследовать каждый угол.

Александр Петрович уже опробовал новый сканер на выезде: по просьбе коллег из горбольницы Анжеро-Судженска выезжал туда для уточнения диагноза новорожденного.

В середине октября специалисты Кузбасского кардиоцентра провели детской многопрофильной больнице Кемерово выездную операцию

по поводу врожденного порока сердца у ребенка массой тела всего 1200 г. В реанимации нам показали и этого малыша, и уникальный кувет «Жираф» стоимостью 840 тыс. руб., прямо в котором первоначально планировалось его оперировать. В отличие от обычных куветов, «Жираф» открывается не только сбоку, но и сверху. То есть дает возможность свободного доступа к пациенту извне и при этом защищает его от перепадов температуры, к которым так чувствительны новорожденные. И хотя в данном конкретном случае кардиохирурги решили проблему тепловой защиты иначе, принципиальную возможность проведения в Кузбассе «внутрикуветных вмешательств» это не отменяет.

Кстати, дышал прооперированный «сердечник» с помощью нового аппарата искусственной вентиляции легких: здесь воздух подается не через интубационную трубку, а через назальные канюли. Новая технология заметно сокращает срок

пребывания детей в реанимации, позволяя выхаживать их без больших осложнений. А они неизбежны, когда за ребенка недели, а то и месяцы «дышит» техника.

- В структуре ранней младенческой смертности ведущее место занимают заболевания недоношенных детей, - уточняет Татьяна Баканова. - Ежегодно в Кузбассе появляется на свет до 2 тыс. таких ребятшек, или около 6% от всех новорожденных. Новое оборудование позволит на 20% снизить смертность в этой группе и предотвратить развитие осложнений, приводящих к инвалидности. И еще более закрепят успехи кузбасских медиков в деле выхаживания новорожденных. В 2000 г. показатель младенческой смертности составлял в Кемеровской области 16,4 случая на тысячу детей, родившихся живыми. По итогам 7 месяцев текущего года - 8,4.

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

В центре внимания

# Россия - Белоруссия: медицина дружбы



**Мало подписать соглашение, нужно еще продумать механизм его реализации - об этом шла речь на совместной коллегии Минздравсоцразвития России и Минздрава Республики Беларусь. Этим в самое ближайшее время и займется специальная комиссия, созданная по итогам проведенного совещания.**

Напомним, что определенная нормативная база для сотрудничества уже создана. Принято постановление Высшего государственного совета Союзного государства № 4 от 22.04.05 «Об обеспечении равных прав граждан Российской Федерации и Республики Беларусь». В январе 2006 г. правительства России и Беларуси договорились о порядке оказания медицинской помощи гражданам двух государств.

- Надеюсь, что наша сегодняшняя встреча послужит катализатором к более быстрому и тесному взаимодействию наших государств и министерств, - сказала министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова.

Как сообщила в своем выступлении директор Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России Ольга Кривонос, по состоянию на 1 сентября 2008 г., по данным субъектов РФ, в нашей стране зарегистрировано 55 775 граждан Республики Беларусь. Пролечено в ЛПУ территорий 3047, из них неработающих - 454, в том числе взрослых - 187 человек, детей - 96.

По данным же, приведенным директором Департамента здравоохранения Брянской области Владимиром Дорошенко, в этом субъекте РФ ежегодно регистрируется до 3,5 тыс. граждан Республики Беларусь, временно проживающих в РФ, в основном работающих в строительстве. Ежегодно в ЛПУ Брянской области лечение проходят 110 граждан Белоруссии, в том числе из них работающих - 43%, пенсионеров - 3%, детей - 7%, рожениц - 47%. В амбулаторно-поликлинические учреждения граждане Белоруссии совершают 2 тыс. посещений в год. Как правило, причинами являются

острые заболевания, а также проведение профилактических осмотров при трудоустройстве. Серьезное значение для жителей приграничных регионов России и Беларуси (Брянская и Гомельская области) имеют вопросы обследования и лечения граждан, подвергшихся радиационному воздействию.

В 2003 г. в Гомеле открыт Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека. Строительство и оснащение, а также его текущее содержание осуществляется за счет средств бюджета Союзного государства. Учитывая удаленность юго-западных районов области от Брянска на 180-200 км, в то время как до Гомеля 40-50 км, а также то обстоятельство, что новый центр оснащен современным оборудованием с высокой разрешающей способностью, предлагается решить вопрос проведения обследования и лечения жителей приграничных районов Брянщины в этом центре.

Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи жителей этих районов - около 15 тыс. посещений ежегодно, а для лечения в условиях стационара - до 8 тыс. койко-дней.

- Конечно, сотрудничество будет развиваться и в оказании помощи пострадавшим в результате чернобыльской катастрофы, - сказал министр здравоохранения Республики Беларусь Василий Жарко.

Несомненным приоритетом на коллегии было объявлено и развитие онкологической помощи. Кроме того, большое внимание будет уделено борьбе с социально значимыми заболеваниями и формированию здорового образа жизни.

Разработать конкретные целевые союзные медицинские программы предложил собравшимся госсекретарь Союзного государства Павел Бородин. И обещал поддержку из союзного бюджета.

**Павел АЛЕКСЕЕВ.**

Москва.

**НА СНИМКАХ: идет коллегия.**

**Фото Александра АНУФРИЕНКО.**

## МЕЖДУНАРОДНАЯ КОМПАНИЯ

ЭЛЕКТРОН

приглашает на выставку

Здравоохранение - 2008

Курс на **ЭЛЕКТРОН**  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ КОМПАНИЯ

**8-12 декабря**  
Москва, Экспоцентр  
Павильон 2, зал 2, место С30

Прямая речь

## Обращение руководителя Федерального фонда ОМС Д.Рейхарта к работникам системы ОМС

**В связи с завершением моей деятельности в должности руководителя Федерального фонда ОМС примите мою глубокую благодарность за совместную работу. Всё это время мною постоянно чувствовалась ваша поддержка, стремление оперативно и максимально эффективно решать самые сложные проблемы.**

Если вспомнить, с чего мы начинали! В 2007 г. система ОМС вошла с огромным грузом проблем, дефицитом ресурсов, необходимых в первую очередь для реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения. Сегодня мы это уже вспоминаем как страшный сон, но ведь это было совсем недавно. На тот момент в Федеральном фонде ОМС отсутствовали прозрачные механизмы финансирования дотаций территориальным фондам ОМС, критерии распределения средств нормированного страхового запаса были также непонятны большинству руководителей территориальных фондов, да и самим сотрудникам федерального фонда. Отсутствовало эффективное взаимодействие с субъектами Российской Федерации, не существовало единого информационного пространства, без чего не может функционировать любая современная финансовая система.

В кратчайшие сроки нам вместе с вами удалось стабилизировать деятельность системы обязательного медицинского страхования. Нам



удалось построить конструктивные и благожелательные взаимоотношения с субъектами Российской Федерации, наладить взаимодействие с руководителями регионов, обеспечить растущий уровень финансирования территориальных программ ОМС в субъектах Федерации. В этом конструктивном процессе огромную роль сыграли руководители территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Мы вместе смогли убедить администрацию регионов в приоритетном значении сферы здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Сегодня я завершаю свою деятельность с чувством выполненного долга перед вами, перед системой ОМС. За последние два года мы отмечаем выраженную положительную динамику по всем основным

направлениям нашей деятельности.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 782 от 27.10.08 «О внесении изменений в устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования» деятельность ФОМС претерпит организационные и структурные изменения. Со всей искренностью желаю новому руководству ФОМС успехов по реализации ответственных задач, стоящих перед системой ОМС и в первую очередь по обеспечению граждан доступной медицинской помощью необходимого объема и качества. На сегодняшний день в ФОМС созданы все предпосылки для эффективного выполнения уставных функций в новом формате.

Настал день, когда мы расстаемся, но не прощаемся. Ведь наша профессиональная стезя выбрана свободно, и безусловно она - продолжение наших жизненных принципов и убеждений, когда каждый из нас стремится принести максимальную пользу стране и российскому обществу.

Дорогие коллеги, я благодарен вам за проявленную самоотдачу и профессионализм, за вклад, позволивший заложить основу будущей модернизации системы ОМС!

Мне было очень приятно работать вместе с вами эти годы, которые я никогда не забуду. Искренне желаю вам с уверенностью смотреть в будущее, продолжить ваш благородный труд в целях служения людям на благо нашей Родины.

**Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,**  
соб. корр. «МГ».

Омская область.

Веки

## У полтавчан с Прииртышья - вековой юбилей

**У медиков Полтавского района Омской области праздник - здравоохранению этой южной территории Прииртышья исполнилось 100 лет.**

Век назад в селе Полтавка появилась земская больничка на несколько коек, а сейчас только в стационаре ЦРБ района их свыше 160. Всего

же в районной системе муниципального здравоохранения, помимо центральной больницы с поликлиникой на 250 посещений в смену и отделением скорой помощи, 6 амбулаторий, 30 фельдшерско-акушерских пунктов и одна участковая больница.

Все отделения ЦРБ оснащены современной медицинской техни-

кой, здесь внедрены и успешно выполняются как местные, так и областные целевые здравоохранительные программы, направленные на сохранение и улучшение здоровья населения.

**В Минздравсоцразвития России произошли большие изменения. Новым министром выстроена новая структура штаба отрасли, перед ней поставлены новые задачи. Какой курс выберет для себя большой «медицинский корабль»? Об этом корреспондент «МГ» Алексей ПАПЫРИН беседует с директором Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России Ольгой КРИВОНОС.**

**- Ольга Владимировна, скоро пройдет 100 дней с момента, как вы вступили в новую должность. Этап довольно символический. Уже, конечно, четко определены цели, на которые будет ориентироваться департамент?**

- Прежде всего, это - совершенствование медицинской помощи населению. Каждый ее этап должен функционировать четко и без сбоев. Сегодня крайне важно добиться преемственности в оказании медицинской помощи. Предстоит наладить четкую информатизацию отрасли. В частности, мы намерены создать реестры лечебных учреждений, за счет которых можно, образно говоря, увидеть «топографию», оценить их материально-техническую базу и определить потребность в медицинском оборудовании. А это облегчит прогнозирование необходимого объема помощи и оптимального способа ее предоставления. Кроме того, мы планируем совершенствовать мероприятия, направленные на профилактику и реабилитацию, а также стимулировать развитие санаторно-курортной службы.

**- А как обстоят дела с реализацией Национального проекта в сфере здравоохранения?**

- Конечно же, важной задачей для нас остается реализация приоритетных программ в здравоохранении. Среди них - медицинская помощь пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, развитие службы крови. Как видите, мы работаем над наиболее острыми и актуальными проблемами. Ведь не секрет, по аварийности на дорогах Россия является лидером, уровень смертности от сердечно-сосудистой патологии тоже один из самых высоких в мире, а смертность от онкологических заболеваний на 30% превышает показатели в странах ЕС.

**- Какие шаги уже сделаны?**

- В этом году стартовали два направления, которые касаются совершенствования медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях и больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Постановлениями правительства определены мероприятия и объем федерального финансирования. В мероприятиях по совершенствованию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2008 г. участвуют 12 регионов и 5 федеральных учреждений, а в совершенствовании медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях у нас включены регионы, которые находятся вдоль федеральных трасс. В этом году это трассы - М-4 «Дон» (Москва - Новороссийск), М-10 «Россия» (Москва - С.-Петербург), Калининград (А-216, А-229). Поскольку эти два направления имеют важное значение, мы планируем включить в последние годы для совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями все субъекты РФ, а для совершенствования медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных проис-



Авторитетное мнение

## Национальное здоровье: задачи и их решения

### Какие сегодня принимаются меры для роста качества и продолжительности жизни наших сограждан?

шествиях включить все федеральные автомобильные дороги, на которых гибнет большое количество трудоспособного населения. Важно, что, несмотря на поступление средств из федерального бюджета для реализации мероприятий, часть финансовой нагрузки по этим программам уже сегодня несут регионы.

**- Что конкретно было принято вашим департаментом на местах?**

- Нами сформированы специальные комиссии, которые выезжали в регионы, проверяли лечебные учреждения на готовность к организации и проведению соответствующих мероприятий. Совместными усилиями специалистов Минздравсоцразвития, идеологами направлений и региональных властей были откорректированы перечни лечебно-профилактических учреждений, участвующих в реализации программ, объемы поставок медицинского оборудования и схемы маршрутизации доставки пациента до медицинского учреждения. Совместно с представителями регионов мы проходили путь пациента от момента его поступления до отделения, оказывающего помощь. Выездные сессии еще не закончены. Понятно, мы всё еще продолжаем проверять и оценивать готовность регионов для оказания медицинской помощи.

**- То, что вы сказали, касается общих черт указанных программ. В чем особенности хода выполнения, скажем, программы оказания помощи пострадавшим при ДТП?**

- На ближайшие три года для реализации программы запланировано более 9 млрд руб. В Тверскую, Новгородскую, Калининградскую, Калужскую, Воронежскую, Липецкую, Ростовскую, Тульскую, Брянскую, Московскую, Ленинградскую области, Краснодарский край, а также в Москву и С.-Петербург деньги уже направлены. Они пойдут на закупку нового оборудования для

лечебно-профилактических учреждений в соответствии с утвержденным министерством перечнем оборудования.

Выездные бригады специалистов осматривают каждое лечебно-профилактическое учреждение, участвующее в программе, дают советы по организации медицинской помощи и подготовке персонала. К 2013 г. планируем сформировать систему оказания экстренной помощи на всех федеральных дорогах. К тому времени смертность на дорогах должна снизиться в 1,5 раза по сравнению с 2007 г. и составить не более 16 случаев на 100 тыс. населения.

Хочу отметить, что организация работы предусматривает выделение травматических центров разного уровня (I, II, III). Это деление свидетельствует о преемственности и квалифицированности подхода к оказанию помощи. Центры будут расположены в зависимости от географического положения региона, плотности и численности населения. А вот для программы по улучшению медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях предстоит внедрить технологию организации медпомощи. Для субъектов РФ, где проживает не более 2 млн человек, рекомендовано создание одного крупного регионального центра на базе учреждения субъекта подчинения и трех первичных отделений на базе муниципальных лечебно-профилактических учреждений. Если же речь идет о более крупной территории (субъекты, где проживает более 2 млн человек), то ее администрация может самостоятельно принять решение и развернуть дополнительно три первичных отделения. Деятельность этих учреждений регламентируется территориальными органами управления здравоохранением и Минздравсоцразвития России.

**- Расскажите, пожалуйста, подробнее об этой программе?**

- Конкретика может заключать-

ся, например, в том, что региональный центр по своему статусу оснащается компьютерным томографом, ангиографом, УЗИ-комплексом и нейрохирургической операционной. Оборудование необходимо для диагностики и выбора тактики лечения пациента. Грамотное сочетание новейшей аппаратуры позволит медикам эффективно оценить состояние сосудистого кровотока, объем и уровень поражения головного мозга и сердца, не теряя драгоценного времени. Для первичного центра предусмотрена покупка компьютерного томографа и УЗИ-сканеров экспертного класса. Приобретением оборудования в соответствии с рекомендованным перечнем занимались сами регионы. Субсидии уже перечислены на места, конкурсы проведены, оборудование поставляется и в настоящее время монтируется. Определенным ноу-хау для нашей страны станет мультидисципли-

**ной установкой на эффективный результат?**

- В вашем вопросе кроется еще одна цель нашей работы. И называется она достижением строгой преемственности в работе первичных отделений. Смотрите, на начальном этапе болезни, сразу после острого инсульта или инфаркта миокарда, «скорая» доставит пациентов в первичные отделения. Если это произойдет в период так называемого терапевтического окна, медики проведут им тромболитизис. Позже нуждающихся в дополнительном обследовании и специализированном хирургическом вмешательстве доставят в региональные отделения. Там им сделают коронарографию и ангиографию. Если возникнет необходимость, сердечно-сосудистые хирурги или нейрохирурги, не теряя времени, смогут выполнить ангиопластику или стентирование.

**- Каким образом планирует-**

ся подготовка медперсонала для работы в рамках данной программы? Существуют ли здесь особенности или, может быть, трудности?

- Для того чтобы воплотить всё сказанное в жизнь, необходимо обучить врачей по программе, которая построена иначе, чем это принято сейчас. Согласно новым требованиям, ведущие федеральные образовательные учреждения приглашают одновременно на курс обучения врачей разных специальностей: неврологов, врачей восстановительной медицины, врачей ЛФК, нейрохирургов, специалистов по функциональной, лабораторной и лучевой диагностике. Собравшись вместе, они слушают единый цикл лекций, коллегиально рассматривают алгоритмы диагностики и лечения. Самое главное, у них, таким образом, формируют понимание, что им придется работать в команде единомышленников. Я уверена, подобный мультидисциплинарный подход принесет ожидаемые плоды.

**- В прошлом году более 1 млн россиян стали жертвами сердечно-сосудистых заболеваний: из них около 720 тыс. - по причине инсульта. Наша методика позволит снизить смертность трудоспособного населения. Если раньше после инфаркта или инсульта человек выключался из общего ритма жизни, то теперь, мы надеемся, что при таком подходе он может вести повседневный образ жизни на соответствующем уровне качества. Думаю, наступит время, когда мы сможем добиться того, чтобы преклонный возраст перестал быть даже малейшей преградой для оказания медицинской помощи, например тромболитической терапии.**

**- Насколько готовы регионы к реализации таких широкомасштабных планов? Как будет контролироваться их выполнение?**

- Ситуация везде разная. Чтобы контролировать исполнение

**- Когда мы говорим о вовлечении в лечебный процесс специалистов разных профилей, то, естественно, предполагаем усложнение алгоритма ведения больных. Кто и как должен всем этим «дирижировать», причем с однознач-**

программы по сердечно-сосудистым заболеваниям, наш департамент разработал специальные формы отчетности для регионального сосудистого центра и первичных отделений. Каждый из разделов отчета будет описывать то, как была оказана помощь на самом деле. Здесь детализируется и фиксируется непростостатистика числа умерших от инфаркта или инсульта, а подробно раскрывается диагноз при поступлении в стационар. Например, если это инсульт, то какой - ишемический, геморрагический и т.д. И наконец, трудно представить оценку эффективности оказания помощи сосудистым больным и лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, без применения современных компьютерных программ. Эта работа тоже входит в компетенцию департамента.

**- Известно, что сейчас министерство активно работает над программой диспансеризации работающего населения. Что можно сказать по этому поводу?**

- Нам предстоит в кратчайшие сроки закончить формирование технологии работ по программе диспансеризации. С этой целью в каждом регионе выбрано более 3 тыс. учреждений, в которых она будет проходить. К ним прикреплено около 1,5 млн организаций и предприятий.

Расширилось само содержание программы. В нее вошли исследования по выявлению онкомаркеров и анализ крови на липидный спектр (холестерин, липиды высокой и низкой плотности). Перечисленные параметры позволяют в контексте сосудистой программы выделить группы риска, которым показана профилактика артериальной гипертензии. Исследования на онкомаркеры - это раннее выявление онкологических заболеваний. В связи с ростом выявления данной патологии мы планируем в 2009 г. ввести в действие Национальную онкологическую программу.

Важно, что диспансеризация населения позволяет не только своевременно выявлять людей, у которых заболевание находится в стадии развития, но и спрогнозировать, какой объем высокотехнологичной помощи необходим. В итоге у нас появляется возможность достаточно оперативно предоставлять таким больным дополнительные квоты на лечение.

**- В начале разговора вы упомянули программу развития службы крови. Проект, прямо скажем, мощный, поскольку, как известно, на его реализацию планируется направить 16 млрд руб. бюджетных средств. Почему выбрано это направление здравоохранения среди ряда других национальных программ?**

- Вы знаете, что сегодня при лечении многих пациентов потребность в качественной крови и ее отечественных препаратах превышает предложение. Во многом это определяется всё более нарастающим дефицитом доноров. По многим компонентам и препаратам крови мы импортозависимы. Поэтому мы активно включились в работу по внедрению комплекса мероприятий, направленных на повышение количества заготавливаемой крови и ее компонентов, увеличению числа доноров. Так, за 2008-2010 гг. планируется обновить материально-техническое оснащение центров крови и станций переливания крови в регионах, создать единую информационную систему и базу данных доноров. Если говорить конкретно, то систему службы крови необходимо обеспечить современным высокотехнологичным оборудованием по заго-

товке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови, поставить компьютерную технику с лицензионными программами для создания единой информационной базы.

**- Сдвинулось ли дело с мертвой точки?**

- С начала 2008 г. запас крови и ее компонентов увеличился, причем в некоторых субъектах Федерации существенно. Статистика говорит, что если в прошлом году на 1000 человек приходилось 12 доноров, то, теперь их 13-14,5. Положительную динамику мы наблюдаем и по объему заготавливаемой цельной крови.

В решении задач модернизации службы крови вовлечены многие представители из научно-исследовательских институтов по трансфузиологии и гематологии, общественных организаций и движений доноров, Общественной палаты РФ, региональных станций переливания крови и т.д. Начался процесс создания высокотехнологичных плазмацентров, оборудованных с учетом новейших достижений науки и техники. Каждый такой центр, помимо промышленного производства, будет оснащен лабораторной базой по исследованию качества крови, выявлению различных инфекционных возбудителей в исходном материале, системой хранения и транспортировки сырья. Автоматизация производственного процесса станет гарантом безопасности и высокого качества компонентов крови, которые в дальнейшем будут переливаться пациентам.

**- Что планирует департамент в следующем году?**

- С начала 2009 г. начинаем реализацию двух больших программ. Первая - я о ней уже упоминала - снижение онкологических заболеваний. Кстати, основная проблема в том, что рак выявляется на последних стадиях, а это и есть причина столь сложного и зачастую неэффективного лечения. На Западе статистика смертности от онкозаболеваний значительно ниже именно за счет ранней диагностики. Диспансеризация позволит нам реально изменить ситуацию в лучшую сторону.

Вторая программа направлена на формирование здорового образа жизни. По информации ВОЗ, в нашей стране основными факторами риска являются гипертония, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя. Например, хроническая обструктивная болезнь легких, основным фактором развития которой является курение табака, за последние 5 лет поднялась в структуре смертности населения России с 12-го места на 4-е. Раком легкого, причиной которого в 90% случаев является табакокурение, ежегодно болеет около 50 тыс. мужчин. Потребление алкоголя также сокращает продолжительность жизни.

Пожалуй, это тот перечень задач, которые необходимо решить в первую очередь. Их уровень сложности достаточно высок в связи с предстоящими преобразованиями в системе профилактики и лечения заболеваний. К тому же это наиболее дорогостоящие мероприятия. Однако при всех прочих условиях самое трудное дело - изменить отношение граждан к своему здоровью и собственной жизни. Мы накопили уже достаточный опыт работы в данном направлении и, думаю, можем надеяться на успешную реализацию начинаемых программ и рост продолжительности жизни российского населения.

## Точка зрения

# Родовой сертификат всех проблем не решает Почему многие к нему относятся настороженно?

**Я работаю врачом-гинекологом в медицинском центре, так что постоянно в курсе проблем и забот, с которыми сталкиваются беременные женщины, а их среди наших пациенток немало. Многие будущие мамы предпочитают наблюдать не в женской консультации, а в одном из платных центров, каких в крупных городах сейчас достаточно. Привлекает их отсутствие больших очередей, более внимательное отношение. Но когда приходит время получить родовой сертификат, они идут в женскую консультацию, так как выдают его только там. При этом женщины приходят не просто так, они приносят подробную выписку из медицинской карты.**

И тут очень часто начинается настоящее хождение по мукам. «Где вы были раньше? Почему не наблюдались у нас?» - спрашивают их. На самом деле родовой сертификат выдается в женской консультации беременным женщинам при сроке 28-30 недель, и в консультации обязаны выдать этот документ. Просто, если женщина не стояла там на учете в течение 12 недель, данное медучреждение ничего за нее не получит от Фонда социального страхования. Отсюда и столь негативное отношение к таким пациенткам.

Некоторые женщины жалуются на длинные очереди, которые надо выстоять, чтобы получить родовой сертификат, ведь порой для его получения выделяется какой-то один день в неделю, а то и в две. Все эти волнения порой доводят будущих мам до слез, а кто же не знает, что нервничать беременным противопоказано? Несколько моих пациенток так и не дождались своих сертификатов, родили.

Что касается нашего медицинского центра, он имеет статус государственного, нам дано право выписывать больничные листки, но родовые сертификаты мы выдавать не уполномочены. И о праве выбора родильного дома, которое якобы дает сертификат, - на практике мне такие случаи неизвестны.

Да, если роженица придет в роддом со схватками, ее примут. Но если вызовет «скорую», как чаще всего и бывает, то повезут ее туда,

куда сочтут целесообразным. А если женщина живет в поселке, где всего один родильный дом, о каком выборе может идти речь?

Конечно, я успокаиваю своих пациенток, объясняю, что любой родильный дом обязан принять роженицу и оказать ей медицинскую помощь, есть у нее родовой сертификат или нет, ведь акушерство относится к экстренным видам медпомощи. Хотя здесь, по моему, уже получается несправедливость по отношению к родильному дому: медицинская помощь роженице оказана будет, но средства от Фонда социального страхования на счет роддома не перечислят, так как она не представила родовой сертификат. В столице, как известно, немалый процент родов приходится на долю иногородних мам, у которых далеко не всегда есть этот документ, а порой нет даже и обменной карты и на учете по беременности они нигде не стояли.

Средства, получаемые медучреждениями на основании родового сертификата за услуги, оказанные женщине во время вынашивания ребенка и при родах, якобы идут на закупку медоборудования, выплаты медработникам. Но неужели у нас нет других средств для того, чтобы закупать современное оборудование и платить медперсоналу достойную зарплату? Кстати, в Москве, да и во многих других крупных российских городах сейчас все родильные дома

и без того таким оборудованием оснащены.

В плане учета и статистики родовой сертификат тоже ничего не дает: в родильном доме и без того отлично известно, сколько принято родов, сколько из них - по контрактам добровольного медицинского страхования, то есть «платных», сколько - у иногородних и т.д. И если государство решило давать роддому по 6 тыс. руб. за каждые роды, так пусть бы и выплачивали эти деньги независимо от того, принесла будущая мама родовой сертификат или нет. Отношение к ней медперсонала от этого не изменится, ведь, как известно, хороший врач будет лечить хорошо просто потому, что по-другому он не умеет.

Недавно Минздравсоцразвития России было принято решение добавить к родовому сертификату еще один талон, который предназначен для детской поликлиники, где ребенок будет наблюдаться в первые полгода жизни. И снова - волнения, вопросы: а будет ли медицинская помощь новорожденному бесплатной, если такого талона нет? Да, будет. Но, по моему мнению, и в детских поликлиниках прибавится ненужной бюрократии.

**Татьяна КРАСНОВА,**  
акушер-гинеколог  
медицинского центра,  
кандидат медицинских наук,  
Москва.

### Справка «МГ».

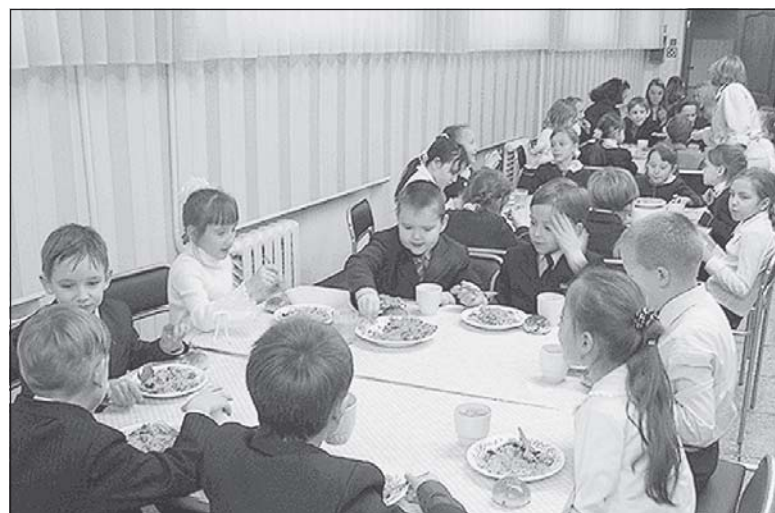
Родовой сертификат состоит из трех частей. Талон № 1 женщина оставляет в женской консультации, талон № 2 - в роддоме, а талоны № 3-1 и 3-2 - в детской поликлинике, где за каждые полгода наблюдения за ребенком первого года жизни педиатры тоже получают дополнительные средства.

## Профилактика

# Правильное питание - большое дело

**В рамках реализации основных приоритетов политики здорового питания населения России в Барнауле состоялась первая краевая научно-практическая конференция «Здоровое питание населения Алтайского края». Она проводилась для объединения усилий и координации действий научных, образовательных, лечебно-профилактических учреждений и предприятий пищевой, перерабатывающей и фармацевтической промышленности края.**

Открывая конференцию, председатель Комитета по здравоохранению краевого законодательного собрания, главный онколог Алтайского края, доктор медицинских наук А.Лазарев подчеркнул важность правильного питания для сохранения здоровья и активного долголетия. Подробно на принципах здорового питания остановился заведующий отделением неинфекционных заболеваний отдела профилактики краевой клинической больницы А.Старков. С докладом «Хронический дефицит витаминов в организме: причины, последствия, пути устранения» выступил ведущий научный сотрудник НИИ терапии СО РАМН доктор медицинских наук Г.Костюченко. По словам ученого, внедрение плановой витаминизации в



Сибирском регионе позволило бы уменьшить число детей, рождающихся с пороками развития, снизить общую заболеваемость и смертность от основных неинфекционных заболеваний, а также повысить качество и продолжительность жизни.

В ходе конференции были разработаны методические рекомендации Управления Роспотребнадзора Алтайского края по применению биоактивных добавок и продуктов функционального оздоровительного питания, произведенных в Алтайском крае, для оздоровитель-

ного питания детей, пожилых людей и престарелых. Обсуждались вопросы о включении в краевую программу по витаминизации в школьных учебных учреждениях, детских садах, оздоровительных учреждениях витаминизированных напитков, обогащенных йодом и железом, о поставках в дома престарелых, детские дома и санатории Алтайского края витаминосодержащих пищевых продуктов и БАД.

**Ольга ВОЗЧИКОВА.**  
Барнаул.

По установившейся традиции ежегодно Российское общество урологов (РОУ) проводит свои мероприятия в одном из городов России. Недавно очередной пленум прошел в С.-Петербурге. Насущными вопросами, рассматривавшимися на нем, стали подготовка урологов амбулаторного звена, развитие офисной урологии, перспективы сотрудничества поликлиник и стационаров, нейроурология, современные возможности диагностики и лечения заболеваний мочеточников.

Надо заметить, что прежде город на Неве встречал урологов почти 30 лет назад. Как говорится, много воды утекло с тех пор. По сути, предыдущий форум проходил в другой стране и другом городе. На сей раз признанные светила российской медицинской науки и практики, зарубежные коллеги, специалисты в области урологии, а с ними андрологи, эндокринологи, кардиологи, терапевты собрались вместе, чтобы поделиться опытом работы в нынешних реалиях. В работе пленума участвовали специалисты из стран СНГ – Армении, Украины, Белоруссии, Киргизии и т.д.

Традиционно вдохновителем высоких собраний урологов выступает председатель РОУ, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственных премий Н.Лопаткин. Имея за плечами огромный опыт, в том числе в советском здравоохранении с его хорошо зарекомендовавшей себя во всем мире организационной системой, современную урологию Николай Алексеевич хочет видеть высокотехнологичной, соответствующей лучшим стандартам западной медицины. Не случайно в рамках нынешнего пленума при поддержке Европейской ассоциации урологов проведена европейская школа «Нейроурология» с участием видных специалистов из Великобритании и Италии. Для многих очевидно, что при активном участии РОУ эта область медицины из года в год постепенно поднимается на новый уровень.

Сегодня региональные отделения РОУ созданы более чем в 60 территориях РФ. Казалось бы, по силам ли общественной организации решать проблемы государ-

## Деловые встречи

# Тридцать лет спустя

## В городе на Неве специалисты обсудили самые больные вопросы современной урологии и перспективы сотрудничества

ственного значения. Тем не менее роль подобных собраний в том, что они будят медицинское сообщество, способствуют постоянному развитию. Вот и теперь в итоговых документах урологи обратились в адрес высшего медицинского ведомства страны со своим видением по изменению сложившейся ситуации, созданию оптимальных условий для совершенствования отечественной урологии.

Известно, что без квалифицированных специалистов, владеющих современным оборудованием и новейшими технологиями, никакие, даже самые благие усилия государства не принесут желаемого эффекта. На форумах специалисты получают только прогрессивное и полезное для своей практики. Очередное собрание показало, что внедрение достижений современной урологии обеспечивает доступность высокотехнологичной медицинской помощи, стимулирует развитие научных исследований в субъектах Федерации.

Темой первого заседания пленума стала «Амбулаторная урология». Нужно ли напоминать, что по сравнению со стационаром амбулаторно-поликлинический уровень и прежде, а в последние годы особенно, оставался «слабым звеном».

- Учитывая сегодняшнюю ситуацию в здравоохранении, роль и важность первичного звена в обслуживании наших пациентов, - заметил Н.Лопаткин, - мы пришли к заключению, что в подготовке амбулаторного уролога необходимы перемены. Надо выслушать конструктивные предложения, все «за» и «против» в отношении таких специалистов. Если сегодня всерьез говорить об амбулаторных урологах, вряд ли мы их найдем, в большинстве своем это совмес-

тители, причем мало знакомые с урологией. Но урологического больного должен принимать специалист, а не заместитель. Надо учитывать, что работа первичного звена касается не просто лечения каких-либо «мужских» недугов, по большому счету она затрагивает вопросы национальной безопасности и демографической политики.

Внимание специалистов привлек доклад «Офисная урология в РФ», причем за ее развитие выступил кандидат медицинских наук А.Живов (Российская медицинская академия последипломного образования), против - главный научный секретарь РОУ профессор Д.Пушкар (Московский государственный медико-стоматологический университет). Массово офисная урология у нас сейчас, по сути, отсутствует, в то время как 70% врачей США (на которые мы постоянно оглядываемся) практикуют на базе полноценного амбулаторного офиса. А что же в России? Учитывая степень оснащенности амбулаторно-поликлинического звена, а также уровень подготовки работающих здесь (не всех, конечно) специалистов, подавляющее большинство пациентов отдает предпочтение лечению, прежде всего оперативному, на базе стационара. Так есть ли перспектива у офисной урологии? Как отметил первый докладчик, сегодня она пока под вопросом, но завтра ей однозначно быть. Что ж, время покажет.

В рамках пленума прошло несколько симпозиумов ведущих фармацевтических фирм мира. Вне сомнения, наибольшее внимание привлек сателлитный симпозиум компании «Байер Шеринг Фарма» по актуальным проблемам эректильной дисфункции, возра-

стного гипогонадизма и метаболического синдрома.

- Мы много раз обсуждали эти вопросы на конференциях, конгрессах «Мужское здоровье», других форумах. Они представляют интерес для специалистов и пациентов, мужчин и женщин, - подчеркнул, открывая симпозиум, Н.Лопаткин. - Не раз уже говорилось о том, что проблема обеспечения сексуального здоровья требует междисциплинарного подхода, это своего рода ключ к общему здоровью мужчин.

Профессор кафедры урологии Российского государственного медицинского университета С.Гамидов остановился на комплексном патогенетическом подходе к лечению мужчин с эректильной дисфункцией (ЭД) при метаболическом синдроме. Распространенность такого заболевания составляет 26-75%. По данным кафедры урологии РГМУ - 55%. Причем у таких больных часто она протекает в очень тяжелых формах. По наблюдениям специалистов, у каждого третьего пациента с метаболическим синдромом отмечается снижение уровня мужских половых гормонов.

Как известно, такие больные, количество которых постоянно увеличивается, чаще обращаются к врачам первичного звена, которые обязаны уметь оказывать им адекватную помощь. Очень важно своевременно выявлять заболевание. Эта задача ложится на плечи амбулаторных урологов и участковых терапевтов и ВОП. Вот почему амбулаторного уролога надо готовить не 2 года, а значительно дольше. Он остается один на один с пациентом, от него зависит очень многое. Опыт показывает, что выявление заболевания на ранней стадии позволяет, например, полностью восстановить

эректильную функцию. Но при сопутствующих осложнениях добиться этого бывает очень сложно. Параллельно с препаратами для лечения ЭД большой принимает еще много других, например, для коррекции артериального давления, липидного профиля и т.д. Комбинированная терапия предпочтительнее монотерапии, поскольку зримо повышает эффективность лечения. Надо отметить, что незаменимым для врачей оказался инновационный препарат тестостерона, который вводится инъекционно 4 раза в год. Это открывает новые горизонты в терапии.

Профессор Д.Курбатов (Эндокринологический научный центр) коснулся проблемы гипогонадизма. По некоторым сравнительным данным, лечение возрастного андрогенного дефицита в России получают лишь около 10% мужчин из тех, кому это действительно необходимо по всем клиническим показаниям. При этом в нашей стране, к сожалению, до сих пор существует гормонофобия, в том числе среди докторов.

Профессор А.Сегал (МГМСУ) познакомил коллег с лечением ЭД методом модулируемой эректильной оксигенации кавернозной ткани полового члена. Клинические данные подтверждают, что применение такого метода эффективно и безопасно. Совместно с использованием низких доз современных препаратов он повышает сексуальную функцию, не вызывая побочных эффектов. В целом же подобная терапия улучшает здоровье, а также качество жизни мужчины и его партнерши. Ради этого, собственно, и работают урологи.

**Александр ИВАНОВ,**  
спец. корр. «МГ».

С.-Петербург.

## Юбилей

# Мы - одной крови



**Медицинская общественность Башкортостана торжественно отметила 75-летие Республиканской станции переливания крови.**

На республиканской конференции, посвященной юбилею, выступил заместитель министра здравоохранения Башкортостана Зуфар Муртазин.

Главный врач станции переливания крови, отличник здравоохранения РФ Урал Султанбаев в своем докладе отметил, что сегодня станция оснащена необходимым современным оборудованием. Практически все отделы освоили компьютер, что позволило создать единый донорский центр. С 2001 г. впервые стали производить карантинизацию

свежезамороженной плазмы. В настоящее время выпускаются трансфузионные среды и иммунодиагностические стандарты.

Поздравляя с юбилеем коллектив станции, председатель Башкирского республиканского отделения Красного Креста Юрий Симонов отметил, что станция переливания крови и Красный Крест плодотворно сотрудничают на протяжении длительного времени. Проводятся и совместные акции по сдаче крови.

Уфа.

**Эльвира ШВЕЦ,**  
соб. корр. «МГ».

**НА СНИМКЕ: Урал Султанбаев (справа) принимает поздравления от Юрия Симонова.**

Фото автора.

## Пресс-конференции

# Новые возможности в лечении сахарного диабета 2-го типа

**В Москве в РИА «Новости» состоялась пресс-конференция, посвященная результатам крупнейшего клинического исследования ADVANCE. В нем было задействовано более 215 клинических центров в 20 странах мира, в том числе и в России. Всего в исследовании приняли участие около 11 тыс. больных.**

Сахарный диабет достиг столь глобальных масштабов, что стал первым неэпидемическим заболеванием, которое отметила ООН в своей резолюции. По словам одного из руководителей исследования академика РАМН Ивана Дедова, доминирующее количество смертей вызвано развитием сердечно-сосудистых и почечных осложнений. Так, каждый пятый пациент с СД 2-го типа умирает в результате развития нефропатии.

Основные усилия специалистов направлены на поиск оптимальных схем лечения. Тем более важны результаты исследования ADVANCE, показавшие, что правильно подо-

бранная терапия позволяет спасти миллионы жизней больных. В исследовании ставилась цель снизить уровень гликированного гемоглобина HbA1C (основного показателя эффективности контроля гликемии) до 6,5% и ниже. В качестве основной терапии пациенты получали гликлазид в форме с модифицированным высвобождением (Диабетон MB) в дозе от 1 до 4 таблеток в сутки.

Исследование ADVANCE предоставило бесспорные доказательства благоприятного влияния интенсивной сахароснижающей терапии, базирующейся на Диабетоне MB, на основные исследуемые показатели. Так, в результате терапии общий риск развития серьезных диабетических осложнений снизился на 10%, нефропатии - на 21% и протеинурии (одного из наиболее надежных маркеров высокого сердечно-сосудистого риска) - на 30%. Кроме того, у больных отмечалась тенденция к снижению риска сердечно-сосудистой смертности (12%).

Результаты исследования

ADVANCE особенно значимы, поскольку получены на большом количестве пациентов из разных стран мира в условиях реальной клинической практики. «В ходе исследования были получены убедительные доказательства, свидетельствующие о достоверном снижении прогрессирования почечной недостаточности у больных сахарным диабетом, - сказала директор Института диабета ФГУ ЭНЦ Марина Шестакова. - Это обнадеживающие результаты, поскольку именно нефрологические осложнения являются наиболее угрожающим фактором поражения сосудов всего организма».

Профилактика осложнений сахарного диабета требует многофакторного подхода, нацеленного на все факторы риска, в рамках которого интенсивный контроль уровня глюкозы крови играет важнейшую роль, особенно в отношении профилактики нефрологических осложнений.

**Ирина АНДРЕЕВА.**



В холле одного из корпусов этого медицинского учреждения, рядом с входом в бассейн, зал ЛФК и иную «лечебную часть» висит полотно кисти известного художника-авангардиста. Черепаха, принеся жертву свой панцирь и то, что под ним, усадила на «освободившееся место» многоэтажный город и спасает его - торопится вывезти железобетонного седока из серой мглы на свет божий.

В картине при желании можно найти символику: число железнодорожников, членов их семей и ветеранов отрасли, которым за 30 лет существования «Карповки» продлили здесь радость полноценной жизни, профессионального и активного долголетия, соизмеримо с населением целого города. Вот разве что сравнение дарителя с черепахой будет совсем неуместно. Всего за какие-то два последних года, прошедших с момента реорганизации физиотерапевтической больницы дорожного ведомства в НУЗ «Дорожный центр восстановительной медицины и реабилитации «Карповка», Забайкальская магистраль обрела медицинское учреждение нового типа, где созданы поистине парниковые условия для реализации принципов профилактического направления.

Современная «визитная карточка» 150-коечного дорожного центра - это, прежде всего, сочетание медицинского стационара и естественного уединенного курорта с богатейшими природными факторами, традиционных, а также инновационных лечебно-оздоровительных процедур и полноценного, комфортного отдыха вполне достойного уровня. Именно эти «особинки», помноженные на безупречный, без преувеличения творческий труд медицинского и так называемого прочего персонала, обеспечивают «Карповке» привилегированное, лидирующее положение среди 4 санаториев и 5 больниц восстановительного лечения, действующих на территории Даурского края. Если бы это было не так, центр вряд ли бы стал единственным ЛПУ Забайкалья, которое удостоилось звания лауреата недавних регионального и федерального конкурсов в Национальной программе «100 лучших товаров России».

«Штучный медицинский товар» манит в место своей дислокации - заповедный сосновник, что всего в полчасае автомобильной езды от Читы, как железнодорожников, так и людей, не имеющих отношения к рельсовому пути: ничтожно мало балованный заморскими курортными изысками, зато доверяющий лечению без большого отрыва от дома местный «территориальный» народ, уставших от китайских методик оздоровления жителей других приграничных регионов азиатской части страны, и даже разборчивых москвичей.

Лечебный и оздоровительный туризм - относительно молодое, но

Ориентиры

# Шагом не черепашьюм, а семимильным!

Быстрым переменам в дорожном центре восстановительной медицины и реабилитации «Карповка» ОАО «Российские железные дороги» наравне с машинистами рады беременные женщины



при том динамично развивающееся направление, ставшее важным пунктом маркетинговой политики НУЗа. Первым и пока единственным среди лечебно-профилактических учреждений на сети российских стальных магистралей центр восстановительной медицины и реабилитации ЗаБЖД получил право на ведение санаторно-курортного дела, что определенно закрепило его экономическую устойчивость на рынке медицинских услуг. С недавних пор здесь принимают по линии социального страхования на санаторный этап долечивания беременных женщин из «групп риска» и больных с последствиями производственных травм.

Понятно, что основные потоки пациентов формируют ведомственная принадлежность учреждения, простая логика экономно расходовать отраслевые средства на подготовку отдельных специалистов, профессиональное обучение которых относится к числу дорогостоящих, наконец, повышенные требования к сохранности их здоровья и увеличению трудового долголетия. Кто составляет эти потоки? Работники, связанные с безопасностью движения поездов, поступающие на медицинскую реабилитацию. Железнодорожники, направляемые на долечивание по листкам нетрудоспособности. Пациенты с хроническими заболеваниями в фазе ремиссии, приезжающие в счет очередного отпуска.

Ровно два года назад в «Карповке» было развернуто 30-коечное отделение восстановительного лечения работников локомотивных бригад. Целесообразность создания такой организационной структуры давно подтверждена исследованиями идеологов превентивной производственной медицины, но воочию врачи центра в ней убедились, как только сами протестировали на аппаратно-программном комплексе «Амса-коверт» порядка 200 машинистов поездов и помощников машинистов. При поступлении в центр адаптивные реакции в состоянии мобилизации удалось выявить лишь у 19% обследуемых. Зато у 22% от их числа были диагностированы неврозы, у 21% - иные психофизиологические сдвиги.

ры здоровья, навыков самооценки и самокоррекции своего психофизиологического состояния и представлены несколькими школами: артериальной гипертензии, спины, красоты здоровья, здорового питания. Из природных корректирующих технологий наиболее популярны у пациентов и действительно высоко эффективны аппликации толстым слоем из сульфидно-иловой грязи озера Угдан, гальваногрязь, живительная пелоидотерапия Мертвого моря.

Помимо уже упомянутых физических и природных факторов, состоящих на службе у восстановительной медицины Забайкальской железной дороги, пожалуй, следует отдельно заметить про 25 видов лечебных ванн, только что сдан-

Сегодня врачи-транспортники владеют столь богатым арсеналом традиционных и современных лечебно-оздоровительных методов, что некоторым коллегам, реабилитологам в первую очередь, впору завидовать им и учиться у них.

«Ну уж и учиться...», - буркнет, возможно, какой-нибудь слишком пристрастный читатель. И будет не прав, не зная покуда, что десятки внедренных ныне в центре диагностических и лечебно-оздоровительных технологий вначале терпеливо «коллекционировались» главным врачом Еленой Собежкой вместе с остальным врачебным коллективом в очередных отпусках и служебных командировках на отечественный

ный в эксплуатацию лечебный бассейн с возможностями скелетного вытяжения, все виды массажа... А внедренные в широкую практику медицинские технологии, не имеющие пока аналогов в Забайкальском крае? Локальная воздушная криотерапия, вибротерапия электростатическим полем, озонотерапия, транскраниальная электростимуляция защитных механизмов мозга... Благодаря разработанной в «Карповке» методике сочетания криотерапии и высокоимпульсной магнитотерапии дорожным специалистам удастся существенно сокращать сроки купирования болевого синдрома, а значит, уменьшаются сроки нетрудоспособности.

запад. Что руководители «Карповки» не пропустили ни одного общероссийского съезда по проблемам восстановительной медицины, ни единой сколь бы то ни было значительной деловой встречи реабилитологов. Что, наконец, доктора стальных магистралей не просто «тихой сапой» входят в координационный совет по медицинской реабилитации, не формально, а полноправно действующий при Комитете здравоохранения администрации Забайкальского края, но и активно работают в нем.

Именно учиться! А чему, и так понятно. Давно подмечено: только ищущему неравнодушному око открываются заманчивые горизонты и дальний свет. Пожалуй, к нему все-таки вышла, ограждая людей от несчастья, глазастая картинная черепаха...

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
спец. корр. «МГ».

Забайкальский край.

**НА СНИМКАХ:** на встрече главного врача Е.Собежкиной (в центре) с представителем медицинской дирекции ОАО «РЖД»; одна из самых востребованных у железнодорожников процедур - сухая углекислотная ванна; сеанс пелоидотерапии; прослушивание классической музыки - обязательный элемент санаторного этапа долечивания беременных женщин из «групп риска».

Фото автора.



- С учетом особенностей состояния пациентов отделения мы используем три основных типа технологий восстановительной медицины: диагностические, информационно-обучающие, корректирующие, - рассказывает заместитель главного врача по лечебной работе Елена Богдан. - Экспресс-диагностика на комплексе «Амса-коверт» позволяет выставить оценку функциональному состоянию отдельных органов, систем и организма в целом. А психологический компонент определяется с помощью медико-психологического тестирования «Индекс общего психологического благополучия». Информационно-обучающие методики ориентированы на привитие унаших подопечных культу-



# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 61 (1385)

(Окончание. Начало в № 86 от 14.11.08.)

## Диагностика

Наиболее ранним и характерным признаком варикозной болезни является появление на нижних конечностях специфических изменений подкожных вен в виде выбухания, извитости отдельных участков вен, появление характерных узлов - «варицисов». Позднее присоединяются клинические симптомы: усталость, тяжесть в нижних конечностях, усиливающиеся при физической нагрузке, ночные судороги икроножных мышц, отеки стопы и голени. Впоследствии появляются признаки декомпенсации венозного кровообращения - гиперпигментация кожи голени, липодерматосклероз клетчатки, трофические язвы.

Широкое развитие диагностической техники в последние годы, без которой не представляется возможным всестороннее обследование сосудистых больных, не означает отказа от ранее применяемых методов, таких как тщательный сбор анамнеза, осмотр больного и конечностей, пальпация и т.д.

Осмотр и пальпация имеют важное значение на долечевом этапе как в оценке внешних изменений нижних конечностей, вызванных хронической венозной недостаточностью, так и в диагностике локализации коммуникантных вен.

По локализации увеличенных подкожных вен (медиальная, латеральная поверхность конечности, голень, бедро, подколенная область, расширение поверхностных вен над лобком и передней брюшной стенки) можно сделать вывод о характере и причинах заболевания.

Пальпация конечности и расширенных подкожных вен позволяет оценить их состояние, выявить наличие или отсутствие в них тромба, определить степень склероза подкожной клетчатки, обозначить несостоятельные коммуникантные вены. Чрескожную пальпацию фасции голени выполняют в положении пациента стоя и лежа с приподнятой ногой. При этом достаточно отчетливо определяются дефекты фасции в местах расположения несостоятельных коммуникантных вен. Однако при избыточном отложении подкожно-жировой клетчатки на голени, склеротических процессах кожи голени и при наличии трофических язв у больных посттромбофлебитической болезнью возможность применения этих методов ограничена, а получаемые результаты весьма сомнительны.

**Функциональные пробы** - достаточно информативный и доступный, не требующий дорогостоящей аппаратуры метод диагностики проходимости глубоких вен нижних конечностей, состояния венозных клапанов и локализации несостоятельных коммуникантных вен нижних конечностей. В настоящее время в связи с развитием высокотехнологической диагностической техники роль функциональных проб в обследовании флебологических больных заметно снизилась, однако техническая простота их выполнения в некоторых случаях может помочь в уточнении окончательного диагноза.

Для оценки функционального состояния клапанного аппарата большой подкожной вены и ее остиального клапана применяют пробы Броди - Троянова - Тренделенбурга; Гаккенбуха - Сикара (кашлевая проба).

Для определения локализации и оценки состояния клапанного аппарата коммуникантных вен применяют пробы Шейнса (трехжгутовая); Тальмана; Пратта-2.

Для определения проходимости глубоких вен применяют следующие диагностические пробы: Дельбе - Пертеса (маршевая); Черякова; Мейо - Пратта, Пратта-1 (1941); Лобелиновый тест, проба Фирта - Хиджела;

Однако надо помнить, что показания функциональных проб являются относительными и нередко условными, особенно у лиц, страдающих посттромбофлебитической болезнью. В целях повышения достоверности данных необходимо их результаты рассматривать в совокупности с данными других методов исследования.

**Инструментальные методы диагностики.** При варикозной болезни помимо общеклинических методов и функциональных проб могут применяться следующие инструментальные и лабораторные методы диагностики:

- 1) ультразвуковые методы - у всех пациентов;
- 2) флеботонометрия - для оценки функциональной способности клапанного аппарата вен и исключения облитерации глубоких вен;
- 3) реовазография - при наличии отеков и трофических нарушений конечности;

4) радиоизотопный метод - при затруднениях диагностики и для определения уровня несостоятельных прободящих вен, когда функциональные пробы малоинформативны;

5) флебография - при трудной дифференциальной диагностике, когда более простыми методами исследования патологию уточнить не удастся и когда результаты функциональных проб сомнительны, а метод радиоиндикации не является разрешающим;

6) лимфография - в случаях трудной диагностики, сочетанной патологии венозной и лимфатических систем, при операциях на лимфатических сосудах и регионарных лимфатических узлах;

7) термометрия и капилляроскопия - для относительной оценки интенсивности пери-

ферического кровообращения и контроля за лечением;

8) изучение гемостаза в общем и региональном кровотоке при подозрении на развивающийся или уже возникший острый тромбофлебит, для исключения посттромбофлебитической болезни глубоких вен нижних конечностей и таза.

Высокая информативность, малая инвазивность и возможность многократного применения у одного больного не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях сделали ультразвуковые методы исследования «золотым стандартом» во флебологии.

При ультразвуковом обследовании флебологического больного приоритетным считаем необходимость оценки следующих параметров:

- 1) функциональное состояние сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев, особенности их анатомического расположения;
- 2) морфологическое состояние стенки и функциональное состояние клапанов большой и малой подкожных вен;
- 3) морфологическое состояние стенки, проходимость и функциональное состояние клапанов глубоких вен;
- 4) функциональное состояние и местоположение перфорантных вен.

**Дифференциальную диагностику** варикозной болезни следует проводить с посттромбофлебитической болезнью; острым подвздошно-бедренным венозным тромбозом, или болезнью Грегугара; ангиовенозными дисплазиями; заболеваниями лимфатической системы; синдромом Маффуччи; сосудисто-костной дизэмбриоплазией, или синдромом Клиппель - Треноне - Вебера.

## Лечение

Выбор метода лечения проводится с учетом особенностей патологического процесса.

**Хирургическое лечение неосложненной формы варикозной болезни.**

1. Традиционные операции (кроссэктомия, стриппинг ствола большой подкожной вены, стриппинг варикозно измененных вен на нижней конечности, перевязка и пересечение несостоятельных перфорантных вен.
2. Эндохирургия.
3. Склерохирургия.
4. Комбинированные вмешательства.

Для лечения данной патологии предложено множество вариантов хирургических вмешательств. Исходя из патогенеза варикозной болезни, основными задачами ее оперативного лечения являются устранение патологического рефлюкса и варикозного расширения подкожных вен. Это возможно с помощью традиционных хирургических вмешательств, а также методов эндохирургии и склерохирургии.

Каждый из перечисленных методов при лечении варикозной болезни следует применять в комплексе.

**Показания к оперативному лечению.** Среди больных варикозной болезнью преобладают лица с локализацией заболевания в бассейне большой подкожной вены. Показанием к оперативному лечению служат нали-

чие патогенетических факторов: клапанная несостоятельность ствола сафены (в большей степени остиального клапана) и перфорантных вен.

**Противопоказанием** к проведению хирургического лечения является венозная гипертония в бассейне глубоких вен нижних конечностей в результате нарушения проходимости на фоне острого тромбоза последних или посттромбофлебитической болезни, а также открытые трофические язвы.

В настоящее время наиболее распространен комбинированный метод оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей. Он включает:

- кроссэктомия;
- стриппинг ствола большой подкожной вены;
- стриппинг варикозно измененных вен на нижней конечности;
- перевязку и пересечение несостоятельных перфорантных вен.

## Склеротерапия

Принцип склеротерапии варикозных вен основан на том, что некоторые медикамен-

тные растворы, введенные в просвет сосуда, способны вызывать деструкцию ее интимы с развитием фибросклероза и облитерации просвета сосуда. В результате происходит прекращение рефлюкса из глубоких вен в поверхностные и устраняется основной патогенетический механизм развития варикозной болезни.

Все препараты, используемые для облитерации варикозных вен, можно разделить на три группы:

1. Детергенты (натрия тетрадецилсульфат) - средства, фибросклерозирующий эффект которых основан на коагуляции белков эндотелия.

2. Гиперосмотические растворы (30-40% салицилат натрия, 10-24% хлорид натрия и др.), приводящие к дегидратации эндотелия.

3. Коррозивные средства (варикоцид, вариглобин и др.). При внутривенном введении этих веществ происходит глубокое и необратимое повреждение всех слоев стенки вены с массивным тромбообразованием и эндофиброзом.

Использование склеротерапии может являться одним из этапов хирургического лечения - склерооблитерация ствола большой подкожной вены или ее притоков во время комбинированной флебэктомии. Также возможно применение склеротерапии как самостоятельного метода лечения при ретикулярном варикозе.

## Компрессионная терапия

Компрессионная терапия является основным патогенетически обоснованным способом консервативного лечения острых и хронических заболеваний вен нижних конечностей.

Терапевтический эффект компрессионного лечения обусловлен следующими основными механизмами:

- 1) снижением патологической венозной емкости нижних конечностей в результате компрессии межмышечных венозных сплетений и перфорантных вен;
- 2) улучшением функциональной способности относительно недостаточного клапанного аппарата в связи с уменьшением диаметра вены, вследствие чего возрастает скорость кровотока;
- 3) возрастанием обратного всасывания тканевой жидкости в венозном колене капилляра и снижением ее фильтрации в артериальном, обусловленном повышением тканевого давления. Результатом является регресс отека;
- 4) увеличением фибринолитической активности крови за счет более интенсивной выработки тканевого активатора плазминогена. Этот механизм очень важен для лечения и профилактики острых венозных тромбозов.

Результатом правильно наложенного эластического бандажа является нормализация функции мышечно-фасциальной помпы нижних конечностей, улучшение гемореологии и микроциркуляции. Это в значительной мере предотвращает распространение тромбоза в глубоких и поверхностных венах, устраняет такие проявления варикозной болезни, как чувство тяжести, судороги в икроножных

мышцах, способствует купированию отекающего синдрома, создает благоприятные гемодинамические условия для заживления трофических язв и ликвидации явлений индуративного целлюлита.

Применение эластической компрессии показано при любой форме варикозной болезни нижних конечностей. Компрессионная терапия должна назначаться с момента постановки диагноза. В зависимости от характера патологии и преследуемых целей компрессионная терапия может быть назначена на ограниченный или длительный срок. При посттромбофлебитической болезни, врожденной аномалии венозной системы, элевфантиазе компрессионное лечение проводится пожизненно.

Оптимальным вариантом для повседневного применения является медицинский компрессионный трикотаж.

Принципиальными особенностями медицинского компрессионного трикотажа являются:

1. Использование натуральных (хлопок, кашемир) или синтетических волокон (эластоден), прошедших медицинскую сертификацию.
2. Физиологическое распределение дав-

ления, постепенно убывающего в проксимальном направлении, с редукцией на голени и бедре по 30%.

3. Учет анатомических особенностей конечности при изготовлении изделия, что исключает необходимость моделирования цилиндрического профиля конечности.

4. Высокая прочность и длительное сохранение исходной степени компрессии.

## Фармакотерапия

Фармакотерапия на современном этапе развития флебологии играет важную роль в комплексной предоперационной подготовке больных к радикальной операции, а также в успешной послеоперационной реабилитации, особенно у пациентов с выраженным симптомокомплексом хронической венозной недостаточности и тяжелыми декомпенсированными формами ХВН, а также у больных ХВН, которым оперативное лечение противопоказано.

Основные задачи фармакотерапии варикозной болезни следующие:

1) повышение венозного тонуса - используют целый ряд препаратов: рутозид, эсцин, трибенозид, а также препараты нового поколения: диосмин, гинкор форт, цикло-3-форт, эндотелон и др.;

2) улучшение лимфодренажной функции возможно с помощью группы бензопиринов, а также появившихся в последнее время средств системной энзимотерапии и выше-названных препаратов с поливалентным механизмом действия;

3) устранение микроциркуляторных гемореологических нарушений - в основном это относится ко II-III стадиям ХВН. Используют хорошо зарекомендовавшие себя на практике низкомолекулярные декстраны, пентоксифиллин, ацетилсалициловую кислоту, тиклопидин, клопидогрел. Эту же задачу решает назначение диосмина, трибенозида, гинкор форта, цикло-3-форта, эндотелона, энзимотерапии;

4) купирование вторичных воспалительных реакций (применяют нестероидные противовоспалительные средства, системную энзимотерапию, различные мазевые формы, содержащие нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, гепарин; также неоднократно названные препараты нового поколения, которые, без сомнения, могут претендовать на лидирующее место в лечении хронической венозной недостаточности).

Таким образом, ведение больных с ХВН и варикозной болезнью - комплексная задача, решение которой подразумевает рациональную комбинацию хирургического лечения, компрессионной терапии и применение различных лекарственных препаратов, что позволяет улучшить конечные результаты лечения и повысить качество жизни пациентов.

**Александр ГЛУХОВ,**  
заведующий кафедрой общей хирургии,  
профессор.

**Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н.Бурденко.**

# Цистиноз

Остановимся на наиболее частой и клинически наиболее значимой инфантильной нефропатической форме заболевания. Клинические проявления при этой форме цистиноза также имеют определенный диапазон тяжести, но в среднем при отсутствии специфической терапии терминальная уремия развивается к 10-летнему возрасту. В конце 60-х годов в связи с развитием трансплантации почки продолжительность жизни пациентов значительно увеличилась. Однако и после почечной трансплантации продолжается отложение кристаллов цистина в экстраренальных органах, включая мышцы, головной мозг, костный мозг, печень, селезенку, лимфатические узлы, роговицу, конъюнктиву, щитовидную железу, поджелудочную железу, яички и кишечник. В связи с этим после трансплантации заболевание изменяет свою суть, превращаясь из тяжелой нефрологической болезни в мультисистемную патологию со значительным вовлечением экстраренальных органов.

За последние 20 лет был достигнут большой прогресс в лечении цистиноза. Наряду с прежней, в основном симптоматической терапией было разработано специфическое лечение, направленное на коррекцию основного патогенетического механизма. Было обнаружено, что длительная и упорная терапия цистеамином, донатором сульфгидрильных групп, вызывает деплецию цистина и значительно отдалает почечную недостаточность, улучшает показатели роста ребенка и предотвращает серьезные поздние экстраренальные осложнения. Применение терапии цистеамином и почечной трансплантации трансформировало летальное заболевание в хроническое страдание, которое длительно поддается контролю.

## Этиология и патогенез

Ген цистиноза CTNS располагается на хромосоме 17p13. CTNS состоит из 12 экзонов и кодирует синтез цистинозина - интегрального белка лизосомальной мембраны, представленного 367 аминокислотами. Функцией цистинозина является перенос цистина из лизосомы в цитоплазму. В Северной Америке и Европе почти 75% всех исследованных аллелей имеет делецию 57-kb, и это самая частая мутация CTNS. Было описано около 60 других генетических мутаций. Пациенты с классическим инфантильным цистинозом имеют делеции или другие мутации, приводящие к полному отсутствию цистинозина, в то время как более легкие случаи (ювенильная и взрослая формы) обычно компаунд-гетерозиготны и имеют наряду с тяжелой мутацией (например, нонсенс) и более легкую мутацию (например, миссенс). У бессимптомных гетерозиготных носителей отмечается двукратное снижение активности цистинозина. При этом уровень внутриклеточного цистина остается лишь слегка повышенным. В целом тяжесть клинических проявлений болезни, как правило, имеет прямую корреляцию с концентрацией внутрилизосомального цистина и обратную корреляцию с резидуальной функцией цистинозина. Тем не менее нельзя исключить возможного модифицирующего влияния на фенотип других генов и экологических воздействий.

Самым ярким проявлением нарушения лизосомального транспорта цистина является образование кристаллов вследствие плохой растворимости цистина в воде. Кристаллы обычно имеют форму шестиугольника или прямоугольника, но могут быть игольчатыми и обладают свойством двойного преломления в поляризационном свете. Интересно, что тяжесть повреждения тканей не вполне коррелирует с распространенностью отложения кристаллов. Например, в печени и тонком кишечнике отмечается значительное интрацеллюлярное отложение кристаллов цистина, но это редко клинически проявляется. Этот факт, по всей вероятности, объясняется значительным функциональным резервом некоторых органов или более коротким клеточным циклом и быстрой сменой клеточной популяции. В некоторых клетках, например фибробластах, кристаллы никогда не образуются, несмотря на высокое содержание внутриклеточного цистина.

## Клинические проявления

Симптомы цистиноза развиваются постепенно. Как правило, в первые 3-6 месяцев жизни клинические проявления болезни отсутствуют. К 6-12 месяцам появляются такие неспецифические симптомы, как анорексия, рвота, полиурия и запоры. Возможно развитие эпизодов лихорадки с признаками дегидратации. Становится заметной уменьшение ежемесячных прибавок в весе.

Поражение почек обычно манифестирует клиникой синдрома Фанкони к возрасту 1 года. В дальнейшем отмечаются прогрессирующая потеря гломерулярной функции и развитие хронической почечной недостаточности в

**Цистиноз - редкое аутосомно-рецессивное заболевание, причиной которого является мутация в гене CTNS, кодирующем лизосомальный переносчик цистина. При этом заболевании в различных органах и тканях происходит внутрилизосомальное накопление цистина и отложение его кристаллов. Описаны три клинических формы болезни, различающиеся по тяжести и времени начала клинической манифестации. Наиболее тяжелая классическая инфантильная нефропатическая форма цистиноза была впервые описана в начале XX века швейцарцем Эмилем Абдергальденом как заболевание, неизбежно приводящее к терминальной уремии в детском возрасте. Позднее были опубликованы наблюдения и более легких случаев болезни. Ювенильная, или промежуточная форма также сопровождается поражением почек, но с манифестацией в подростковом возрасте. Взрослая, или «доброкачественная» форма цистиноза проявляется поражением глаз с развитием фотофобии без признаков вовлечения других органов. При этом варианте болезни кристаллы цистина откладываются только в роговице и костном мозгу. В США цистиноз встречается с частотой 1 : 200 000; в Европе 1 : 179 000; ювенильная и взрослая формы отмечаются менее чем в 5% случаев.**

7-12 лет. В настоящее время цистиноз считается самой частой причиной врожденного синдрома Фанкони в детском возрасте. У пациентов отмечается потеря жидкости и электролитов, аминоацидурия, нормогликемическая глюкозурия, фосфатурия, гиперкальциурия и гипохлоремический ацидоз. Диурез может быть столь значительным, что у некоторых больных на начальном этапе предполагается наличие несахарного диабета. У некоторых детей значительная экскреция кальция и фосфатов приводит к медуллярному нефрокальцинозу. У многих, хотя и не у всех, пациентов развивается гипофосфатемический рахит с высокой экскрецией фосфатов, нормальным уровнем витамина D, повышением активности щелочной фосфатазы и такими клиническими проявлениями, как остеомалиция, деформация костей и задержка формирования моторных навыков. При развитии гиперкальциурической гипопальциемии возможно возникновение тетании.

Гипокалиемиия (в ряде случаев ниже 2,0 ммоль/л) может приводить к нарушениям сердечной проводимости. Карнитин также теряется при синдроме Фанкони, что может быть причиной мышечной слабости. Кроме того, при синдроме Фанкони возникает тубулярная протеинурия с потерей таких белков, как альбумин,  $\beta_2$ -микроглобулин, лизоцим, белок - переносчик ретинола, белок - переносчик витамина D и многих других. У отдельных преддиализных пациентов развивается протеинурия нефротического уровня.

В Северной Америке и Европе цистиноз составляет приблизительно 5% случаев хронической почечной недостаточности у детей. По данным The European Dialysis and Transplantation Association Registry, средний возраст детей с цистинозом, нуждающихся в заместительной терапии, составляет 9,5 года, с колебаниями от 1 до 20 лет. Скорость развития терминальной уремии варьирует среди больных цистинозом: у некоторых пациентов достигается плато, в то время как у других почечная функция очень быстро снижается. Гистопатологически при цистинозе развивается атрофия клеток проксимальных канальцев с их деформацией по типу «лебедин шей». Очень характерно повреждение подоцитов, которые приобретают вид многоядерных гигантских клеток. В подоцитах и интерстициальных клетках отмечается отложение кристаллов цистина.

У детей с цистинозом наблюдается выраженная задержка роста вследствие ацидоза, метаболической болезни кости, гипофосфатемического рахита и гипотиреоза. При естественном течении нелеченного цистиноза у многих пациентов к возрасту 1 года рост не превышает 3 перцентилей, причем отставание в росте более значительное, чем у детей с хронической почечной недостаточностью, вызванной другими причинами. Лечение гормоном роста драматически увеличивает линейный рост и значительно улучшает ростовые показатели в препубертатном возрасте. Гипотиреоз часто развивается при цистинозе и является одной из причин задержки роста. Гистологически в щитовидной железе выявляются очаги деструкции и инфильтрация эпителия кристаллами цистина.

Ранними и патогномоничными проявлениями являются отложения кристаллов в роговице и конъюнктиве. Корнеальные кристаллы почти всегда имеются к возрасту 16 месяцев и выявляются при осмотре с помощью щелевой лампы в виде игольчатых, опалесцирующих помутнений. В первую очередь в этот процесс вовлекается эпителий роговицы. На второй декаде жизни развивается фотофобия, возможно возникновение тяжелой кератопатии с нарушением зрения. Иногда кристаллы откладываются и в передней камере, радужной оболочке, цилиарном теле, сосудистой оболочке, на глазном дне и в зрительном нерве. В некоторых случаях развитие пигментной ретинопатии

предшествует появлению корнеальных кристаллов.

Цистиноз поражает многие железы, в связи с чем у пациентов нарушаются потоотделение, продукция слезной жидкости, саливация, что делает их склонными к развитию гипертермии, сухости глаз, рвоте. У больных может отмечаться анемия, обусловленная прежде всего уменьшением ренальной продукции эритропоэтина при почечной недостаточности и в меньшей степени отложением кристаллов цистина в костном мозгу.

## Диагностика

Ранняя верификация диагноза и своевременное начало специфической терапии цистеамином имеет решающее значение для судьбы детей, страдающих цистинозом. Диагноз цистиноза подтверждается определением высокого уровня цистина в гранулоцитах. Для верификации цистиноза считается достаточным выявление кристаллов в роговице у пациента с синдромом Фанкони, так как подобные кристаллы не обнаруживаются при других причинах этого синдрома у детей (тирозинемия, галактоземия, гепаторенальный гликогеноз, болезнь Дента, синдром Лоу и т.д.). С другой стороны, отсутствие кристаллической кератопатии не позволяет исключить цистиноз, особенно у младенцев. В прошлом для верификации диагноза применялась диагностическая биопсия различных органов, включая костный мозг, конъюнктиву и почки. Однако в настоящее время общепризнано, что для установления диагноза эти инвазивные процедуры не являются необходимыми. Ранний диагноз может быть установлен и с помощью генетического исследования. При наличии в семье хотя бы одного ребенка с цистинозом при каждой следующей беременности рекомендуется пренатальная диагностика болезни с помощью измерения уровня свободного цистина в культуре амниоцитов или клетках ворсин хориона, или с помощью генетического исследования.

## Лечение

Лечение цистиноза состоит из симптоматической и специфической терапии. Симптоматическая терапия направлена на коррекцию тубулярных потерь.

**Вода.** Прием воды должен соответствовать диурезу и корректируется при возрастании экстраренальных потерь (жаркая погода, лихорадка и т.д.).

**Кислотно-основной баланс.** Бикарбонат натрия и калия, которые переносятся пациентами лучше цитрата, должны назначаться в количестве, достаточном для поддержания общего бикарбоната сыворотки на уровне 21-24 ммоль/л. Иногда для этого требуется большое количество буфера - более 10-15 ммоль/кг в сутки.

**Натрий.** Потери натрия обычно удается компенсировать одновременно с коррекцией кислотно-основного баланса.

**Калий.** Для поддержания концентрации сывороточного калия выше 3 ммоль/л нередко требуется применение препаратов калия в суточной дозе 4-10 ммоль/кг.

**Фосфор.** Гипофосфатемия должна лечиться назначением фосфатов калия и натрия в дозе 0,3-1 г в день. Целью является достижение концентрации фосфатов сыворотки 1,0-1,2 ммоль/л.

**Витамин D.** Так как активность тубулярной 1-альфа-гидроксилазы значительно снижается при цистинозе, возникает необходимость в назначении 1-альфа или 1-альфа-25- (ОН)<sub>2</sub> D<sub>3</sub> (0,1-0,5 мкг в день). Применение этих препаратов контролируется мониторингом уровня кальция сыворотки.

**Карнитин.** Карнитин в суточной дозе 50 мг/кг в 4 приема назначается для коррекции потерь карнитина.

Все вышеуказанные средства должны применяться регулярно, желательно 3-4 раза в

день, для того, чтобы возмещать перманентные потери. Потери воды, калия и натрия могут быть значительно уменьшены назначением индометацина в суточной дозе 1,5-2 мг/кг в 2 приема. Этот препарат применяется при недостаточной эффективности симптоматической терапии. При развитии снижения клубочковой фильтрации индометацин должен быть отменен. В эту стадию болезни уменьшаются и тубулярные потери, в связи с чем назначения электролитов и минералов постепенно отменяются.

Цистеамин (HS-CH<sub>2</sub>-NH<sub>2</sub>) - единственное вещество, доказавшее in vitro и in vivo свою эффективность в качестве супрессора отложения цистина внутри лизосом. Цистеамин проникает в лизосому, где расщепляет цистин на две молекулы цистеина и затем соединяется с одной из них с помощью дисульфидной связи. Образующиеся при этом цистеин-цистеаминовый комплекс и цистеин не нуждаются для выхода из лизосомы в цистинозине. Дисульфидное соединение, являющееся аналогом лизина, переносится через лизино-вый порт. В Северной Америке и Европе цистеамин производится в виде битартрата. Лечение должно начинаться сразу после подтверждения диагноза. Доза постепенно в течение 6-8 недель увеличивается от 0,2 до 1,3 г/м<sup>2</sup> в день. Максимальная доза - 1,95 г/м<sup>2</sup> в день. Цистеамин хорошо всасывается, его максимальный эффект развивается через 1-2 часа и длится не более 6 часов. Поэтому суточная доза должна назначаться в четыре приема. Так как ответ на терапию вариабельный, эффективность и достаточность дозы препарата контролируется определением концентрации цистина в гранулоцитах. Целевым значением через 6 часов после приема очередной дозы препарата является концентрация не выше 1 ммоль 1/2 цистина на 1 мг белка. Своевременная терапия цистеамином доказала свою эффективность в плане замедления снижения почечных функций и улучшения роста у детей с цистинозом в додизализную стадию. Даже при позднем начале терапии возможно улучшение показателей клубочковой фильтрации, однако синдром Фанкони, как правило, не подвергается обратному развитию. Пероральная терапия цистеамином не приводит к растворению кристаллов в роговице. Этого эффекта можно достичь применением содержащих цистеамин глазных капель (0,55% раствор - минимум 4 раза в день).

Цистиноз в стадии терминальной уремии не представляет какой-либо специальной проблемы в плане выбора способа замещения функции почек. В этих обстоятельствах применяются и гемодиализ, и амбулаторный перитонеальный диализ, но методом выбора, как и при других вариантах конечной стадии болезни почек в детском возрасте, является трансплантация почки. В трансплантате никогда не рецидивирует синдром Фанкони, а выявление кристаллов цистина в почечной ткани объясняется их заносом лейкоцитами и макрофагами хозяина. Родственники пациента, являющиеся гетерозиготными носителями цистиноза, могут быть донорами почки, так как это заболевание у них никогда не развивается.

Использование трансплантации почек при цистинозе и значительное увеличение продолжительности жизни больных сделало актуальным вопрос о диагностике и лечении поздних экстраренальных осложнений этой болезни. Сохраняющееся в посттрансплантационном периоде развитие специфического патологического процесса в различных органах и тканях (исключая почечный трансплантат) делает необходимым продолжение терапии цистеамином. При возникновении сахарного диабета, гипотиреоза, мужского гипогонадизма требуется заместительная терапия соответственно инсулином, L-тироксином и тестостероном. Некоторые пациенты нуждаются в заместительной терапии ферментами из-за недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы. При развитии артериальной гипертензии требуется назначение антигипертензивных препаратов. Применение гормона роста показано у пациентов, не достигших 20-летнего возраста. У многих больных необходимо использование ингибиторов протонной помпы для облегчения дискомфорта, связанного как с самим заболеванием, так и с побочными действиями длительной терапии цистеамином.

**Михаил КАГАН,**  
нефролог высшей категории.  
Областная детская клиническая больница.  
Оренбург.

**Елена ЛЕВЧЕНКО,**  
профессор.  
Отделение детской неврологии  
клиники Университета Гастхусберг.  
Леукувен, Бельгия.

**Алексей ЦЫГИН,**  
заведующий отделением нефрологии,  
профессор.  
Научный центр здоровья детей РАМН.

Ведущие специалисты из 23 регионов страны стали участниками всероссийского семинара «Организация работы мобильных хирургических педиатрических бригад», проведенного в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы. Инициаторами встречи были Международный благотворительный фонд помощи детям при катастрофах и войнах и Всероссийский центр медицины катастроф «Защита». И если о деятельности последней организации читателям «МГ» хорошо известно, то о весомом вкладе Международного благотворительного фонда в борьбу за спасение жизни детей, оказавшихся в зонах ЧС, следует рассказать подробнее.

Идея создания постоянной педиатрической хирургической мобильной бригады впервые возникла в 1998 г. после приобретения опыта работы в Армении при Спитакском землетрясении, когда группа детских врачей в составе сотрудников НИИ педиатрии РАМН, НИИ педиатрии и детской хирургии МЗРФ, ЦИТО и московских детских больниц улетела в Ереван и оказывала медицинскую помощь детям в стационарах республики. Главным по организации этой помощи был назначен профессор Л.Рошаль.

Накопленный в Армении опыт показал бесспорную целесообразность создания мобильных педиатрических бригад. Буквально на следующий год случился взрыв поездов на перегоне Уфа - Челябинск, и педиатрическая бригада НИИ педиатрии РАМН и детской городской клинической больницы № 20 им. К.М.Тимирязева улетела в Челябинск. Возглавлял бригаду Л.Рошаль. В 1990 г. - землетрясение в Иране. И опять сотрудники НИИ педиатрии РАМН совместно с детскими хирургами детской городской клинической больницы № 20 им. К.Т.Тимирязева, которая была базой института, бросились спасать пострадавших. Именно после этого сформировалась постоянная педиатрическая хирургическая бригада. И тогда появилась идея создания Международного благотворительного фонда помощи детям при катастрофах и войнах (1992), с целью облегчения многих вопросов, связанных с работой бригады не только в России, но и за рубежом. Отличительной чертой фонда является то, что в нем работают только волонтеры и отсутствуют коммерческие структуры.

Одна из главных задач фонда - приближение специализированной медицинской помощи детям к очагу поражения и усиление ее в тех ЛПУ, куда направляют детей. За прошедшие годы фонд установил прочные контакты со многими ведущими международными организациями. В разные годы филиалы фонда и его представительства помимо регионов России функционировали также в Грузии, Украине и Таджикистане.

Важными вехами в развитии сис-

## Проблемы и решения

# Когда у беды детское лицо

## Как в случае чрезвычайных ситуаций педиатрам придать мобильность, а помощь маленьким пациентам сделать высокоэффективной?

темы организации помощи детям, оказавшимся в чрезвычайных ситуациях, стали, организованные фондом в сотрудничестве с Союзом педиатров России, проведенные в Москве международные конгресс (2000) и форум (2003). Ряд учебных курсов и семинаров были посвящены таким актуальным темам, как лечение краш-синдрома и опасных повреждений у детей. За прошедшие годы фонд совместно с Всемирной ассоциацией неотложной помощи и медицины катастроф (WADEM) провел на своих конгрессах 8 симпозиумов и специальных секций по оказанию медицинской помощи детям при ЧС. Первые - в Стокгольме (1993) и последние - в Амстердаме (2007).

Члены фонда принимают самое активное участие в работе международных организаций по уменьшению последствий аварии на ЧАЭС. Так, например, в 2003 г. в Киеве была проведена Международная конференция «Дети Чернобыля - медицинские последствия и психологическая реабилитация».

Фонд предпринимает значительные усилия для развития и внедрения в практику международной системы координации специализированной помощи детям при катастрофах и войнах. Не случайно в 2003 г. он был номинантом на премию Фонда Хилтон, а бессменный президент Международного благотворительного фонда помощи детям при катастрофах и войнах, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, председатель комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ Леонид Рошаль был удостоен званий «Национальный герой», «Европеец года 2005», «Звезда Европы 2005». В 2007 г. он был номинирован на Нобелевскую премию мира.

Вот как профессор Рошаль отзывается о специализированной помощи детям в чрезвычайных ситуациях и оценивает итоги впервые проведенного в Москве семинара членов мобильных бригад:

- Существующая в России система оказания медицинской помощи при различных катастрофах, и в частности помощи детям, не имеет



достойных аналогов в мире. Ни в одной стране при крупных, например, землетрясениях к очагу никогда и нигде не прибывает специализированный детский мобильный госпиталь и не прилетает специализированная педиатрическая бригада, способная усилить врачебный состав местных госпиталей. И то и другое является достоянием нашей страны. И мы пропагандируем наш опыт везде. За многие годы работы нами показано, что смертность и инвалидность в два раза меньше там, где помощь детям оказываются детскими врачами.

Задачи ВЦМК «Защита» и наши - разные. Мобильный госпиталь «Защиты» и мобильные госпитали МЧС оказывают первую помощь на месте и переводят травмированных в стационары, иногда за сотни километров. Иногда они выполняют и функцию поликлиники-стационарных лечебных учреждений, если разрушены местные стационары. Задача нашей бригады - укрепление кадрового состава местных функционирующих больниц, куда переводятся дети, и оказание им высококвалифицированной медицинской помощи. При крупных катастрофах нигде не хватает высококвалифицированных специалистов, детских врачей.

Ярким примером является землетрясение на Сахалине, в Невельском. Тогда очень оперативно сработали специалисты практического здравоохранения, местной службы медицины катастроф и МЧС. Сначала больные дети были эвакуированы на север острова, а затем оттуда направлены в Хабаровск, Южно-Сахалинск и Владивосток. На этом работа специалистов мобильного госпиталя завершилась, они вернулись домой. Но кто будет помогать большому числу тяжело пострадавших детей, госпитализированных в стационары? Мы прилетели в Хабаровск, куда доставили большинство наиболее тяжелых детей. Совместно с местными врачами работали там почти месяц. Одновременно были и во Владивостоке, и в Южно-Сахалинске. Или другой недавний пример: мобильный госпиталь, размещенный рядом с многопрофильной городской больницей в Беслане, выполнил свою роль в оказании первичной помощи части пострадавших. Но кто должен был оказывать помощь более 250 детям, поступившим почти одновременно в Республиканскую детскую больницу в Владикавказе, которая не имела достаточного числа детских реаниматологов, травматологов, нейрохирургов, комбустиологов?

Постепенно работа нашей специализированной педиатрической бригады расширилась. Мы стали оказывать помощь детям не только в России, но и за рубежом.

Мы также считаем, что и в России, и в других странах необходимо дальнейшее совершенствование оказания специализированной помощи детям в стационарах, в случае возникновения катастроф, при массовом поступлении детей. Ведь не всегда есть необходимость в направлении специализированной педиатрической бригады из центра. Поэтому мы решили создать филиалы фонда в регионах. Основная цель этих филиалов - помощь местным органам здравоохранения в формировании, укомплектовании, обучении и тренинге локальных педиатрических бригад, состоящих из детских общих хирургов, травматологов, нейрохирургов, реаниматологов-анестезиологов, комбустиологов, специалистов детоксикации, педиатров. На наше предложение откликнулись представители 34 регионов. Естественно, нашу работу мы предполагаем координировать с Минздравсоцразвития России и надеемся на его помощь.

А на настоящем семинаре мобильных бригад, организованном фондом совместно с ВЦМК «Защита», на который приехали ведущие специалисты из субъектов Федерации, появилась возможность не только лично познакомиться друг с другом, но и обсудить вопросы взаимодействия, взаимозаменяемости. Мы очень полезно провели время. Пришли к выводу, что для начала в 7 федеральных округах РФ должны быть созданы педиатрические бригады, а затем и в регионах. Нужно создать четкую структуру взаимопомощи.

На семинаре ведущие сотрудники института прочитали лекции по таким актуальным темам, как хирургическое лечение инфицированных ран и краш-синдрома, нейротравмы, оказание этапной специализированной помощи детям при повреждениях внутренних органов и тяжелой сочетанной травме и др. Кроме того, приехавшие специалисты из регионов смогли ознакомиться с нашим институтом, единственным в России, а может быть и в мире, Институтом неотложной детской хирургии и травматологии, где есть не только самое современное оборудование и вертолетная площадка на крыше, но и специалисты, накопившие большой опыт работы. Правительство Москвы построило хирургическо-реанимационный корпус института и оснастило его. Да, корпус дорогой. Но именно такие больницы необходимо строить в России, если мы хотим снизить детскую смертность и инвалидность. И в будущем на их базе можно создавать специализированные педиатрические бригады.

Подготовил  
Леонид ПЕРЕПЛЕТЧИКОВ,  
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: Л.Рошаль выступает на семинаре.

## Конференции

МОООФИ существует уже около 10 лет. Она была создана в те времена, когда медицинские учреждения в России испытывали жестокий финансовый голод. Сейчас положение в здравоохранении заметно улучшилось, тем не менее задача разумно расходовать выделяемые средства по-прежнему актуальна. Этим и занимается Общество фармакоэкономических исследований.

Одним из способов рационального использования финансовых ресурсов в здравоохранении стала система стандартизации лечебно-диагностического процесса в ЛПУ. Ставрополье является одним из немногих субъектов Федерации, где она внедряется уже на протяжении нескольких лет. Накоплен и определенный практический опыт, особенно в таких многопрофильных стационарах, как краевая кли-

# Достоинства стандартизации

В Ставрополе прошла конференция межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ) и Формулярного комитета Российской академии медицинских наук. В ее работе приняли участие группа специалистов Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, члены ставропольского филиала МОООФИ под председательством заведующего кафедрой клинической фармакологии Ставропольской государственной медицинской академии Владимира Батурина, ученые, практические врачи и организаторы здравоохранения Ставрополя, Ростова-на-Дону, Карачаево-Черкесской Республики и других регионов и городов.

ническая больница и муниципальная больница № 2 Ставрополя. Один из дней работы конференции и был посвящен клинко-экономическому анализу управления качеством оказания медицинской помощи посредством внедрения стандартизации. В числе докладчиков по этой проблеме был и главный врач ставропольской го-

родской больницы № 2 Александр Дейнеко.

Стандартизация, подчеркнул он, дает возможность пациенту чувствовать себя в безопасности и получать эффективное лечение, как лекарственное, так и инструментальное. Она помогает и врачу творчески подходить к делу, использовать плодотворно свой клинический опыт.

На конференции состоялся обмен опытом и по другой животрепещущей проблеме: экономическому аспекту лечения редких, тяжелых, в большинстве случаев наследственных заболеваний. К ним относятся гемофилия, рассеянный склероз, болезнь Гоше и другие, которые требуют высокотратного лекарственного обеспе-

чения. Долгое время больные, страдающие этими недугами, своими силами решали проблемы приобретения дорогостоящих, жизненно необходимых для них препаратов. А сейчас для этих больных разработана отдельная государственная программа и создана специальная профессиональная служба в Формулярном комитете РАМН. Минздравсоцразвития РФ взяло под контроль оказание медицинской помощи таким пациентам и снабжение их лекарствами.

Валерий КУЦ,  
внешт. корр. «МГ».

Ставропольский край.

По своей сути бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружная клиническая детская больница» представляет собой единую функционально связанную систему. Концентрация в ней дорогостоящего оборудования позволяет более эффективно его использовать, накапливать опыт выполнения сложных методов диагностики, повышать качество лечения.

Введены в эксплуатацию магнитно-резонансный томограф на 1,5 Тесла, компьютерный томограф, анализаторы газов крови и электролитов, а также биохимический, гематологический, иммуноферментный, иммунохимический анализаторы, приобретена ретинальная педиатрическая камера, оптический когерентный томограф, развернута лаборатория для проведения гистологических и иммуногистохимических исследований.

Внедрены методики электроэнцефалографии, вызванных потенциалов головного мозга (эндогенных, соматосенсорных, акустических, стволовых, зрительных), объективной аудиометрии, электроретинографии, общей плетизмографии и др. Планируется внедрение эндоскопической ультрасонографии, метода магнитной стимуляции центральных и периферических эфферентных путей ЦНС, мультимодальное мониторирование функций головного, спинного мозга и периферической нервной системы в условиях реанимации, оперативного вмешательства, анестезиологического пособия.

Новый импульс переменам придает национальный проект. Он способствует дальнейшему расширению возможностей для оказания дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи на бесплатной основе. В течение 5 лет основные показатели деятельности учреждения имеют позитивную динамику. Выросла рентабельность коечного фонда. Сохраняются относительно низкие показатели летальности (2004, 2005 гг. - 0,1; 2006, 2007 гг. - 0,2) при постоянном росте больных с врожденными пороками развития, ожогами (больше 30% тела), онкогематологическими заболеваниями.

Доля детей с заболеваниями, требующими сложных, комплексных методов диагностики, лечения и реабилитации, увеличилась с 14,1 до 28,9%, в том числе со злокачественными новообразованиями - в 4,8 раза, с ВПР - в 2,1 раза, с заболеваниями эндокринной системы - в 2,2 раза.

Развитие детской хирургии позволило вдвое снизить летальность по стационару, что, в свою очередь, повлияло на уменьшение показателя младенческой смертности на территории автономного округа.

В больнице большое внимание уделяется оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВМП). Мониторинг, проведенный совсем недавно, показал широкий диапазон их востребованности. В прошлом году в 2 раза увеличился объем оказания ВМП пациентам с системными ревматоидными артритом с применением цитокиновой терапии, в 3 раза - с демиелинизирующими заболеваниями нервной системы.

Повышение квалификации специалистов, дооснащение больницы современным диагностическим и лечебным оборудованием позволили к концу 2008 г. расширить спектр технологий по ВМП по 14 профилям с 44 до 57.

В отделении хирургии увеличивается количество операций при сложных пороках желудочно-кишечного тракта у новорожденных детей, которые всё чаще стали поступать на хирургическую коррек-



Опыт и инициатива

# Высокие достоинства высоких технологий

## Новые методики очень востребованы жителями Югры



цию непосредственно из родильных домов. Здесь освоены лапароскопия, цистоскопия, уретроскопия, колоноскопия, хирургическое лечение пороков развития прямой кишки у детей раннего возраста, метод раннего хирургического лечения при высокотемпературных ожогах у детей. Выполняются реконструктивно-пластические операции после лечения распространенных ожогов.

Производится хирургическое лечение пресакральных кист, оперативное лечение кишечных свищей. Внедрен лапароскопический метод лечения кист селезенки у детей, освоен метод диагностической лапароскопии при заболеваниях и пороках развития печени и печеночных протоков с биопсией печени и рентгеноконтрастным исследованием желчных протоков, применяется лапароскопическая пилоромитомия при врожденном пилоростенозе.

За 2006-2008 гг. у детей первого года жизни выполнено более 600

оперативных вмешательств, из них у новорожденных - 172, что составляет 2,2% от всех пролеченных больных хирургического профиля.

Расширен спектр оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии, в том числе оперативное лечение детей с экстремально низкой массой тела.

Отделение травматологии и ортопедии занимается лечением больных с пороками развития, заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. В отделении освоены современные методы остеосинтеза, артропластики тазобедренного сустава, артроскопическая пластика связочно-капсульного аппарата коленного сустава, операции при патологическом вывихе бедра, ацетабулопластика и различные остеотомии таза.

Широко применяются методы удлинения конечностей и исправления их деформации при помощи наружных фиксирующих устройств, а также малоинвазивные методики лечения патологии круп-

ных суставов. Освоена комбинированная костная пластика скользящим кортикальным аутоотрансплантатом.

Разработан уникальный способ хирургического лечения болезни Легг - Кальве - Пертеса и получен патент на это изобретение. С 2007 г. внедрен малотравматичный способ торакопластики по Дональду - Нассу при тяжелых воронкообразных деформациях грудной клетки. Проводится лечение врожденной косолапости по Понсети в рамках мирового стандарта.

В отделе урологии применяются современные оперативные технологии, которые позволяют оказывать ВМП без выезда за пределы округа. Проводится комплексное лечение детей со сложными пороками развития мочевых путей. Внедрены малоинвазивные эн-

доскопические хирургические методы лечения, в том числе устранение нарушений выделительной функции почек у новорожденных.

Врачи отделения офтальмологии обеспечивают раннюю диагностику и лечение ретинопатии недоношенных.

К 2009 г. планируется завершение базового оснащения учреждения медицинской техникой и оборудованием. Приоритетное развитие получат новые виды медицинской деятельности: онкогематология, челюстно-лицевая хирургия, нейрохирургия, оперативная офтальмология, хирургия новорожденных, онкология.

Высокий уровень использования современных технологий, профессионализм медицинских работников и доступность для детей автономного округа получения

высокотехнологичных видов медицинской помощи позволили на треть сократить количество пациентов, направляемых в центральные клиники России.

Необходимо отметить, что сегодня в больнице всё больше внимания уделяется инновационным технологиям, кооперации в научных программах и темах с ведущими клиниками РФ, определению стратегических и прорывных направлений развития педиатрической службы в Ханты-Мансийском автономном округе.

Медицинский персонал с заботой и вниманием относится к юным пациентам. Лучшей оценкой нашей работы является благодарность детей и их родителей за возвращение здоровья, а зачастую и за сохранение жизни.

**Виктор МАНАННИКОВ,**  
главный врач окружной  
клинической детской больницы,  
заслуженный работник  
здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного  
округа - Югры.

Нижневартовск.

**НА СНИМКАХ:** маленькие пациенты поступают сюда даже из роддома; здание больницы радует глаз; новая техника творит чудеса.



# В поисках Бога

В какой части мозга человека базируется религиозное чувство?

Ученые-неврологи в течение длительного времени избегали ставить глобальные вопросы относительно функций мозга, сводя всё к «высшей нервной деятельности». Однако с приходом новых визуальных технологий, таких как позитронно-эмиссионная томография и функциональная магнитно-резонансная томография, отношение к этим вопросам стало меняться. В настоящее время представилась возможность визуализировать отдельные участки мозга в моменты, когда субъект занят каким-либо действием - решением математических задач, сочинением музыки, стихов или просмотром порнографических фильмов.

Усилия по выяснению высших мозговых функций касались не только речи и искусства, но также и религии. Некоторые ученые, например Фрэнсис Коллинз в книге «Речь Бога», используя свои познания в молекулярной биологии и мозговых функциях, утверждает, что существует «персональный Бог» (a personal God). На основании данных антропологии автор книги подчеркивает универсальность поиска Бога среди различных групп примитивных и продвинутых культур в течение многих тысячелетий. Он интерпретирует эту универсальность как намек на то, что некоторые базисные структуры мозга «нуждаются в Боге» (needs God). Ссылаясь на интуитивные ощущения человеком правды и несправедливости, Коллинз предполагает, что эти характеристики также имеют начало во внутренних структурах мозга. Он заключает, что законы морали были «имплантированы» в наш мозг Богом. Однако многие ученые считают, что мораль, альтруизм запрограммированы в мозгу для того, чтобы облегчить человеку социальное поведение для сохранения рода.

Другие ученые, используя те же самые данные, утверждают, что религия есть артефакт эволюции. Ученый-невролог Дэвид Линден (2007), например, недавно высказал предположение, что специфические механизмы посредством эволюционных изменений в структурах мозга объясняют развитие религии так же, как любви, памяти или способности мечтать. В процессе эволюции растущая кора головного мозга покрывает более примитивные его лимбические структуры, регулирующие эмоции, которые, в свою очередь, возвышаются над еще более примитивными стволовыми структурами мозга и связанными с ними гипоталамусом. Линден утверждает, что случайные связи этих частей головного мозга объясняют многие переживания человечества - тревога и другие эмоциональные расстройства возникают в разных частях, приводя к «войне» между высшими «рациональными» центрами и нагруженной эмоциями лимбической системой. Он также считает, что если «изобретательный дизайнер» сформировал головной мозг, то это воистину элегантно, безупречная работа.

Линден предполагает, что нервные механизмы могут лежать в основе религиозных импульсов. А также, что религиозные представления - это своего рода отраженные верования (reflecting beliefs). Речь идет, например, о концепции непорочного зачатия или представлении о Боге, который думает о каждом человеческом существе, что противоречит нашему повседневному представлению о реальности.

В своей недавно вышедшей книге «Душа в головном мозгу»

(The Soul in the Brain) британский невролог Михаэль Тримбл, обращаясь к своей области знаний, эпилепсии, объясняет возможное взаимоотношение между человеческим мозгом и религией следующим образом - религиозность часто предшествует припадкам. Он указывает, что некоторые величайшие религиозные фигуры в истории, возможно, страдали комплексом частичных припадков, которые, как известно, ассоциируются с религиозными воззрениями. Например, описаны экстазические видения святого апостола Павла на пути в Дамаск, когда он пал на землю и в течение 3 дней был слеп. Джозеф Смит, основатель мормонизма, сообщал о случаях потери сознания и утраты речи, во время которых он «обнаруживал себя лежащим на спине со взглядом, устремленным к небесам». Жанна д'Арк заявляла, что «слышала голоса (ангелов), сопровождаемые невероятным сиянием».

Тримбл также вспоминает, что в книге «Разнообразие религиозного опыта» (The Varieties of Religious Experience) психолог Уильям Джеймс еще в XIX веке также придавал большое значение трансам, видениям, слуховым галлюцинациям, ассоциируемым с религией, указывая на невыразимые, измененные состояния сознания у большинства религиозных мистиков. Такие мистические состояния, встречаемые в большинстве религий, поразительно сходны с ментальными состояниями, вызываемыми психоделическими препаратами, такими как LSD или мескалин. В ряде исследований на людях психоделические средства вызывали длительные изменения в религиозном самосознании. Эти данные указывают на молекулярную основу психического статуса. Мы теперь знаем гораздо больше о нейротрансмисмиттерах, которые опосредуют эмоции, например, по результатам изучения действия антидепрессантов, чем от прямых манипуляций с головным мозгом - психоделики, как известно, действуют как агонисты одного из

подтипов серотониновых рецепторов. Так как серотониновые нейроны происходят из соединительных ядер головного мозга, может быть следует сузить исследования биологических причин по крайней мере одного типа религиозности этими немногими клетками.

Тримбл насчитал несколько кандидатов на месторасположение в головном мозгу религиозных, креативных и эпилептических импульсов. Большинство из них расположено в височной доле - области, которая получает существенную «подпитку» из серотониновых нейронов, являющихся, как известно, местом приложения действия психоделических средств. В исследованиях последних лет удалось проиллюстрировать картирование центров речи. Они оказались в теменной и височной областях, а также лобной части. Однако любая экстраполяция этих данных на вероятный вклад в predisposition к религии или креативным способностям была бы в высшей степени спекулятивной.

Тримбл считает, что интеграция активности правой, эмоциональной части головного мозга с левой, аналитической, приводит к возникновению величайших достижений в искусстве. Как считает автор цитируемой статьи в New England Journal of Medicine невролог Д. Спайдер, большинство достижений в науке является продуктом не только чистого разума. У великих ученых, пишет автор, всегда отмечались креативные, артистические способности. Артистический, интуитивный подход очевиден в большинстве абстрактных интеллектуальных открытий, например у Эйнштейна. Нет нужды говорить, что простое деление головного мозга на правую и левую части представляет собой упрощение. Нет нужды также говорить и о том, что, поскольку визуальные технологии и ассоциативное когнитивное тестирование становятся всё более утонченными, мы способны распознавать пути, по которым религиозная и креативная восприимчивость связаны одна с другой, и области в головном мозгу, которые опосредуют эмоции, приходят в расстройство при психических болезнях. Можно только предполагать, какие из этих достижений дадут ответ, где в головном мозгу «базируется» религиозное чувство, если оно существует.

Рудольф АРТАМОНОВ.

**ФГОУ Институт повышения квалификации ФМБА России объявляет конкурс на замещение вакантных должностей профессорско-преподавательского состава на кафедрах:**

- 1. Акушерства и гинекологии**  
заведующий кафедрой - д.м.н., профессор
- 2. Инфекционных болезней**  
профессор - д.м.н. - 1
- 3. Медицины труда, профпатологии и экологии человека**  
профессор - д.м.н., профессор - 1
- 4. Общественного здоровья и здравоохранения**  
доцент - к.м.н. - 1
- 5. Педиатрии**  
ассистент - к.м.н. - 1
- 6. Радиационной медицины, гигиены и радиационной безопасности**  
профессор - д.м.н. - 1.

Приём документов от лиц, проживающих в Москве и Московской области - месяц со дня публикации объявления.

Адрес: Волоколамское шоссе, д. 30, Москва 123182  
E-mail: hrm@medprofedu.ru

Справки по телефону (499) 193-7942 (кадры), факс (499) 193-4569.

# Кардиомиоциты способны делиться

**У амфибии есть качество, которому может позавидовать человек. Это способность сердца к регенерации в случае его заболевания. Немецкий биотехник Феликс Энгель убежден, что сердце человека также способно само вылечить себя.**

В биомире способность амфибии к регенерации сердца является сенсацией. Самоизлечиваясь таким образом, животное спасает себя. Сердечные клетки амфибии способны делиться и производить таким образом здоровые ткани сердца. По такому же принципу должно, по идее, функционировать сердце человека, например после инфаркта, говорит Ф. Энгель. Сегодня такому пациенту можно помочь, если только он приходит к врачу своевременно. Теперь представьте ситуацию, что пациент, перенесший инфаркт, то есть, по сути, инвалид, принимая таблетки, полностью излечивается. Его миокард восстанавливается, и человек продолжает вести нормальную жизнь. Нереально? Отнюдь нет, уверен ученый. Конечно, вся специальная литература доказывает, что взрослые клетки у млекопитающих и тем более у человека делиться не способны, особенно клетки сердца. Приступив к исследованиям, Ф. Энгель понимал, что кроме него никто не верит в регенерацию человеческого сердца. Казалось, что невозможно заставить кардиомиоциты делиться! Для продолжения исследований ученый переехал в США и продолжал опыты снова и снова, теперь уже на сердцах крыс. Снова неудачи... Он готов был признать свое поражение, как вдруг в контрольном эксперименте, который должен был в очередной раз подтвердить утопичность идеи и где ничего не должно было происходить, ученый увидел через микроскоп, что клетки делятся! «Это захватывающее зрелище, - говорит он. - В науке всегда учат, что всё можно запланировать, но все-таки

самые невероятные успехи приходят, когда этого никто не ожидает».

Эта картина делящегося кардиомиоцита млекопитающего может стать началом новой эры в кардиологии. В США Энгелю и его группе удавалось даже контролировать побуждающее деление клетки фактором роста. Энгель, похоже, удивлен происходящим не менее других: «Пока мы не можем объяснить, почему всё так происходит, ведь давно известная молекула никогда не ассоциировалась с делением клетки. Да, она использовалась в борьбе со стрессом и в случае так называемой клеточной смерти, но про деление клетки никто не думал».

36-летнему ученому пророчили блестящую карьеру в Америке, но он решил вернуться на родину, в Германию. Сегодня он работает в научно-исследовательском институте Макса Планка в Бад-Наухайме. Его опыты на крысах успешно продолжают, однако он работает уже с живыми животными. Вызывая искусственным путем инфаркт миокарда и регистрируя повреждение сердечной ткани, он вводит блокатор фермента P38 и фактор роста непосредственно в сердце, где и происходит последующий рост клеток. Поражение сердца действительно уменьшается, остаются лишь незначительные рубцы. В экспериментах с обширным инфарктом большие части сердца также регенерируются!

Ученый полон надежд добиться полной реабилитации пораженного сердца и верит в успех. Тогда безнадежно больные люди, годами ждущие операции по трансплантации, не нуждались бы больше в сердце донора. Это будет происходить медикаментозным путем, над чем и работает сейчас Феликс Энгель.

Юлия ГЕРМАН,  
соб. корр. «МГ».

Германия.

**МУЗ «Центральная городская больница» (г. Радужный)**  
приглашает на постоянную работу:

**ОФТАЛЬМОЛОГА, ОНКОЛОГА.**

*Наличие сертификата специалиста обязательно.*

*З/п согласно штатному расписанию. Жилье предоставляется.*

Тел. (34668) 38-714 - отдел кадров.

Адрес: 2 мкр., д. 31, г. Радужный, Тюменская обл.,  
ХМАО 628464.

Приглашаем Вас посетить наш  
стенд С25 в павильоне 8, зал 3  
на выставке «Здравоохранение  
2008».

Предлагаем Вашему вниманию  
широкий спектр больничной  
мебели и НОВИНКИ года:  
суперсовременный операционный  
стол Promerix и светильники с  
видеокамерой Merilux Vision.

Россия, Москва, Центральный  
выставочный комплекс  
«Экспоцентр»,  
8-12 декабря

Ждем Вас!



**MERIVAARA**  
в России с 1964 г

**Аппарат функциональной диагностики DDFAO**

Аппарат DDFAO (Франция) предназначен для проведения полного обследования органов и систем пациента с выдачей графических отчетов с интерпретацией диагнозов, анализом риска заболеваний и рекомендациями по назначению терапии.

**Основные достоинства DDFAO:**

- Проведение полного функционального обследования организма пациента
- Самое современное трехмерное (3D) представление состояния органов и систем
- Неинвазивное полное обследование пациента всего за **3 минуты!**
- Точность выданного диагноза 79,8% (подтверждено клиническими тестами)
- Полная медицинская сертификация в России, Европе и США
- Моделирование анализов: биохимия, гормоны, нейромедиаторы
- Предложение нескольких вариантов терапии с оценкой эффективности
- Динамическое добавление препаратов и БАД в подсистему назначения лечения
- Программа не требует длительного обучения (интуитивно понятный интерфейс)
- Поддержание базы данных пациентов; ведение статистики посещений
- Привлечение среднего медперсонала и фельдшеров для работы: **квалификация оператора не влияет на точность измерений.**

Регистрационное удостоверение МЗ РФ № 2003/990 от 07.07.2003

Москва ЗАО «Мастер Медия», Тел. +7(495)967-4074 Факс +7(495)951-6870

support@ddfao.ru

www.ddfao.ru

EC 0459 ATTESTATION G-MED class IIa; International Patent N°:  
PCT/FR02/03861

Diesse, Италия

Автоматический анализатор инфекционных заболеваний Chorus

web1: www.diesse.it  
web2: www.diesse.ru

**PIESSE**

**DIXION**

Современные возможности  
для бюджетной медицины

**Магнитно-резонансные томографы  
Dixon Evidence**

- Изменение статуса лечебного учреждения
- Источник стабильного дохода
- Окупаемость за 1,5 года

**Уникальное кредитное предложение!**

**+7(495) 780-0793, 921-44-95; www.dixon.ru**



ГРУППА КОМПАНИЙ ВНИИМИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ:  
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОМБИНИРОВАННОЙ  
ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ  
Вакуумно-роликовый массажер STARVAC SP2

- Вакуумно-роликовый массаж
- Баночный динамический массаж
- Баночный статический зональный массаж

Встроенное программное обеспечение  
Возможность создания и записи собственных  
программ

**ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:**

- Застойно-ишемические и фиброзно-рубцовые изменения мягких тканей
- Отечно-фиброзсклеротическая паникуллопатия
- Миофасциальный болевой синдром
- Артриты и артрозы
- Остеохондроз позвоночника
- Локальные жировые отложения
- Гематомы и рубцы

АльфаСПА, группа компаний ВНИИМИ.  
Эксклюзивный представитель компании  
Sybaritic Inc, США и Medic Systems, Франция,  
в России и странах СНГ.

109240, Москва, Москворецкая наб., д. 2а  
Тел.: (495) 775-2650, Факс: (495) 937-8895  
E-mail: alfaspaspa@alfaspaspa.com  
http://www.vniimi.ru

(495) 775-2650  
alfaspaspa.com

**ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Тропонин Т**  
Визуальные тест-системы

**Кобас h 232**  
Экспресс-анализатор  
кардиомаккеров:

1. Тропонин Т
2. СК-МВ
3. Миоглобин
4. Д-Димер
5. NT-proBNP



ЗАО «РОШ-Москва»  
Тел.: (495) 229-29-99  
www.roche.ru



ООО «Альфа-Диагностика»  
Тел.: (495) 580-29-02  
www.alpha-diagnostics.ru



Межрегиональное информационно-аналитическое управление  
объявляет конкурс на замещение вакантных должностей государственных гражданских служащих

**Отдел финансового, организационного  
и кадрового обеспечения****1. Начальник отдела**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.), не менее 2 лет стажа государственной гражданской службы (госслужбы иных видов) или не менее 4 лет стажа работы по специальности.

**2. Заместитель начальника отдела**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.), не менее 2 лет стажа государственной гражданской службы (госслужбы иных видов) или не менее 4 лет стажа работы по специальности.

**3. Главный специалист-эксперт**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.).

**4. Старший специалист 1-го разряда**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее или среднее специальное образование (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.).

**Информационно-аналитический отдел****1. Начальник отдела**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское или связанное со специальностями «организация здравоохранения» или в сфере информационных технологий), не менее 2 лет стажа государственной гражданской службы (госслужбы иных видов) или не менее 4 лет стажа работы по специальности.

**2. Заместитель начальника отдела**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское или в сфере информационных технологий), не менее 2 лет стажа государственной гражданской службы (госслужбы иных видов) или не менее 4 лет стажа работы по специальности.

**3. Ведущий специалист-эксперт**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское или в сфере информационных технологий).

**4. Старший специалист 1-го разряда**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее или среднее специальное образование (медицинское или в сфере информационных технологий).

**Отдел взаимодействия с территориальными  
управлениями и подведомственными  
учреждениями****1. Начальник отдела**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, в сфере информационных технологий), не менее 2 лет стажа государственной гражданской службы (госслужбы иных видов) или не менее 4 лет стажа работы по специальности.

**2. Главный специалист-эксперт**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.).

**3. Ведущий специалист-эксперт**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.).

**4. Старший специалист 1-го разряда**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее или среднее специальное (медицинское, фармацевтическое, юриспруденция, документооборот, экономика труда, управление персоналом, менеджмент и др.).

**Отдел ввода и обработки информации****1. Начальник отдела**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое или в сфере информационных технологий), не менее 2 лет стажа государственной гражданской службы (госслужбы иных видов) или не менее 4 лет стажа работы по специальности.

**2. Консультант**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое или в сфере информационных технологий).

**3. Главный специалист-эксперт**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое или в сфере информационных технологий).

**4. Ведущий специалист-эксперт**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее образование (медицинское, фармацевтическое или в сфере информационных технологий).

**5. Старший специалист 1-го разряда**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее или среднее специальное образование (медицинское, фармацевтическое или в сфере информационных технологий).

**6. Специалист-эксперт (2 вакансии)**

Требования, предъявляемые к претендентам: высшее или среднее специальное образование (медицинское, фармацевтическое или в сфере информационных технологий).

Прием документов с **19 ноября по 18 декабря 2008 г.** по адресу: **Славянская площадь, дом 4, строение 1, каб. 335, Москва 109074** с 9 до 12 часов и с 14 до 16 часов.

Информацию о конкурсе на замещение вакансий государственной гражданской службы в Межрегиональном информационно-аналитическом управлении Росздравнадзора, в том числе по квалификационным требованиям можно получить по телефону **(495) 698-3981** или на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития **www.roszdravnadzor.ru**

Телефоны  
рекламной службы:  
**608-8544,**  
**608-6980 (факс)**

**МЕДИНВЕСТ**  
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР КОМПАНИИ  
**Philips Medical Systems**

119435 Москва,  
М. Пироговская ул.  
Дом 14, корпус 2  
Тел. : (495) 730 65 65  
Факс : (495) 730 65 58  
WWW : www.med-invest.ru  
E-mail : info@med-invest.com

**merimed**  
**ОСНАЩЕНИЕ ДЕТСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ  
БОЛЬНИЦ ПОД КЛЮЧ**

- Большой выбор цветовых решений
- Европейское производство
- Продуманные детали
- Поставка со склада и под заказ
- Сервисное и гарантийное обслуживание



Варшавское шоссе, д. 42, стр. 1, Москва 115230

Тел./факс: **(495) 782-1503 (многоканальный)**

E-mail: [info@merimed.ru](mailto:info@merimed.ru)

[www.merimed.ru](http://www.merimed.ru)

Помнению израильских психиатров, современному человеку не хватает положительных эмоций. Однажды хорошая знакомая нашей семьи, назовем ее Татьяной, высказала беспокойство по поводу своей дочери-семиклассницы, на которую время от времени нападали приступы беспричинного смеха. По крайней мере, так казалось ее матери.

Моя жена порекомендовала обеспокоенной подружке врача-психиатра, который развеял беспокойство Татьяны. Он сказал, что любой смех, пусть и беспричинный - признак здоровья или по крайней мере хорошего настроения. «Рифмованные поговорки оставьте филологам, - с улыбкой пояснил врач, - но запомните другое: опасен не смех, а внезапная его остановка, когда человек, мгновение назад излучавший благодушие и оптимизм, встает в позу испуганного зверька».

Разумеется, подобные резкие перемены настроения могут свидетельствовать о душевном нездоровье. Однако о Татьяне и ее дочери, которая «смеется без причины», я вспомнил, когда познакомился с бывшим военнослужащим Талем Бен-Дрором. Этот молодой человек уже в течение двух лет лечится у психиатра и посещает психоаналитика. По словам его матери, Таль редко улыбается и еще реже смеется. А началось все в первые дни Второй ливанской войны.

Таль Бен-Дрор служил в бригаде «Голани». Во время атаки на группу бойцов ливанской шиитской организации «Хезболла» один из боевиков поднял руки, объявляя таким образом, что сдается. Таль как раз держал его на мушке своей винтовки, но, понимая, что в сдающихся не стреляют, он пробежал мимо врага. И вот тут случилась трагедия. Оказавшись в прямом смысле в тылу, «сдавшийся» сдаваться передумал и открыл огонь в спину израильским солдатам. Двое друзей Талья были убиты. С тех пор ему постоянно снится тот бой. Он считает себя виноватым в гибели своих боевых товарищей.

За лечение у психиатра и психолога платит, конечно же, не Таль, а Министерство обороны, ибо душевную травму он получил во время прохождения воинской службы.

Взгляд

## «Психолог» в Израиле звучит гордо!

Впрочем, как и «психиатр». Потому что гражданам этой страны живется весьма непросто

Что же касается нашей знакомой Татьяны, то только за одну консультацию у психиатра по поводу ее дочери она выложила 700 шекелей (около 200 долл.).

Дело в том, что в Израиле психиатрическая помощь, как, к слову говоря, и стоматологическая, не входит в обычную медицинскую страховку. Поэтому у гражданина этой страны имеется выбор: он может включить дополнительно в страховку оказание психиатрической помощи (такие страховки в зависимости от количества дополнений именуются «серебряными», «золотыми» и «платиновыми») или, в случае возникновения необходимости, просто пойти к врачу-психиатру и оплатить стоимость приема.

Сегодня в Израиле все психиатры работают в системе больничных касс. Таким образом, была выполнена рекомендация правительства страны от 12 февраля 2006 г. министерствам финансов и здравоохранения о сосредоточении всей психиатрической помощи в административно-профессиональной структуре, которая может не только проверить лицензию врача и реальную квалификацию специалиста, но также и качество предлагаемого им лечения.

Болезнь Бен-Дрора именуется посттравматическим синдромом (ПС). В такие состояния нередко впадают ветераны войн. Во время Первой мировой войны эта болезнь именовалась военным неврозом, а во время Второй мировой войны - боевой психической травмой.

Бывший военнослужащий Таль Бен-Дрор получает комплексное лечение - психиатр лечит послед-

ствия, а психолог работает с причинами, спровоцировавшими проблему. Интересно, что в Израиле в качестве экспериментальной программы лечения ПС одно время предлагалась марихуана. Этим экспериментом руководил профессор Рафаэль Мехулам из Еврейского университета в Иерусалиме. По мнению Мехуламы, в марихуане содержится вещество, способное подавлять нежелательные воспоминания. Однако Бен-Дрор не желал входить в экспериментальную группу. Он лечится традиционными методами, а также «световым лечением», методику которого разработала группа психиатров во главе с доктором Шаулем Шрайдером из тель-авивской больницы «Ихилов». Суть этого лечения заключается в том, что с целью усиления действия психиатрического лекарства на больного его тело помещается перед прибором с излучающим экраном на время от получаса до часа.

Состояние Талья Бен-Дрора улучшается. Он даже подумывает вернуться в армию в качестве сверхсрочника. Тем более что с января 2008 г. армейское командование ввело новый медицинский профиль, позволяющий служить в боевых частях молодым людям, испытывающим проблемы психического и даже психического характера. Такие военнослужащие, конечно же, не могут считаться полноценными бойцами. Предполагается, что они, пережившие психические травмы, будут оказывать техническую или интендантскую поддержку войскам. Одновременно таким военнослужащим будут

предоставляться льготы и послабления, если они столкнутся со сложностями адаптации. Разумеется, их возьмут под особый контроль армейские психологи.

В Израиле весьма качественно поставлена и психологическая служба. В большинстве больниц действуют отделения, оказывающие психологическую помощь. Кроме того, детские психологи присутствуют в штате всех школ и детских садов. В организационном и финансовом отношении такие психологи подчинены муниципалитету, в профессиональном же плане - психологическому отделу Министерства просвещения. Часть времени психолог присутствует в закреплённой за ним школе или детском саду, а остальную часть рабочего дня находится на так называемой психологической станции. Именно там он проводит индивидуальный диагностический и психотерапевтический прием детей. При работе же в школе или детском саду психолог проводит массовое тестирование детей, групповую психологическую работу, консультирование учителей и администрации. Важно заметить, что он не зависит от школьной администрации. Этот факт позволяет ему эффективно выполнять свои основные функции - отстаивать интересы каждого ребенка.

Социальный статус психолога в израильском обществе весьма высок. Это отражается и в стоимости его услуг. Интересно, что психотерапией может заниматься как психолог, так и социальный работник. Однако у психолога часть работы стоит значительно дороже, чем у

социального работника. Мнение психолога обычно имеет больший вес в решении различных спорных вопросов, касающихся его компетенции. Важно заметить, что никакое психологическое обследование ребенка не может проводиться без письменного согласия родителей. Но даже если такое обследование с согласия родителей и было проведено, для предоставления информации о нем администрации школы вновь требуется согласие родителей ребенка. Из этого правила есть только два исключения. Психолог обязан передать информацию социальной службе или полиции, если у него возникает подозрение, что ребенок подвергается насилию и его психическому и физическому здоровью наносится вред. Психолог также обязан передать информацию о состоянии призывника, если она будет запрошена органами, осуществляющими призыв на срочную воинскую службу.

Важно заметить, что в Израиле огромное внимание уделяется трудам российских и советских психологов. Так, в прошлом году в Еврейском университете в Иерусалиме состоялась презентация переведенной на иврит книги крупнейшего российского и советского психолога Льва Выготского «Мышление и речь». На очереди переводы на иврит трудов Александра Лурии, одного из основателей нейропсихологии, и Петра Зинченко, исследовавшего проблему памяти.

В Израиле известно немало случаев, когда на психолога подают в суд за моральный и материальный ущерб, причиненный его действиями. Если суд признает вину психолога, но не находит в его действиях нарушений закона, то наказание может ограничиться выплатой денежной компенсации. Иногда огромной! Поэтому в трудовом соглашении, заключаемом психологом с работодателем, например муниципалитетом, всегда оговариваются условия профессиональной страховки, покрывающей подобные компенсации. В противном случае психолог, не позаботившийся о такой страховке, сам может попасть в ситуацию, когда ему необходима будет помощь коллег.

**Захар ГЕЛЬМАН,**  
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Экспертиза

## Экологический кризис хуже финансового

### К этому приводит наша привычка не учитывать условия окружающей среды

**Мировой финансовый кризис - ничто по сравнению с тем, чем для человечества может обернуться грядущий экологический кризис. К такому выводу пришли эксперты ведущих организаций, занимающихся защитой окружающей среды.**

При нынешних темпах потребления через 25 лет человечеству потребуется еще одна планета, поскольку спрос на природные ресурсы на треть превышает предложение, говорится в докладе, подготовленном Всемирным фондом дикой природы (WWF) совместно с Лондонским зоологическим обществом и организацией Global Footprint Network. Как утверждают эксперты, три четверти населения Земли живет в странах, где потребление настолько высоко, что экосистемы просто не успевают восстанавливаться.

Таким «экологическим должникам» приходится заимствовать лес, воду и прочие природные ресурсы у других стран, порой с ущербом для своих «кредиторов». Как говорится в докладе, безответственная трата «природного капитала» весьма ощутимо отражается на экономическом положении,



приводит к росту цен на продовольствие, воду и энергоресурсы.

«Если наш спрос на ресурсы Земли будет расти такими же темпами, то к середине 2030-х годов

для удовлетворения всех наших потребностей понадобятся две таких планеты», - заявил генеральный директор WWF International Джеймс Лип.

На первых позициях в списке стран, приносящих наибольший урон окружающей среде, - США и Китай. Наносимый ими ущерб природе составляет 40% общемирового. По показателю «расход природных ресурсов на человека» в лидерах опять же США и ОАЭ. Последние строчки занимают Малави и Афганистан.

Так, к примеру, для обеспечения всех нужд среднестатистического британца (пища, одежда, переработка отходов) необходимо 5,3 га поверхности Земли. Эта цифра более чем в 2 раза превышает реально отведенные каждому землянину 2,1 га.

«События последних нескольких месяцев наглядно продемонстрировали, к чему может привести жизнь не по средствам», - прокомментировал доклад президент WWF Эмека Аньяку. «И какими бы ужасными ни были последствия нынешнего финансового кризиса, это ничто по сравнению с надвигающейся экологической рецессией», - добавил он.

Как говорится в докладе WWF, в денежном эквиваленте ежегодно человечество влезает в «экологический долг», то есть уничтожает природных ресурсов на 4,5 трлн

долл. Для сравнения, потери всех финансовых организаций во время кризиса составили 2 трлн долл. - в 2 раза меньше.

Показатель разнообразия форм жизни, по оценкам экологов, за последние 30 лет значительно снизился. За период 1970-2005 гг. количество видов животных и растений в среднем по планете сократилось на 30%. В тропиках эта цифра достигает 51%. Такие данные были получены в результате наблюдения за 585 видами животных в 1333 популяциях на протяжении более чем 30 лет. Видовое разнообразие птиц за тот же период сократилось на 20%. Среди тропических видов эта цифра еще выше.

В докладе также отмечается, что люди зачастую недооценивают собственные потребности, например в воде. Значительная часть воды, потребляемой в таких странах, как Великобритания, расходуется на производство сахара, хлопка, мяса и других товаров.

**Юрий БЛИЕВ,**  
обозреватель «МГ».

По материалам BBC News.



Книгу написал врач

# Им часто было страшно

## Но они спасали людей в самых суровых условиях

В Иваново вышла книга «Наше поколение», посвященная выпускникам Ивановского медицинского института 1961 г. Более 30 лет собирала материалы о своих коллегах «архивариус курса» терапевт высшей категории Надежда Котомина, ее соавтор - кандидат медицинских наук невролог Антонина Козлова.

Мы предлагаем вам выдержки из книги, изобилующей воспоминаниями, стихами, являющейся, по сути, медицинской летописью нескольких десятилетий жизни нашей страны.

...Вот как вспоминает первый год своей трудовой деятельности Луиза Смирнова. Она получила направление в Туву, хотя имела вызов из Ступинского райздравотдела Московской области (в Ступино жил ее жених). Но спорить с госкомиссией по распределению постеснялась и подписала направление.

Из Иваново по железной дороге она доехала до Абакана, а затем нужно было ехать автобусом 450 км по Усинскому тракту до Кызыла, где следовало обратиться в горздравотдел. Сначала дорога шла среди тайги, потом появились редкие села с добротными домами. Начались горы, дорога стала виться серпантинном. Внизу ущелье, горные реки, вид изумительный, дух захватывает от красоты.

Наконец выехали на равнину, и первое встретившееся селение показалось ей каким-то невзрачным. Дома деревянные, крыши какие-то странные, остроконечные. Водитель остановился около столовой, и Луиза прочла название «села» - город Туран. Вот это город! В Ивановской области деревни и то выглядели краше.

Вот в этот-то Туран ее и направили работать фтизиатром.

Больных туберкулезом было много, и Луиза поняла, что ее, приехавшую в Туву одной из первых, направили сюда совсем не зря. Надо сказать, что в институте мы получили хорошую подготовку по туберкулезу на базе областного противотуберкулезного диспансера, где была кафедра ИГМИ. Кроме легочного отделения, было там и внелегочное, в котором лечились больные в основном с костным туберкулезом. (Через десять лет этим отделением стал заведовать наш однокурсник Стас Розов.) В 50-60-е годы XX века в Центральной России туберкулез уже успешно лечили антибиотиками - стрептомицином, паском, фтивазидом. Костный туберкулез лечили оперативным путем,

но менее эффективно. Запущенных внелегочных форм с поражением мозга, почек, желудочно-кишечного тракта в Иваново не было. Эти формы мы изучали лишь по учебникам. А в Туране их хватало, болезнь протекала очень тяжело, и больные были фактически обречены - даже в крупных городах вылечить такой туберкулез крайне сложно. Луиза на всю жизнь запомнила, как умирала 17-летняя тувинка от уремии при туберкулезе почек. Она сжимала ей руки и кричала: «Имги, имги (врач), помоги». Это была первая смерть от туберкулеза, но не последняя в том году...

...Меня направили работать в Бурятию, в Хандагатайский леспромхоз, расположенный в 300 км от Улан-Удэ. В поселке были стационар на 20 коек, родильное отделение и амбулатория для приема поликлинических больных.

Работала я практически круглосуточно: в любое время дня и ночи меня вызывали на дом к заболевшему взрослому или ребенку; в разное время привозили в стационар экстренных больных с лесочастков, которых в лесхозе было шесть, располагались они на расстоянии от 3 до 20 км от центральной усадьбы. Там были фельдшерско-акушерские пункты и фельдшер, если не справлялась, везла больного в участковую больницу. Вызывали меня и на хирургические операции. Я давала эфирный масочный наркоз и следила за состоянием пациента как терапевт. Помогала акушерке при сложных родах, оживляла новорожденных, если они родились в синей или белой асфиксии. Скажу откровенно: мне часто было страшно, когда человек находился между жизнью и смертью.

...Один из случаев очень быстро закончился трагически. Больной С. несколько лет страдал кавернозным туберкулезом легких, периодически были кровохарканья. Лечился он в основном в Республи-

канском противотуберкулезном диспансере Улан-Удэ по 6-8 месяцев, но так как кровохарканье было сильнее, чем обычно, поступил к нам, в участковую больницу. Ему сразу сделали необходимые инъекции, назначили холод, покой, и т.д. Заказали кровь на республиканской станции переливания. Обильное кровохарканье прекратилось через два дня. Он и его жена стали просить, чтобы его отвезли в Улан-Удэ. Опытнейший врач Илья Исаакович сказал, что больной еще нетранспортируемо, но они настаивали, утверждали, что в нашей больнице он умрет, мы ничего не сможем сделать, а в дороге его не разтрясет, так как она уже укатана (был ноябрь), машина в больнице носилочная, «Волга», водитель хороший (водитель и правда был классный). Вроде доводы были разумными, да и боялась я, что больной действительно умрет у нас. Илья Исаакович согласился с трудом. Переложили больного на носилки прямо в палате и поехали осторожно, на малой скорости. Отъехали от поселка совсем недалеко, когда я услышала бульканье, а в следующий момент жену больного окатило кровью - она сидела в кресле у изголовья. Шофер остановил машину, но я даже никаких инъекций делать не стала - было ясно, что больной мертв. Когда через 20 минут после отъезда я вошла в ординаторскую, сама еле живая, Илья Исаакович сразу всё понял. Он не упрекал меня, но и не утешал. Я очень переживала, что пошла на поводу у больного. С другой стороны, если бы это кровотечение случилось в палате, мы всё равно не помогли бы, а в республиканском диспансере его, может быть, и спасли бы. Население нас точно бы осудило, что мы оставили его умирать в участковой больнице. Дня через три Илья Исаакович спросил меня, поняла ли я, что понятие «нетранспортируемый боль-

ной» существует в медицине не зря.

...Однажды фельдшер бурятского улуса, который был расположен в 2 км от Хандагатай, сказала мне, что среди тамошних жителей есть больные с врожденным сифилисом! В 1960 г., когда мы в институте изучали сифилис, в центральных районах России первичного и врожденного сифилиса не было вообще. На занятиях нам не показывали ни одного больного, мы изучали сифилис по книгам и учебным пособиям. Вскоре я вспомнила, что как-то видела в магазине старую бурятку с какими-то странными, плохими, как будто обломанными, передними зубами. Она плохо видела продукты на прилавке и громко переспрашивала продавщицу. Тогда я подумала, что это просто очень старая женщина, и не догадалась, что передо мной больная с врожденным сифилисом - налицо была триада Гетчинсона: дефектные зубы, понижение слуха и зрения. Видела я на улице и несколько очень кривоногих пожилых буряток, но тоже о сифилисе не подумала.

Исторический факт: сифилис завезли в Бурятию старообрядцы, которых выселяли семьями в Сибирь в середине XVII века после церковной реформы патриарха Никона. Вот эти-то переселенцы и заразили бурят сифилисом, которого раньше в Бурятии не было. Он мгновенно распространился среди бурят, в первую очередь бытовым, а не половым путем, учитывая условия их жизни. Через некоторое время появился и врожденный сифилис, а спустя несколько десятков лет численность бурят стала резко падать: женщина с врожденным сифилисом не может рожать полноценных детей, способных к воспроизводству.

В связи с этим у бурят появились новые обычаи. Девушки стремились родить как можно раньше и благодаря этому удачно выйти замуж: ведь каждый мужчина хотел

взять в жены женщину, способную рожать, чтобы иметь собственных детей. Так как было много бесплодных семей, появился обычай «отдавать в дети». Бурятская семья двух детей оставляла себе, а всех последующих отдавала в бездетные семьи, конечно, за калым. Эти обычаи в XVIII веке улучшили демографию бурят, а столетием позже, когда сифилис начали лечить и заболеваемость им снизилась, увеличилось количество девушек, способных к деторождению. В XX веке детей в бездетные семьи уже не продавали, но каждая беременность сохранялась, и вопрос о прерывании беременности в бурятских семьях не стоял.

Около Хандагатай тоже было «семейское» село Ташелан. Расположено оно было на открытом месте у подножия сопки, которая защищала село от северных ветров, хорошо освещалась солнцем. Дома в деревне стояли подковой, внутри которой были ухоженные огороды. Ташеланцы всю округу обеспечивали овощами, выращивали рожь, пшеницу, занимались бортничеством. Жили там семьи Зубакиных, Пушкаревых, Шигиных, Вставских. Почти все были в родстве между собой. Пожилые строго соблюдали все старообрядческие обычаи, молитвы, посты. Вечерами они сидели на завалинках в национальных одеждах. На головах платки, повязанные каким-то особым способом. Вышитые кофты, ситцевые широкие сарафаны, фартуки. Мужчины в домашних рубашках, иногда вышитых. Порты тоже домотканые, старинного покроя. Семьи были многодетные, аборт ташеланские женщины не делали, так как детоубийство считалось тяжелейшим грехом, который не отмолишь. А молодежь в 1961 г. жила уже современной жизнью - училась в школе, носила современную одежду, работала в лесхозе. Некоторые уезжали учиться в Улан-Удэ или Благовещенск, создавали там семьи.

**НА СНИМКЕ: первый год работы в Туране - справа Луиза Смирнова, в центре ее однокурсница Лидия Старова.**

Фото из семейного архива Л.Смирновой.

## Имена и судьбы

За несколько часов до октябрьского переворота, 25 октября 1917 г. полномочия от Временного правительства «по водворению порядка в столице, с подчинением ему всех военных и гражданских властей» получил Николай Михайлович Кишкин. По сути, он стал верховным правителем России.

Первым своим приказом он отстранил от должности за бездеятельность главнокомандующего Петроградским военным округом полковника Г.П.Полковникова и назначил на его место генерала Я.Г.Баградуни.

Однако в тот же день Кишкин вместе с другими министрами Временного правительства был арестован в Зимнем дворце и посажен в Петропавловскую крепость. 26 ноября они подписали письмо председателю Учредительного собрания. Вскоре Кишкин был освобожден.

Чем же медицинское издание заинтересовало это незначительное по меркам того хаоса событие и его главный персонаж-неудачник?

Николай Михайлович Кишкин (1864-1930) окончил медицинский факультет Московского универ-

# Калиф на час

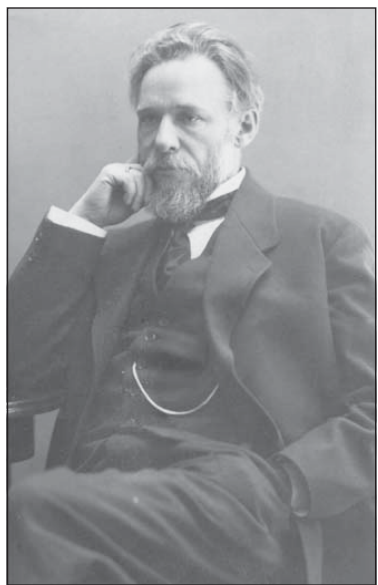
## Блеск и нищета Николая Кишкина

ситета. Вскоре после этого основал в Москве пансион для нервных больных. Он с начала века стал членом Союза Освобождения. Один из лидеров партии кадетов и ее московской группы, член ЦК с 1905 г., занимал левые позиции. Заместитель главноуполномоченного и член Главного комитета (с сентября 1914 г.) Всероссийского союза городов. В апреле 1916 г. на заседании ЦК Партии народной свободы предложил перейти к более активной тактике борьбы с самодержавием.

После Февральской революции 1917 г. комиссар Временного правительства в Москве. В апреле выступал за коалиционное правительство, а в начале июля решительно осудил постановление ЦК своей партии о выходе министров-кадетов из правительства. 12 июля А.Ф.Керенский предложил Кишкину войти в правительство в каче-

стве частного лица, однако это не осуществилось.

Доктор Кишкин - участник совещания общественных деятелей в Москве 8-10 августа, которое учредило для обсуждения текущих политических и экономических вопросов совет общественных деятелей, куда вошел и Кишкин. В начале августа предоставил свою квартиру под тайное совещание, на котором принял самое активное участие в обсуждении намерений генерала Л.Г.Корнилова остановить разруху и «разогнать» Советы. В день корниловского выступления (27 августа) Керенский позвонил Кишкину, пользовавшемуся его личным доверием, и предложил войти в учреждаемую им империю, где тот должен был представлять Москву. При встрече с министром-председателем 28 августа в Петрограде Кишкин, выполняя инструкции ЦК партии ка-



детов, посоветовал Керенскому для предотвращения гражданской войны уйти в отставку, передав власть генералу М.В.Алексееву, или «образовать директорию ... с тем, чтобы Алексеев вошел в ее состав».

30 августа вечером, когда провал корниловского выступления

стал очевидным, Керенский вновь предложил ему войти в состав правительства в качестве министра внутренних дел. Кишкин поставил условие: «Чтобы никто не стоял за плечами и чтобы никакими посторонними влияниями не связывали свободу действий», то есть потребовал полной независимости от Совета РСД. Кишкин получил от Керенского поручение вести от его имени в Москве официальные переговоры.

После освобождения из Петропавловской крепости Николай Михайлович работал в медицинских государственных учреждениях. В 1919 г. за участие в «Тактическом центре» осужден, но вскоре освобожден. В 1921 г. вместе с С.Н.Прокловым и Е.Д.Кусковой организовал Всероссийский комитет помощи голодающим. После его задержания арестован за антисоветскую деятельность; освобожден по амнистии. С 1923 г. работал в курортном отделе Наркомздрава РСФСР, несколько раз подвергался арестам. Ушел на пенсию, но в конце 20-х постановление о пенсии было отменено.

Игорь НИВКИН.

Сокровенное

Юрий КОРНЕЕВ

# Что в памяти моей?

1.  
Проснулось что-то в памяти моей:  
Туманные вдруг ожили картины,  
Таинственны в них облики людей,  
И города... и рощи... и руины...

То тяжкая, нездешняя тоска,  
То вкрадчивая зыбкая тревога  
Приходит на порог издалека  
И вдаль зовет пустынная  
дорога...

В ночную высь я устремляюсь  
вмиг,  
Созвездия прочитаны как руны,  
На оглушительно беззвучный  
крик  
Откликнутся космические  
струны.

И тяжкий груз земного бытия  
Взорвется ликованием полета,  
И чертит небо звездная струя -  
Судьба обезумевшего пилота.

Вскипают реки, исчезают горы,  
Приходит в мир заря уже иная,

И раскрывает дивные просторы  
Разбуженная память родовая.

2.  
И все-таки жизнь - величайшая  
тайна,  
Что будет изведена после меня.  
Уходят века, а твой плач,  
Ярославна,  
Летит из того бесконечного дня.

И слышатся древние песни  
Бояна,  
И вновь повторяется стильный  
рассвет,  
И рать восстает на росистой  
поляне,  
И голову клонит к земле  
Пересвет.

На озере Чудском в пробитых  
полянках  
Колышутся крылья тевтонских  
плащей,  
И льдистого ветра напев  
заунывный  
Несет несмолкающий грохот  
мечей.

Ликуют герои Полтавской  
победы,  
И стелется утро горящей  
Москвы,  
Российской земли все удачи  
и беды  
Летят из столетий на крыльях  
молвы.

Эпохам созвучны простые  
названия:  
Азов, Измаил, Перекоп,  
Сталинград.  
Живут своей жизнью в народных  
преданьях  
Бессмертные подвиги русских  
солдат.

Страна распахнулась на вольных  
просторах,  
И память моя - это вечность ее,  
А годы в набатных летят  
перезвонах,  
И славлю, Россия, я имя твоё!

Москва.

Итоги

## И снова здравствуйте!

Дорогие друзья, наши постоянные участники конкурсов кроссвордистов!

Приносим извинения, что заставили вас ждать дольше обычного. В связи с этим внесем изменения в условия следующего конкурса. Но об этом чуть позже.

А сначала, как всегда, хотим поблагодарить вас за постоянное участие в наших соревнованиях. Вызывают восхищение ваши упорство, азарт, увлеченность, ведь многие продолжают присылать нам письма с ответами и комментариями, даже если знают, что допустили ошибку, и на премию уже не рассчитывают.

«Конкурс с картинками - это интересно, а когда интересно, то надо участвовать и дальше, несмотря на промах», - такое объяснение содержит письмо Михаила Ивановича Онищенко из Люберец Московской области.

А Валентина Георгиевна Попова из С.-Петербурга, как всегда, с присущим ей юмором пишет: «Но я не сдаюсь, а вдруг 2-е место займу».

Это наши постоянные участники. Но, увы, праздник нынче не на их улицах. Премии на этот раз будут

переведены в город Пермь Татьяне АНДРЕЙЧЕНКО, в Старую Руссу Новгородской области Людмиле ВАСИЛЬЕВОЙ и в Новочеркасск Ростовской области Людмиле СЕВИДОВОЙ.

Они финалисты, они же победители. К помощи жребия в этот раз прибегать не пришлось.

Условия нового конкурса несколько облегчены.

Три конкурсных кроссворда мы опубликуем в оставшееся время до Нового года. А ответы на них вы можете прислать в одном письме в течение января.

Премия трем победителям составит 5 тыс. руб. Каждому.

Приглашаем к участию всех читателей, ведь отгадывание кроссвордов - дело увлекательное и развивающее, полезное в любом возрасте. Его можно назвать «изучением мира с помощью черно-белых клеток» - высокими словами, а можно с юмором: «профилактика прогрессирования маразма». Это опять цитаты из ваших писем - авторы здесь уже назывались.

До новых встреч, дорогие друзья!

Редакция «МГ».



## Конкурсный кроссворд № 1

**ПО ГОРИЗОНТАЛИ:** 1. Уклонение избирателей от участия в голосовании при выборах представительных органов, главы государства. 5. Хирургический инструмент для бескровного рассечения или иссечения тканей с помощью токов высокой частоты. 10. Тумба на палубе судна или на пристани для закрепления троса, каната. 14. Левый приток Днепра. 16. Созвучие из двух или нескольких звуков одинаковой высоты, воспроизводимых разными голосами или инструментами. 18. Расширение, наращивание, постепенное усиление, обострение чего-либо. 21. Светлая мечта, призрачное видение. 23. Вид пальмы. 24. Столица государства в Юго-Восточной Азии. 26. Часть древнерусского города, расположенная у подножия горы на низменном месте, обычно около реки. 27. Гипотетическая фундаментальная частица, составляющая андронов. 30. У животных и человека побочный канал, соединяющий сосуды, нервы, выводные протоки, полые органы. 32. Рентгеновское изображение. 35. Сорт слив. 38. Персонаж фильма режиссера М. Козакова «Покровские ворота», сыгранный Е. Моргуновым. 39. Тропический фрукт. 41. Деревянные башмаки. 42. Составление сочинений на основе чужих исследований или чужих произведений без самостоятельной обработки источников.

**ПО ВЕРТИКАЛИ:** 2. Садовое и комнатное травянистое растение с яркими цветками, густо сидящими на ветвях и стебле. 4. Казачий офицерский чин. 6. Горный массив на севере Среднего Урала. 7. Заболевание, связанное с разрастанием костной ткани в среднем и внутреннем ухе. 9. Роман Ж. Санд. 11. Сухой и жаркий, обычно южный ветер на северо-востоке Африки и в Восточном Средиземноморье. 13. Плут, пройдоха, прижимистый человек. 14. Выпаренный досуха сок из листьев различных видов алоэ. 17. В старину намек, недомолвка. 19. Снежная буря. 21. Мера объема жидких и сыпучих тел в Великобритании, США. 25. Гладкокрашеная хлопчатобумажная ткань сатинового переплетения. 26. Кусочек свинца или другого пластичного материала с оттиском печати. 28. Основная административно-территориальная единица в Польше. 33. Птица южных стран отряда голенастых. 34. Переход на более высокую ступень абстракции путем выявления общих признаков предметов рассматриваемой области. 36. Разрушение, выведение из строя объектов военного государственного значения агентами иностранного государства. 37. Собрание всех действующих законов в царской России.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ:** кто изображен в центральном квадрате кроссворда.

Составил Алексей АЛЕКСЕЕВ.

### Ответы на конкурсный кроссворд № 3

**По горизонтали:** 1. Колонтарь. 6. Бухвостов. 10. Купаж. 11. Миксер. 12. Ефимов. 13. Олонхо. 14. Мыт. 15. Дружка. 18. Махараджа. 23. Аббатство. 25. Разумихин. 27. «Уединение». 28. Воронихин. 29. Жалованье. 36. Маузер. 37. Орф. 38. Акушер. 39. Мадера. 41. Авилов. 43. «Нинья». 44. Акселерат. 45. Крыжовник.

**По вертикали:** 1. Кизяков. 2. Тромбон. 3. Раек. 4. Бугримова. 5. Майевтика. 7. Учум. 8. «Воевода». 9. Ваксман. 16. Стамуха. 17. Кистень. 19. Апофема. 20. Журавль. 21. Плутонг. 22. Тынянов. 24. Бод. 26. Хех. 30. Основание. 31. Анофталм. 32. Смехова. 33. Артмане. 34. Саквож. 35. «Орленок». 40. «Дума». 42. Ливр

**КЛЮЧЕВОЕ СЛОВО:** АМОСОВ Николай Михайлович - советский хирург, автор книги «Мысли и сердце».

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

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



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

Дежурный редактор номера - А. ХИСАМОВ.

Справки по тел. 608-86-95. Отдел информации - 608-76-76.  
Рекламная служба - 608-88-64, 608-85-44, 608-69-80 (тел./факс).  
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090  
E-mail: mkgazeta@post.ru (редакция); E-mail: rekmedic@post.ru (рекламная служба); E-mail: info@mgzt.ru (отдел информации)  
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
ИНН 7702036547, КПП 770201001, ОСБ 7811 Мещанское г. Москва, р/счет 40702810738090106416 в «СБЕРБАНКЕ РОССИИ ОАО» г. Москва, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225

Отпечатано в ИД «Медиа-Пресса»: улица «Правды», 24, Москва, 125993  
Срок подписания газеты в печать 11.30.  
Номер подписан в 11.30.  
Тираж 48 210 экз.  
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.  
Тип. № 865087.

Региональная корреспондентская сеть «МГ»: Архангельск (8182) 647417; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 524201; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Смоленск (4812) 387286; Чита (3022) 263929; С.-Петербург 89062293845; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4595420; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675, 48242105.

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

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