

Экспедиции

Десант в Чару

Юбилейная «Ярмарка здоровья» прошла на севере Забайкалья



Врачебный десант в количестве 11 докторов работал на территории Каларского района Забайкальского края несколько дней в середине мая.

Значительную часть экспедиции составляли специалисты детского профиля: травматолог Сергей Тимошенков, эндокринолог Жанна Круглова, уролог Александр Сафронов, хирург Артём Ланцов, офтальмолог Владимир Филиппов, стоматолог Василий Макаров. Взрослых пациентов осматривали невролог Наталья Вторушина, кардиолог Анна Шангина, офтальмолог Вера Порушничак, эндокринолог Наталья Захарова и автор этих строк как сосудистый хирург.

Врачебный десант в операционной Каларской ЦРБ

Интенсивная работа в течение 4 дней проводилась как в районном центре Чара и посёлке Новая Чара, так и на территории района с выездом в Куанду.

Мероприятие «Ярмарка здоровья» на севере Забайкалья, в самом отдалённом районе края, была юбилейная, десятая по счёту. Проект направлен на приближение качественной и доступной медицинской помощи жителям районов Забайкальского края. За третий год существования проекта удалось посетить 10 районов Забайкальского края. Мероприятие крайне востребовано и необходимо

для наших земляков, маленьких и взрослых. Общее количество осмотренных пациентов всех возрастов на сегодня достигло более 3 тыс. человек. Ранняя диагностика сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, вовремя назначенное лечение, направление на дополнительные методики обследования и сложные операции в клиники Читы, оказание экстренной помощи в центральной районной больнице – рабочие дни врачей на выезде пролетели незаметно.

(Окончание на стр. 2.)



Андрей ШКОДА,
главный врач московской городской клинической больницы № 67 им. Л.А.Ворохобова, профессор:
По сочетанию технологий спинальный центр ГКБ № 67 самый оснащённый не только в России, но и практически в мире.

Стр. 5

Вадим ПОКРОВСКИЙ,
руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАН:

Ситуация с распространением ВИЧ в России достигла уровня национальной катастрофы.

Стр. 6



Александр МЯСНИКОВ,
кандидат медицинских наук, доктор медицины США:
Я всегда сравниваю нашу медицину с человеком, у которого под парадным мундиром находится заношенное и дурно пахнущее бельё.

Стр. 7

Итоги

Перевыполнен!

На недавнем заседании правительства Санкт-Петербурга обозначены главные достижения городского территориального фонда обязательного медицинского страхования в минувшем году – устойчивый рост количества оказанных услуг, относящихся к высокотехнологической медицинской помощи, и реальное повышение заработной платы медицинским работникам.

Прежде чем утвердить отчёт об исполнении бюджета ТФОМС, члены правительства заслушали его директора Александра Кужеля, который сообщил, что бюджет государственного финансово-кредитного учреждения, где число застрахованных достигает более 5,3 млн человек, перевыполнен по доходам и расходам. Доходная часть составила 54 млрд 295 млн руб., а расходная – 54 млрд 837 млн.

В ушедшем году по полисам обязательного медицинского страхования работали 135 частных клиник. Так что Северная столица вправе записать в свой актив ещё одно достижение, каковым является беспорочное лидерство в масштабах страны по привлечению «частников» к сотрудничеству в системе ОМС.

Губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко акцентировал внимание членов правительства на качественной работе фонда в сфере предоставления жителям города высокотехнологичных медицинских пособий. В самом деле, объёмы ВМП выросли на 92%, доступность же «высокой» медицины могут проиллюстрировать абсолютные цифры – такую помощь в прошлом году получили 15,5 тыс. петербуржцев.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Профилактика

Болеют, но не лечатся

В Кызыле – столице Республики Тыва врачи регионального сосудистого центра провели общегородскую профилактическую акцию: в один из майских выходных дней они пригласили жителей измерить артериальное давление и получить консультацию кардиолога.

Как показали итоги этой полезной инициативы, распространённость артериальной гипертонии среди городского населения Тывы значительно выше, чем представлялось. А вот уровень медицинской грамотности, напротив,

значительно ниже, чем нужно, и отношение к своему здоровью удручающее. Одним словом, подобные профилактические акции надо бы проводить почаще.

Как сообщили в Минздраве Тывы, на приглашение врачей откликнулись 608 человек в возрасте от 20 до 80 лет. По результатам измерения АД оказалось, что 34% имеют артериальную гипертонию разной степени тяжести. Максимум больных, как среди мужчин, так и среди женщин, в возрастной категории от 50 до 59 лет – в том самом возрасте, когда

чаще всего реализуются риски тяжёлых осложнений гипертонии.

Но гораздо более интересными оказались следующие данные: из 200 больных гипертонией 55% (!) не принимают никаких лекарств, снижающих давление. Они либо вообще не знают цифр своего АД, либо не придают особого значения этим показателям и с упорством, достойным лучшего применения, терпят головную боль.

С каждым из таких пациентов кардиологи провели индивидуальную беседу, снабдили их информационными материалами, сделали первичные назначения и рекомендовали провести углублённое обследование.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Аппарат искусственной вентиляции легких Aeros 4500

- Встроенный компрессор
- Удобное управление и высокая информативность благодаря большому графическому монитору
- Встроенный небулайзер

Специальное предложение!
В наличии на складе

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Пациенты принимают... врачей

В год 70-летия Победы медицинское обслуживание участников Великой Отечественной войны, вдов фронтовиков и тех, кто трудился в тылу, значительно упростилось. Теперь и комплексное обследование здоровья ветеранов, как, например, диспансеризация, часто, проводится медиками на дому.

В составе выездных врачебных бригад – терапевт, невролог, офтальмолог, хирург. Если возникает необходимость, привлекаются медики других специализаций, стоматолог например. К такой работе на выездах привлечены не только врачи поликлинических учреждений, но и специалисты Омского областного госпиталя для ветеранов войн.

В Омске и сельских районах Прииртышья в минувшем году комплексное медицинское обследование прошли почти 6 тыс. участников Великой Отечественной войны и приравненных к ним категорий граждан, и многим из них организовано амбулаторное и стационарное лечение. А с начала нынешнего года каждый из них может вызвать бригаду врачей на дом. На сегодняшний день, сообщили в региональном Министерстве здравоохранения, такой возможностью воспользовалось около 500 человек.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Стресс, депрессия и безысходность

В Республике Хакасия отделение антикризисной психологической помощи подвело итоги первого года работы. Созданный в апреле 2014 г. антикризисный центр сразу стал высоковостребован: уровень стресса в повседневной жизни россиян зашкаливает, депрессивные состояния и гнетущее ощущение безысходности, которые терзают людей, требуют серьёзной помощи медиков. У населения республики появилась возможность либо прийти со своей душевной проблемой на личный приём к специалисту либо воспользоваться услугами врачей, консультирующих по круглосуточному телефону экстренной психологической помощи.

По данным республиканского Министерства здравоохранения, в течение года за помощью в центр лично обратились 1700 человек, ещё 3 тыс. воспользовались телефоном доверия. Примечательно, что лишь 64% тех, кому потребовалась помощь психологов, – абаканцы, остальные – жители районов республики и даже соседнего Красноярского края.

Огромное значение службы экстренного психологического консультирования проявилось во время недавних трагических событий, когда из-за лесных пожаров в Хакасии горели деревни. Бригады психологов и психотерапевтов побывали во всех населённых пунктах, где люди пострадали от огненной стихии. За 2 недели на выезде они провели более 2 тыс. консультаций.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Всем – своё время

Московские поликлиники начинают делить пациентов по степени занятости. Утреннее и вечернее время при записи к терапевту поликлиники оставят только для тех, кто работает. В частности, в поликлинике № 166 два часа в день (8:00–9:00 и 19:00–20:00) планируют «резервировать» для женщин до 55 лет и мужчин до 60 лет. Как объяснили в поликлинике, новый график вводится потому, что у людей, которые с утра до вечера на работе, обычно нет времени, чтобы прийти к врачу днём.

«Утренние и вечерние часы мы резервируем для работающего населения», – заявил столичный вице-мэр по вопросам социального развития Леонид Печатинов.

Чиновник не уточнил, сколько поликлиник в Москве планируется перевести на новую систему записи пациентов. Разделение потока пациентов будет проходить автоматически.

Яков ЯНОВСКИЙ.

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

Экспедиции

Десант в Чару

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Прохладная погода самого северного района Забайкалья компенсировалась тёплым, радушным отношением коллег и благодарным отношением жителей, для которых полёт в Читу не всегда возможен в силу различных причин. Поток пациентов не иссякал до дня отлёта экспедиции. За медицинской помощью люди приехали из нескольких сёл и получили квалифицированные ответы на накопившиеся вопросы. Юбилейная «Ярмарка здоровья» стала рекордной по итогам выезда – всеми специалистами проведено 2096 осмотров пациентов. Хирурги провели 2 операции пациентам с варикозной болезнью и переломом предплечья.

Традиционно, также в десятый раз, во время выезда врачебной бригады одновременно в районе работал с населением директор ТФОМС по Забайкальскому краю, депутат Законодательного собра-

ния Забайкальского края Алексей Бутыльский. Им было принято достаточно большое количество северян с накопившимися проблемами.

По словам главного врача ЦРБ Каларского района Николая Зайкова, прекрасно организовавшего работу и быт коллег из Читы, наш приезд был очень результативным и нужным. Уже в самолёте, взлетая над огромными и загадочными горами, окружающими районный центр, я подумал, что мы ещё вернёмся в этот суровый северный край, где встретили столько добрых и сильных духом людей. Все доктора дружно подтвердили мои мысли и слова.

Алексей САКЛАКОВ,
координатор регионального
проекта «Ярмарка здоровья»,
депутат Законодательного собрания
Забайкальского края,
кандидат медицинских наук.

Забайкальский край.

События

Белый теплоход
с «нефрологическим уклоном»

В Твери серьёзно озабочены вопросами оказания помощи почечным больным

По инициативе местного руководства медицинской отрасли в Твери на днях состоялось расширенное рабочее совещание профильной комиссии Минздрава России по нефрологии. На повестку дня был поставлен серьёзный вопрос – оптимизация оказания медицинской помощи пациентам с почечной недостаточностью и другими заболеваниями нефрологического профиля.

Примечательно, что ведущие федеральные эксперты прибыли в столицу Верхневолжья не совсем обычным способом – на белом теплоходе «Президент», на уютном и просторном борту которого по пути стартовала международная научно-практическая конференция, посвящённая актуальным вопросам нефрологии, диализа, хирургической гемокоррекции и



Евгений Шилов

гемафереза. В областном центре совместная работа лидеров этой специальности продолжилась, и уже на базе Тверского государственного медицинского университета для съехавшихся сюда врачей из самых различных уголков России и ближнего зарубежья высокопоставленными гостями был проведён многопрофильный мастер-класс по обозначенным вопросам. Финалом данных научных мероприятий и стало рабочее совещание профильной комиссии.

Общую картину современного состояния нефрологической службы России на совещании обрисовал президент Ассоциации нефрологов, главный нефролог Минздрава России, профессор Евгений Шилов. Среди прочего он особенно подчеркнул необходимость усиления поликлинического звена в нефрологии. По данным экспертов, квалифицированных специалистов в этой сфере на сегодняшний день катастрофически не хватает. Между тем своевременное выявление хронических болезней почек и органов мочевыводящей системы на ранних стадиях, предотвращение развития тяжёлых осложнений и снижение смертности таких пациентов являются невероятно актуальной задачей современной медицины. Увы, но многолетняя практика показывает, что зачастую появление выраженных симптомов почечной дисфункции свидетельствует о далеко зашедших стадиях нефрологических болезней, когда обычные лекарства уже не в силах помочь пациенту и требуется крайняя мера медицинских мероприятий – диализ. А это влечёт за собой огромное количество трудноразрешимых проблем – количество функци-



«Президент» готов к отплытию

онирующих диализных мест повсеместно не соответствует числу нуждающихся пациентов, расходы на процедуры исчисляются приличными суммами для бюджета,

процент осложнений возрастает в разы, да и кадровый дефицит узкоспециализированных медработников, увы, пока преодолеть не везде получается. В группе риска, как подчеркнул профессор Шилов, остаются пациенты, страдающие повышенным артериальным давлением, сахарным диабетом, с высоким уровнем холестерина в

крови и избыточной массой тела. В продолжение тематической дискуссии главный нефролог Министерства здравоохранения РФ по Центральному федеральному округу Андрей Ватазин, характеризуя работу нефрологической службы центральной России, отметил, что Тверская область занимает средние позиции по основным показателям, что для региона остаются актуальными типичные проблемы развития службы, и в первую очередь – недостаток специалистов-нефрологов. Главный нефролог Минздрава Тверской области, заведующая профильным отделением местной областной больницы Татьяна Мамкина проинформировала участников совещания о том, что с 2006 г. в регионе довольно успешно реализуется целевая программа по раннему выявлению, лечению и профилактике почечной недостаточности. По словам верхневолжского доктора, в настоящее время в областном регистре значатся 640 больных, при этом 270 пациентов являются жителями самой Твери, а 370 лиц проживают в различных районах области. На сегодняшний день все они в целом обеспечиваются необходимыми дорогостоящими препаратами. Профильные отделения нефрологии функционируют в Твери на базе областной клинической больницы и городской больницы № 7. Кроме того, лечением патологии почечно-лоханочной системы у детского населения занимаются в нескольких соматических отделениях детских областной и городских больниц. Несмотря на эти данные, по отчёту регионального Минздрава, число выявленных больных с заболеваниями почек в Тверской губернии за прошедший отчётный

период увеличилось на 150 человек, что ещё раз подтверждает актуальность поставленных на совещании задач по укреплению первичного звена медицинской помощи.

Для Верхневолжья очень актуальны вопросы развития нефрологической помощи населению, – отметил новый глава регионального Минздрава и инициатор совещания, уролог Роман Курынин. – Мы все прекрасно осознаём, что у нас, как и везде, есть кадровые проблемы. Так же, как и по всей стране, невероятно остро стоят вопросы качественной диагностики и раннего выявления пациентов с заболеваниями почек, а также наиболее логичной и правильной организации их дальнейшего лечения.

Большую организационную роль в совместных попытках найти наиболее разумные решения поставленных проблем, по мнению Романа Викторовича, оказывает Тверской медицинский университет, где сконцентрированы самые квалифицированные врачи, знающие эту патологию не только из клинического опыта, но и проводящие серьёзные научные исследования. Именно поэтому верхневолжские организаторы здравоохранения делают ставку на расширение сотрудничества именно с преподавателями-клиницистами университета.

Чтобы создать современную систему оказания нефрологической помощи, нужны совместные усилия профессионального медицинского сообщества и власти, – заключил в финале нефрологических мероприятий в Твери профессор Евгений Шилов. – С этой целью мы и проводим серию подобных совещаний в регионах России. Могу подтвердить, что в Тверской области состоялся очень откровенный, честный и обстоятельный разговор, который, безусловно, будет полезен при формировании «дорожной карты» по этому направлению.

По итогам встречи участники рабочего совещания приняли резолюцию. Одним из её главных пунктов стала необходимость проведения экспертной оценки состояния нефрологической службы Тверской области для оптимизации и повышения эффективности оказания помощи больным с заболеваниями почек. А значит, уже скоро последует практическое продолжение начатой работы.

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Акценты

До средней зарплаты В экономике

Показатели роста средней заработной платы по врачам и среднему медицинскому персоналу по большинству регионов выполнены, заявил на заседании Комиссии при Президенте РФ по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития Российской Федерации министр труда и социальной защиты РФ Максим Топилин. Заседание прошло под председательством главы государства Владимира Путина.

С учётом мнения общественности

«Средняя зарплата в 2013 г. увеличилась в стране на 12,8%, тогда как в основных отраслях социальной сферы эти показатели были значительно выше. В здравоохранении прирост составил более 18%, в образовании – более 23%, в культуре – 21%, – сообщил М.Топилин. – В результате в течение 2013 г. мы впервые за последние годы смогли приблизить соотношение заработной платы в этих ключевых отраслях социальной сферы до средней заработной платы в экономике». Министр отметил, в отдельных случаях темпы прироста заработной платы даже превышали те, которые были заложены в «дорожных картах». Сейчас Минтруд их корректирует.

При том, что в здравоохранении установлены показатели, которые касаются укомплектованности врачебным персоналом, удовлетворённости качеством медицинской помощи, М.Топилин рассказал, что в отдельных регионах субъекты начинают практиковать в качестве оценочных показателей результаты рейтингов и общественных опросов. В целях формирования системы независимой оценки показателей работы медорганизаций этой весной Правительство РФ внесло в Госдуму РФ проект федерального закона, который позволит выстроить стройную систему на уровне субъектов Федерации участия общественных советов

и населения в оценке деятельности организаций, сообщил министр. По его словам, этим законопроектом предусматривается механизм, который будет в обязательном порядке требовать учёта мнения именно общественности и реакции на это мнение со стороны организации.

Дифференциацию в зарплате
проконтролируют

Глава Минтруда сообщил также, что в этом году министерство ставит перед собой задачу завершить работу по профессиональным стандартам в сфере здравоохранения. «Они подготовлены, но их нужно доработать с профсообществом и утвердить, – констатировал он. – При Президенте России сформирован Национальный совет по профессиональным квалификациям. В рамках этого совета мы предполагаем серьёзным образом активизировать работу по доведению разработанных профстандартов».

М.Топилин также сообщил журналистам, что отчитываться о своих доходах скоро будут не только главные врачи медицинских учреждений, но также их заместители и главные бухгалтеры. Министерство подготовило законопроект, по которому они также должны декларировать свои доходы. Кроме этого, размеры зарплаты заместителей главных врачей и главных бухгалтеров будут зависеть от средней заработной платы по учреждению.

Как пояснил глава Минтруда, министерство уделяет серьёзное внимание проблеме дифференциации в заработной плате – сегодня действуют ограничения по соотношению размера зарплаты руководителей и средней зарплаты в социальных учреждениях.

Сейчас эта разница в среднем составляет не более 1 : 4. «Начинали с 1 : 8, а в принципе сейчас в регионах установлены и соблюдаются гораздо более разумные соотношения. Мы продолжаем работу в этом направлении», – сказал М.Топилин.

По его словам, приоритетом для возглавляемого им министерства являются также вопросы демографической политики. «Работа по этому направлению продолжается: работа, связанная с выплатой пособий на третьего ребёнка, с занятостью женщин, которые находятся в отпуске по уходу за ребёнком», – сообщил министр. Он подчеркнул, что в I квартале этого года детей родилось на 3,9 тыс. больше, чем в прошлом году за тот же период. «Мы надеемся, что тенденция закреплена и результаты по итогам года останутся позитивными», – заключил он.

В.Путин поинтересовался, полностью ли обеспечена и своевременно ли поступает во все регионы та часть пособия на третьего ребёнка, которая финансируется из федерального бюджета?

«У нас в этом году между регионами распределено 8 млрд руб. Это полностью обеспечивает потребность субъектов, – ответил М.Топилин. – А в федеральном бюджете запланировано даже больше, и если какие-то изменения будут происходить, будем вносить эти корректировки».

Константин ЩЕГЛОВ.
МИА Сити!

Решения

Открыто и оперативно

Минздрав России создал портал оперативного взаимодействия участников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

По словам директора Департамента информационных технологий и связи Елены Бойко, данная площадка призвана стать эффективным инструментом для организации взаимодействия участников ЕГИСЗ и обсуждения вопросов в сфере информатизации здравоохранения.

«В прошлом году мы подвели промежуточные итоги информатизации здравоохранения в субъектах, основные мероприятия которой проводились в рамках

региональных программ модернизации здравоохранения. Существенные результаты получены по мероприятиям обеспечения рабочих мест медицинскими работниками компьютерным оборудованием, внедрения медицинских информационных систем, – сообщила Е.Бойко. – Необходимо двигаться дальше. А для этого все участники развития ЕГИСЗ (органы управления и организации в сфере здравоохранения, руководители медицинских организаций, врачи, разработчики, эксперты и заинтересованные граждане) должны находиться в едином информационном взаимодействии».

Соб. инф.

Криминал

По подозрению в педофилии



Главное следственное управление Следственного комитета России по г. Москве возбудило уголовное дело в отношении медбрата Детской больницы имени Святого Владимира, подозреваемого в педофилии.

Известно, что уголовное дело возбуждено по признакам преступления, предусмотренного пунктом «а» части 3 статьи 132 УК РФ «насильственные действия сексуального характера». В настоящее время подозреваемый задержан, ему предъявлено обвинение.

Сообщается, что в полицию об-

ратился заведующий одного из отделений больницы с заявлением о преступлении, совершённом его подчинённым. Со слов матери 16-летнего пациента, медбрат совершил насильственные действия сексуального характера в отношении её сына.

В связи с указанным инцидентом Департамент здравоохранения Москвы начал проверку деятельности администраций ряда больниц по подбору и приёму на работу медицинского персонала.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2015

Уважаемые читатели!



mg-podpiska@mail.ru.

Справки по телефонам: 8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.
О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgzt.ru

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету!» Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и весомее заявить о том, что для вас важно. Успехов – и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

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

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте:

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.	количество комплектов								
	пере-адресовки	_____ руб. _____ коп.	тов								
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											

Общественные организации должны помочь совершенствовать систему здравоохранения – к такому выводу пришёл IX Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» – крупное мероприятие, посвящённое охране здоровья населения и формированию здорового образа жизни, который недавно состоялся в Москве.

Один из приоритетов социальной политики

– Вопросы, которые здесь поднимаются, имеют поистине общенациональное значение, – отметил в своём приветственном послании форуму Президент РФ Владимир Путин. – Прежде всего, это укрепление здоровья людей, продвижение ценностей физической культуры и активного образа жизни.

Заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова сообщила, что на приглашение участвовать в форуме откликнулись представители практически всех субъектов РФ, бизнеса и некоммерческих организаций, учёные–практики – «все, кто понимает важность вопросов здравоохранения для россиян». Она зачитала приветствие председателя Совета Федерации Валентины Матвиенко, в котором отмечено, что сохранение и укрепление здоровья граждан является одним из приоритетов государственной социальной политики. Поэтому для повышения уровня здоровья и качества жизни людей необходимо объединить усилия органов государственной власти, общественных организаций, медицинских работников, социально ответственного бизнеса и средств массовой информации в области здравоохранения.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян напомнил, что нынешний год объявлен главой государства годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По его словам, это касается служб здравоохранения, широких слоёв общественности, законодательных органов РФ, всех граждан. В этой связи он подчеркнул, что правительство уже утвердило комплексный план борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в который внесли свой вклад федеральные ведомства, субъекты Федерации и общественные организации. План направлен, прежде всего, на совершенствование профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации. При этом, добавил И.Каграманян, исключительно важным компонентом плана является популяризация здорового образа жизни и формирование гражданской ответственности общества и каждого гражданина за состояние собственного здоровья.

По словам заместителя министра, глава Минздрава России Вероника Скворцова провела ряд совещаний с заместителями губернаторов субъектов РФ, региональными министрами здравоохранения, результатом которых стали планы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне субъектов Федерации. В рамках мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, запланированы тематические программы по телевидению и радио, соответствующий мате-

Деловые встречи

Вот она, основа процветания России

А значит, ее следует укреплять и поддерживать



В ходе работы форума

риал будет размещаться в печатных изданиях. Предполагается ряд культурно-массовых и спортивных мероприятий. В целях повышения уровня квалификации медработников запланировано несколько значимых научно-практических конференций.

Одним из ключевых эффектов снижения смертности и сохранения здоровья населения, сказал И.Каграманян, является диспансеризация. По итогам 2014 г. её прошли более 40 млн человек, что на 16% больше, чем в 2013 г. Треть из прошедших диспансеризацию здоровы, у значительной части выявлены неинфекционные хронические заболевания. Более 5 млн человек направлены на второй этап – углублённое исследование. Представитель Минздрава подчеркнул значимость направленного сосудистого скрининга, который позволил обнаружить профильные заболевания более чем у 1,5 млн граждан, причём выяснилось, что уровень возрастания патологии за год составил почти 10%.

Основные нарушения

Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения рассказал на пленарном заседании форума временно исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко. – Системный подход к проведению контрольных мероприятий позволил нам в 2014 г. увеличить выявляемость нарушений, – сказал он. – В ходе проверок службой зафиксировано, что каждая вторая организация, работающая в сфере здравоохранения, нарушает законодательство.

Анализ структуры нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья показал, что до настоящего времени самыми распространёнными нарушениями остаются доступность и качество медицинской помощи (1135 фактов). Также в 2014 г. выявлено 328 случаев нарушения государственных гарантий в части предоставления граж-

данам бесплатной медицинской помощи и 285 случаев отказа в её оказании.

– Отказы в оказании медицинской помощи являются недопустимыми и вопиющими фактами, – заявил М.Мурашко. – Считаю, что абсолютно у всех участников системы здравоохранения должна быть не только моральная, но и материальная ответственность: в прошлом году Росздравнадзором было назначено административных штрафов в 1,6 раза больше по сравнению с 2013 г. В общей сложности нарушителям их выписано на сумму 73 млн руб.

М.Мурашко подчеркнул, что в 2014 г. при активном участии Росздравнадзора был реализован ряд основополагающих нормотворческих инициатив, направленных на формирование эффективной системы государственного контроля в сфере здравоохранения, защиты прав пациентов. В частности, принятый в конце 2014 г. Федеральный закон № 532 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок» впервые ввёл в Российской Федерации уголовную ответственность за их обращение.

Благодаря данным нововведениям, уже 1 апреля 2015 г. в России было заведено первое уголовное дело по факту оборота фальсифицированных лекарственных средств (на фармацевтическом складе в Люберцах изъят фальсифицированный антигистаминный препарат кларитин). «За подобное правонарушение законодательством предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок от 5 до 8 лет с возможным дополнительным штрафом в размере от 1 до 3 млн руб., и мы считаем, что такие серьёзные меры в отношении злоумышленников

вполне адекватны их деяниям», – подчеркнул М.Мурашко.

Во второй день работы форума Росздравнадзор провёл научно-практический конгресс «Совершенствование системы контроля качества в сфере здравоохранения», в работе которого приняли участие ведущие специалисты службы.

Взаимодействовать с общественностью

Гражданское общество должно формировать общественные институты, которые помогали бы власти вырабатывать чёткую программу государственной политики в сфере здравоохранения, повышать уровень общественного контроля и формировать ту обратную связь, без которой невозможна реализация совместных задач, – заявил на форуме министр РФ Михаил Абызов, ответственный за работу Правительственной комиссии по координации деятельности «Открытого правительства». В связи с этим кабинет министров предложил несколько форматов сотрудничества с общественными организациями. В частности, общественный совет Минздрава России проводит заседания с участием медицинских общественных организаций, представляющих медицинское сообщество, и пациентских организаций, на которых обсуждаются актуальные вопросы здравоохранения. М.Абызов дал высокую оценку мероприятиям по диспансеризации, проведённой в прошлом году. В 2012 г., напомнил он, когда программа диспансеризации начала развиваться, обследования прошли только 5 млн человек. В 2013 г. диспансеризацию прошли более 22 млн человек, в 2014 г. – уже 40 млн. Такой масштабный проект, сказал он, требует очень серьёзного контроля качества, ибо только в этом случае можно ожидать реального результата.

Одним из его индикаторов, уточнил М.Абызов, является статистика по выявлению ранее не диагностированных заболеваний. И прежде всего это статистика сердечно-сосудистых заболеваний. Работа с высоким государственным приоритетом, отметил министр, не может быть качественно реализована без эффективного общественного контроля. Общественные организации должны подключаться к этой работе, прежде всего для того, чтобы отслеживать рациональность расходования средств, выделяемых на проведение оздоровительных мероприятий. С другой стороны, существенным шагом должно стать развитие функций регионального общественного контроля, так как без контроля в регионах невозможна качественная работа

на национальном уровне. В соответствии с майскими указами Президента РФ предусмотрено создание общественных советов при органах государственной власти РФ, что подразумевает под собой создание советов не только при федеральных органах исполнительной власти, но и формирование таких структур при региональных министерствах здравоохранения. В этом году, сказал М.Абызов, федеральная Общественная палата начнёт соответствующую работу, подключая инфраструктуру региональных общественных палат, которые станут инициаторами создания общественных советов. Такая связка будет интегратором взаимодействия общественных организаций и гражданских инициатив с органами государственной власти. Советы объединят такие функции, как обратная связь, объективная оценка деятельности органов власти, функции, связанные с общественным контролем над деятельностью органов власти, и обеспечение вовлечённости гражданского общества в выработку государственных решений.

Большое значение в эффективной системе здравоохранения, отметил М.Абызов, имеет функция контроля и надзора. С одной стороны, её осуществляет Росздравнадзор – федеральное ведомство, контролирующее качество медицинского обслуживания лечебных медицинских учреждениях как федерального, так и региональных подчинений. С другой стороны, функции контроля и надзора осуществляют местные региональные органы власти, которые отвечают за лицензирование лечебных учреждений.

По мнению министра, одну из существенных ролей здесь должно сыграть гражданское общество и общественный контроль, как это происходит в отношении проверок деятельности предпринимателей.

Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» является крупнейшим межведомственным мероприятием, посвящённым вопросам охраны здоровья и формирования здорового образа жизни у населения России.

По словам председателя общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», сопредседателя оргкомитета академика РАН Лео Бокерия, нынешняя встреча позволила наглядно увидеть государственные и общественные проекты, направленные на профилактику здорового образа жизни.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Столичная городская клиника № 67 им. Л.А.Ворохобова – это многопрофильный стационар, который вот уже 56 лет успешно помогает своим пациентам вернуть здоровье. Удерживая планку качества медицинских услуг, клиника постоянно расширяет их направления, чтобы помочь пациентам в случае любых заболеваний.

Больница имеет в своём составе отделения хирургического, травматологического, нейрохирургического, терапевтического, кардиологического, акушерско-гинекологического, эндокринологического и неврологического профилей.

В клинике сформированы региональный сосудистый центр, городские центры спинальной нейрохирургии и диабетической ретинопатии, центры клинических исследований, телемедицины, лабораторной диагностики. Отдельно расположены 2 филиала – роддом и медико-санитарная часть № 60.

Сегодняшний уровень структурных подразделений, в том числе по оказанию высокотехнологической помощи, ставит больницу в ряд лучших мировых клиник. Труд коллектива не раз был оценён по достоинству: на фестивале «Формула жизни» в номинациях «Специалист года» и «За инновации и прогресс», во Всероссийском конкурсе «Призвание» в номинациях «За проведение уникальной операции» и «За создание нового направления в медицине».

С главным врачом профессором Андреем Шкодой разговор начался с обсуждения вопросов о путях развития больницы, в том числе о сотрудничестве с университетской клиникой в Дюссельдорфе. «Дорога» туда была проложена 2 года назад, когда лечебное учреждение впервые раз участвовало в ежегодной выставке в составе московской делегации. А на прошлогоднем выставочном мероприятии был представлен стенд о деятельности центра спинальной нейрохирургии и центра лабораторной диагностики.

Городской центр спинальной нейрохирургии возглавляет Дмитрий Дзукаев, известный нейрохирург. Считается, что по сочетанию технологий спинальный центр ГКБ № 67 самый оснащённый не только в России, но и практически в мире. Достаточно сказать, что он располагает подвижной установкой Body Tom – для выполнения интраоперационной спиральной томографии. Она позволяет проводить предоперационное сканирование непосредственно на операционном столе, интраоперационное сканирование для обновления состояния навигации и послеоперационное сканирование для подтверждения результата.

В числе активных «помощников» в центре – робот-ассистент, устройство, направляющее и контролирующее действия хирурга при установке имплантатов. Здесь же микроскоп с 3D-визуализацией – «глаза» нейрохирурга. Сегодня современная нейрохирургия невозможна без микроскопа с большим увеличением, мощным источником света и трёхмерной визуализацией объекта. Это немецкие операционные микроскопы Moller, они дают увеличение до 15 крат с возможностью видеотрансляции операции. А с помощью навигационной станции можно совершать манипуляции в областях, закрытых для обзора. Сочетание таких инновационных технологий позволяет хирургу установить имплантат в позвоночник пациента с максимальной точностью



Андрей Шкода

доставляется в лабораторию по пневмопочте в минимально короткие сроки (в течение 1-2 минут), что ускоряет выполнение исследований и обеспечивает их качество. При этом возможности оборудования не ограничиваются больничными рамками. Мощности рассчитаны на проведение исследований для всех лечебных учреждений округа, включая поликлиническое звено с использованием штрих-кодирования забранных материалов.

В комплексе больницы недавно организован новый центр, имеющий свидетельство об аккредитации на право проведения клини-



Корпуса больницы

Ориентиры

Главное — ответственность за результат

Такого конкретного принципа придерживаются в московской КГБ № 67 им. Л.А.Ворохобова

и безопасностью. При этом почти полностью исключается вероятность врачебной ошибки, а риск послеоперационных осложнений сводится к минимуму.

В центре спинальной нейрохирургии достижением считается и телемедицина. В прошлом году здесь прошла международная обучающая конференция нейрохирургов с участием специалистов из Германии, Австрии и многих регионов России.

В отделениях травматологического профиля больницы оказывается специализированная травматолого-ортопедическая помощь в полном объёме. Здесь сосредоточена высокотехнологичная медицинская помощь, в том числе эндопротезирование крупных суставов (более 600 в год); все виды данных операций выполняются с применением миниинвазивной техники (в том числе с использованием хирургических доступов, разработанных сотрудниками больницы). Оказание экстренной травматологической помощи проводится в круглосуточном режиме. Более 90% этих операций осуществляется в течение первых суток от момента поступления пострадавших в клинику. Это значительно сокращает количество возможных осложнений.

В мае центр спинальной нейрохирургии, травматологический комплекс и центр лабораторной диагностики представляли больницу на международной медицинской выставке в Казахстане.

В числе инновационных направлений главный врач назвал лабораторную диагностику. Заявки на исследования оформляются лечащим врачом по принципу электронного заказа.

Клинико-диагностическая лаборатория оснащена роботизированной «линейкой», где в автоматизированном виде происходит транспортировка биоматериала и в короткие сроки выдаются результаты по запросу врача на его рабочее место.

Отметим также, что созданная здесь микробиологическая лаборатория не имеет аналогов в России. Она оснащена уникальным комплексом автоматизированной бактериологической лаборатории BD Kiestra, что ускоряет проведение исследований по идентификации возбудителей инфекционных заболеваний и определению их чувствительности к антибиотикам до 1-2 дней. Биологический материал



В операционной спинальной нейрохирургии

ческих исследований, выданное Минздравом России. Предмет клинических исследований – лекарственные препараты, которые со временем будут внедрены в практику. Все сотрудники прошли обучение и имеют сертификаты GCP. Руководит центром профессор Сергей Митрохин.

Серьёзное внимание в клинике уделяется развитию и внедрению методов реабилитации и восстановительного лечения пациентов. Современные отечественные и зарубежные технологии реабилитации позволяют сотрудникам больницы проводить лечение заболеваний различных профилей в максимально короткие сроки и с оптимальным клиническим эффектом.

Прорывные технологии стали для ГКБ № 67 способом успешного развития. Ими подпитываются лечебные отделения благодаря сотрудничеству с медицинскими вузами столицы. Клиническую базу здесь имеют 11 кафедр, на которых работают 17 профессоров, 25 докторов и более 120 кандидатов медицинских наук.

В настоящее время подписано соглашение о сотрудничестве с факультетом фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова. Сотрудничество предполагается на тех направлениях, которые представляют интерес для современной медицинской науки. Для развития лечебного учреждения также налажена связь с Федеральным агентством научных организаций, где совместно разрабатываются современные медицинские модели лечения пациентов больницы.

Принцип коллектива больницы – держать руку на пульсе передового в медицине. Судя по истории, у её руля всегда стояли сильные руководители – Людмила Петропольская, Полина Петрушко, Азамат Раджабов, Александр Адаменко. У истоков многих проектов, которые реализованы сегодня, стоял главный терапевт больницы, а ныне заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников. Каждый из руководителей внёс свой вклад в преобразования, выведшие лечебное учреждение на передовые позиции в столичном здравоохранении. А теперь коллектив старается держать планку на таком же высоком уровне.

В состав руководства больницы входят сотрудники, которые занимаются не только административной, но и практической деятельностью. Хирургию возглавляет молодой профессор Константин Покровский, травматологию – Дмитрий Конев. Первый заместитель Светлана Ведяшкина много лет заведовала эндокринологическим отделением. Заместитель по экономике Ольга Паршенцева хорошо разбирается в проблемах менеджмента здравоохранения. Заместитель по эпидвопросам, профессор, заслуженный врач РФ Владимир Шумилов прошёл 36-летнюю военную школу. Заместитель по общим вопросам Алексей Юрьев имеет подготовку как клиницист. Заместитель по терапии кандидат медицинских наук Алексей Арефьев, по признанию коллег, – кардиолог

от Бога. Вот эти специалисты досконально знают своё дело и работают в единой команде главного врача. А потому развитие больницы идёт по восходящей.

Повышается доступность и качество оказания медицинских услуг пациентам. По Программе модернизации столичного здравоохранения в лечебное учреждение было поставлено более 340 единиц медицинской техники. Всё оборудование введено в действие в максимально короткие сроки. Благодаря коренному техническому обновлению в 2,5 раза вырос объём высокотехнологической помощи, повысился оборот койки, что в конечном итоге привело к снижению финансовых расходов и рациональному использованию коечного фонда. Сейчас в составе больницы 1316 коек, 87 – реанимационных (из них 15 – в родильном доме).

Первая в Москве служба лечения боли появилась именно здесь. Её специалисты стажировались в клинике боли в Израиле. Серьёзное внимание в больнице уделяется развитию и внедрению методов реабилитации и восстановительного лечения. Есть лечебные бассейны, хорошо оснащённый зал ЛФК и реабилитации.

Очень тесное взаимодействие налажено с поликлинической сетью. В прошлом году прошли два медицинских совета со специалистами амбулаторно-поликлинического звена и Станцией скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова. Теперь пациент, выписывающийся из стационара, не остаётся без дальнейшей медицинской поддержки. Эта преемственность способствует более успешному восстановлению здоровья человека. Прежнего «водораздела» стационар – поликлиника не существует. И это главное в непрерывности лечебного процесса. Консультативно-диагностический центр больницы осуществляет консультативный приём населения Северо-Западного административного округа по 15 специальностям и организует плановую госпитализацию пациентов в стационар.

Коллектив больницы строит работу таким образом, чтобы медицинская помощь была оказана в максимальном объёме каждому пациенту и с высоким качеством.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик РАН Вадим Покровский на днях заявил для ряда средств массовой информации, что ситуация с распространением ВИЧ в России достигла уровня национальной катастрофы. По его прогнозу, этот год завершится тем, что в нашей стране будет зарегистрирован миллион инфицированных этим заболеванием. А через 4-5 лет их количество удвоится, и эти цифры наглядно говорят о надвигающейся катастрофе. Он потребовал принять экстренные меры: ввести уроки сексуального просвещения в школах, разрешить заместительную терапию метадонном и организовать систему социальной работы с наркозависимыми.

В ответ московские законодатели обвинили главного борца со СПИДом в... «распространении небылиц». Его назвали «агентом, действующим против интересов России». В Минздраве и ФСКН также выступают против предложенных Вадимом Покровским мер.

Острая тема

Угроза или небылицы?

Вокруг проблемы СПИДа бушуют нешуточные страсти

Жёсткая критика действия властей по борьбе с распространением ВИЧ строится на том, что с начала 2000-х годов в большинстве стран мира эпидемия ВИЧ пошла на спад. Но в России до сих пор обратная ситуация. «На 1 мая 2015 г. диагноз «вирус иммунодефицита человека» был поставлен 933 тыс. россиян, если учитывать 192 тыс. уже умерших от этой болезни, — обнародовал данные В.Покровский. — В нашей стране ежедневно выявляется 300 новых случаев заражения. Думаю, к концу года мы получим миллион официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Если ситуация не изменится, то через 4-5 лет эта цифра удвоится».

По мнению В.Покровского, эпидемия ВИЧ стала реальной национальной угрозой, поскольку вирус наиболее распространён среди самой трудоспособной категории граждан. Сейчас в России ВИЧ-инфицированы 2,5% мужчин в возрасте 30-35 лет и 1,2% женщин того же возраста. «Официальные



Анализы всё чаще подтверждают тревожную тенденцию

данные можно умножить минимум на 2, так как болезнь долго протекает бессимптомно, поэтому множество людей даже не подо-

зревают, что уже заражены», — заявил В.Покровский.

Он констатировал, что россияне пока не считают необходимым регулярно сдавать тесты на ВИЧ, так как в обществе до сих пор существует стереотип, будто вирус угрожает только гомосексуалистам и наркозависимым. Но из выявленных в 2014 г. случаев заражения только 1,2% вызвано гомосексуальными контактами, 57,3% — из-за инъекционного употребления наркотиков, а 40,3% заразились при гетеросексуальных контактах.

В 2014 г. от последствий ВИЧ умерли 24,4 тыс. человек. «Это сравнимо с количеством погибших в ДТП, — сделал вывод В.Покровский. — Но если для борьбы с авариями правительство разработало госпрограмму, то системной борьбой с эпидемией ВИЧ никто не занимается. Нет даже конкретного чиновника, который отвечал бы за это направление». По данным ГИБДД, в 2014 г. на дорогах погибли 26,9 тыс. человек, а Правительство РФ утвердило ФЦП «Повышение безопасности дорож-

ного движения» на 2013-2020 г., выделив 33 млрд руб.

Минздрав России сконцентрировался на лечении тех, кто уже заболел. 18 млрд руб. выделено на закупку лекарств для антиретровирусной терапии, которую получают 200 тыс. из 721 тыс. человек, живущих с ВИЧ. «Бюджет готов лечить около 30%, но из мирового опыта известно: чтобы замедлить любую эпидемию, надо регулярно пролечивать минимум 70% заболевших, — считает В.Покровский. — На то, чтобы проинформировать людей о ВИЧ, выделено всего около 200 млн руб. — 1,5 руб. на человека. Этого недостаточно». Помочь же остановить эпидемию могут только меры, которые хорошо зарекомендовали себя в развитых странах. Но к принятию их российское общество явно не готово...

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Перспективы

Радостное известие получило Министерство здравоохранения Республики Тыва: распоряжением Правительства РФ утверждён план социально-экономического развития региона до 2025 г. Документ предусматривает выделение республике 170 млрд руб. на строительство железной дороги, аэропорта и двух медицинских объектов. Один из них — терапевтический корпус Республиканской больницы № 1. В год 20-летия (!) от начала строительства — в 2016 г. несчастный корпус может-таки быть введён в эксплуатацию.

Так и хочется плюнуть три раза через левое плечо, чтобы не сглазить, ведь это уже не первое намерение федеральной власти помочь Туве завершить великий долгострой, история которого началась в 1996 г.! Глава Тувы Шолбан Кара-оол уже получал аналогичные заверения от заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец и министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой в 2013 г., однако дело так и не сдвинулось с места. Коробка будущего терапевтического корпуса Республиканской больницы № 1 пугает пустыми глазницами окон и каждое лето пышно зарастает бурьяном.

— Сейчас терапевтические отделения располагаются в здании, построенном в 40-50-е годы и давно не соответствует требованиям СанПиН: расчётная площадь в палатах на 1 койку составляет 1,1 м² при норме 7 м². Существенная часть этой проблемы будет решена с переездом в новое здание, на завершение строительства которого необходимо более 630 млн руб., —

Больницы не должны быть ветхими!

Похоже, в Туве завершается великий долгострой

говорит заместитель министра здравоохранения Республики Тыва Кудер Монгуш.

В региональном Минздраве подчёркивают: бесспорно, программа модернизации отрасли позволила значительно улучшить материально-техническое состояние многих лечебных учреждений республики. В то же время 12% зданий медицинских организаций Тувы официально признаны ветхими, а в ряде стационаров условия работы персонала и пребывания пациентов не соответствуют санитарно-гигиеническим нормам. В их числе — терапевтические отделения Республиканской больницы № 1. Именно из-за тесноты нет возможности не только увеличить коечный фонд, но и проводить техническое переоснащение, внедрять методы высокотехнологичной медицинской помощи. В старом корпусе, где ютятся терапия, нет лифта, и санитарам приходится на руках поднимать носилки с тяжелобольными пациентами на второй этаж.

В отличие от автора этих строк, главный врач Республиканской больницы № 1 Вячеслав Ховалыг настроен оптимистично и уже строит планы будущего переезда терапевтической службы учреждения в новые апартаменты:

— В новый корпус мы переведём отделения терапии, кардиологии, ревматологии, эндокринологии, токсикологии и клинко-диагностическое. Появление новых площадей — это прежде всего повышение качества медицинской помощи нашим пациентам, они будут находиться в удобных боксах. С оборудованием, думаю, тоже особых проблем не будет. Что даст населению Тувы введение нового терапевтического корпуса? Определённо можем сказать, что должна снизиться летальность за счёт внедрения новых методов диагностики и лечения эндокринологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Ещё один объект, который попал в список первоочередных социально-значимых строек Тувы — Дзун-Хемчикская центральная кожная больница. Сегодня она также входит в число признанных ветхими. По информации республиканского Минздрава, почти все отделения больницы расположены в аварийных зданиях 1935-1948 гг. постройки. Фактически ЦКБ представляет собой больничный городок из 24 отдельно стоящих корпусов и 8 котельных. Из-за ветхости зданий в помещениях лечебного учреждения невозможно поддерживать не-

обходимый температурный режим, не говоря о санитарных нормах. Инфекционное, туберкулёзное, кожно-венерологическое отделения и морг не имеют собственной канализации, «удобства» во дворе, притом в плохом состоянии. При всём желании администрации построить новый туалет на территории больницы невозможно — нет места.

По словам главного врача Дзун-Хемчикской ЦКБ Дугаар-оола Хертека, необходимость в строительстве нового больничного комплекса в районе острейшая: «Уверен, это повысит качество оказываемой людям медицинской помощи, эффективность использования медицинского оборудования, улучшит показатели рождаемости, исключит материнскую, младенческую и детскую смертность, снизит инвалидность».

Надежды, которые медики и жители Тувы связывают с медицинскими новостройками, настолько велики, что в очередной раз не оправдать их надежды было бы очень некрасиво...

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Статистика

Росстат рапортует

Согласно данным Росстата, к настоящему времени по сравнению с прошлым годом вдвое выросло время ожидания необходимой госпитализации.

Кроме того, ведомство констатирует увеличение количества лиц, вообще не получивших медицинской помощи. При этом статистика фиксирует рост недоверия граждан к отечественной медицине, который говорит о неудовлетворительной работе медучреждений. Тем самым Росстат фактически подтверждает негативные последствия оптимизации здравоохранения, о которых ранее сообщала Счётная палата.

В данное статистическое исследование Росстат включил данные опросов 60 тыс. домохозяйств, тогда как предыдущее обследование охватывало лишь 10 тыс. «Общая оценка гражданами РФ состояния своего здоровья по сравнению с данными 2011 г. несколько улучшилась. Так, в 2014 г. 39% респондентов обозначили состояние своего здоровья как хорошее и очень хорошее — в 2011 г. таких было на 1 процентный пункт (п.п.) меньше. Правда, по сравнению с 2011 г. увеличилось и число тех, кто оценивает своё здоровье как плохое и очень плохое — в 2011 г. таких было 10,9%, в то время как в прошлом — уже почти 12%», — заявил заместитель главы ведомства Константин Лайкам.

В Росстате также отмечают, что в нашей стране заметно сократилась доля граждан, нуждающихся в какой-либо медицинской помощи. Так, в прошлом году лишь 27% опрошенных указали на такую потребность. К слову, в 2011 г. этот показатель был заметно выше — почти 44%. При этом количество всё-таки обратившихся за медпомощью в поликлиники и решивших отказать от этого в течение последних лет не изменилось — 44 и 55% соответственно. Почти на 10 п.п. снизилась и доля тех, кто не обратился за медицинской помощью, хотя и нуждался в ней. Тем не менее количество таких граждан по-прежнему высоко — более трети опрошенных.

Примечательно, что свыше половины населения РФ в качестве причины обращения за помощью указали на самолечение. Правда, в 2011 г. доля таких граждан превышала 70%. Однако за последние 3 года заметно возросла доля тех, кого не удовлетворяет качество работы российских медучреждений (30%), и тех, кто и не рассчитывает на возможность эффективного лечения (22%). Вдвое увеличилось число тех, кто считает, что необходимое лечение можно получить лишь платно.

Что характерно, доля обратившихся за медицинской помощью, но не получивших её увеличилась с 2,3% в 2011 г. до 3,3% в 2014 г. При этом около 36% респондентов в качестве причины не получения медпомощи указали на отсутствие нужного специалиста. Ещё 20% сообщили, что за медпомощью им предложили обратиться к платной медицине. А более 16% респондентов не смогли получить помощь из-за больших очередей на приём.

Алина КРАЗЕ.
МИА Сити!

В то время как с высоких трибун на международных и всероссийских конгрессах медицинскую общественность информируют об очередных отраслевых достижениях – роботической операционной технике, высокотехнологичных эндоскопических операциях, лекарственных препаратах самого последнего поколения, мультисенсорных клинических исследованиях и пр., рядовой пациент стоит в огромной очереди к врачу по месту жительства. Изрядно потрепав себе нервы в ожидании приёма, он, как правило, совершенно не удовлетворяется его результатом: формальное отношение, отнюдь не тактичное обращение и направление к узкому специалисту без каких бы то ни было внятных разъяснений. Иными словами, очень часто в первичном звене у нас трудятся просто-напросто «диспетчеры» с дипломом о высшем медицинском образовании и сертификатом терапевта или педиатра. Своим неординарным взглядом на проблему первичного звена и некоторыми другими соображениями на актуальные темы с читателями «МГ» поделился главный врач ГКБ № 71 Москвы, кандидат медицинских наук, доктор медицины США, представитель известной врачебной династии Александр МЯСНИКОВ.

– Александр Леонидович, в московском здравоохранении планируется создание института семейных врачей. Насколько эта идея перспективна?

– Других вариантов просто нет. Дело в том, что наше здравоохранение не соответствует современной международной отраслевой модели. Иными словами, у нас построен пятый этаж, а предыдущих четырёх не существует – есть центры высокотехнологичной медицинской помощи, крупные специализированные федеральные клиники. Мы привыкли к красивым репортажам об уникальных операциях, но, к сожалению, это всего-навсего телекартинка, не имеющая ни малейшего отношения к общему состоянию здравоохранения.

Залог эффективного функционирования отрасли – первичное звено. Ведь человек, которого прооперировали в крупном федеральном центре на лучшем европейском оборудовании, возвращается к участковому врачу, не способному к адекватному ведению такого пациента. Болезнь то никуда не делась. Операция лишь устранила некоторые её последствия.

Я всегда сравниваю нашу медицину с человеком, у которого под парадным мундиром находится заношенное и дурно пахнущее бельё. Оболочка-то у нас есть, а вот с содержанием – большие проблемы. Необходима покупка нового белья под парадный мундир, однако для нас испокон веков внешнее куда важнее внутреннего...

Терапевт – самый редкий зверь. В нашей стране они уже давно попали в красную книгу – их почти не осталось, счёт идёт на единицы. Широко образованного, грамотного терапевта не найти, в то время как неплохих узких специалистов – сколько угодно.

Поэтому идея московского правительства очень правильная. Начинать нужно с образования. За рубежом любой узкий специалист прекрасно подготовлен общетерапевтически. В этом я полный единомышленник столичного вице-мэра Леонида Печатникова. Я снимаю шляпу перед профессионализмом и смелостью этого человека. Он не заперся в кабинете, а вызвал бурю негодования на себя. Все его идеи – очень правильные и своевременные. Их исполнение – отдельный вопрос. Но поймите, ни одна реформа не проходит без побочных эффектов. А наша медицина просто вымирает. И какими бы красивыми цифрами не прикрывался Минздрав, лучше не будет. Начинать нужно с обучения. Я всегда говорю о том, что настоящие отраслевые реформы могут начаться лишь спустя 6 лет – по выпуску нового поколения врачей, учившихся на западный манер.

Но здесь перед нами возникает другая беда: а кто будет учить, по каким учебникам и пособиям? 90% наших методических рекомендаций – стыд и позор. Не нужно изобретать велосипед. Есть международные документы. Открой Интернет, переведи на русский язык, слегка адаптируй к нашим условиям – вот и всё. Рецепт прост. Так делали все страны.

Точка зрения

У бездны на краю

Пока мы будем говорить, что Запад нам не указ, толку не будет



Медицина – одна. Не бывает медицины советской, американской, индийской или российской.

То, что было у нас в советские времена, давно ушло. На пьедестале сейчас иное: математика, генетика, биостатистика и др. Нужно регулярно самообразовываться, чтобы не выпадать из медицинской обоймы. Знания обновляются с завидной регулярностью. А мы всё делаем анализ кала и смотрим мочу под микроскопом. Я у себя в клинике запретил это делать. Штат больниц раздут, а толку никакого. Это – бессмысленно.

Так что переход на семейную медицину западного образца – необходимость. Другое дело – как это будет исполнено. За рубежом врача общей практики готовят 3 года после вуза. Я сам это проходил. Ты сутками в клинике и должен знать всё: от перкуссии лёгких до проведения аппендэктомии. Семейный врач – это не тот, который лечит семью. Это специалист, способный посмотреть любого в этой семье и выполнить не менее 75% работы узкого специалиста.

А что происходит у нас в поликлиниках? Терапевты просто-напросто распределяют больных по узким специалистам. Спрашивается: а зачем тогда учиться в медицинском вузе, чтобы выполнять такие примитивные функции? Болит спина – к неврологу, одышка – к кардиологу, кашель – к пульмонологу и т.д. Это привело к тому, что мы лишили себя специализированной помощи. Настоящий терапевт справится с 90% всего того, что сегодня перенаправляется к узким специалистам.

– В чём, по-вашему, причина дефицита врачей первичного звена в нашей стране?

– Их никто не готовит. Ординатура по узкой специальности мало что даёт. Когда я был ординатором

в Институте кардиологии, у нас пациента с болью за грудиной из отделения гипертонии переводили в отделение ИБС, а больного после инфаркта при малейшем повышении цифр АД поднимали в отделение гипертонии. Вот таким пинг-понгом мы занимались. Не было систематизированных знаний даже внутри одной специализации. Куда дальше? Это абсурд. Нас учили кардиологии без азотерапии. А за рубежом в ординатуре по кардиологии тебя обязательно обучают проводить все необходимые интервенции, к примеру, поставить кардиостимулятор или, скажем, провести

последнее, двигаясь в таком направлении.

– Преподаватели-клиницисты часто жалуются на административную клинику, которая всячески вытесняет кафедры, фактически не пуская студентов к больным, мотивируя свои действия тем, что держать кафедру не выгодно экономически...

– Это абсурд и позор. Кафедра – это всегда выгодно. Другое дело, что нынешние кафедральные сотрудники в большинстве своём – далеко не асы в практической деятельности. И на помощь с их стороны в лечебном процессе,

как правило, рассчитывать не приходится. Но если они интегрированы в работу клиники – это несомненный плюс. Тем более что кафедра даёт больнице ординаторов.

Именно на молодых врачах за рубежом во многом держится лечебный процесс, они берут на себя основную нагрузку в ведении пациентов. Что характерно, среди них есть своя иерархия – дедовщина в хорошем смысле этого слова. Ординаторы третьего года контролируют своих коллег на втором году обучения, а те, в свою очередь, ординаторов первого года. Опытные доктора всего лишь координируют работу молодых врачей. Если же убрать из зарубежных госпиталей ординаторов, медицина там рухнет.

Остановимся подробнее на преподавателях-клиницистах. Профессор, доцент, кандидат или доктор наук – это всего-навсего учёные звания и степени. Пожалуйста, изучай под микроскопом свои клетки. Ты кандидат наук, а не медицины. В нашей стране далеко не всегда учёная степень свидетельствует о практической подготовке. Скорее наоборот: чем выше твои учёные звания, тем ниже твоя квалификация у постели больного. Ещё мой дедушка – академик Александр Леонидович Мясников всегда говорил: «Лечиться нужно у докторов, а не у кандидатов и докторов наук. Последние – весьма далеки от практической деятельности». Это общий принцип. Разумеется, исключения бывают, но в общем и целом это беда – кто нас сегодня учит.

В советское время, как правило, кафедральные сотрудники по компетенции превосходили городских врачей. Нынешний уровень клинических кафедр – отражение падения общего уровня нашей медицины. Как это ни странно, но сейчас городские врачи зачастую подготовлены лучше. Ко мне в больницу привозят тяжёлых больных, не получивших адекватного лечения в крупных федеральных центрах. Это в корне неправильно. Всё должно быть с точностью до наоборот.

У нас нет стандартов и пособий. В какой-то степени большинство наших профессоров и доцентов – «инвалиды», которые «инвалидируют» население своим лечением, а студентов – педагогикой. Пока мы будем бить себя в грудь, что лучше советской медицины ничего нет, толку не будет. Пока мы будем говорить, что Запад нам не указ, изменения в лучшую сторону не наступят. Демографические показатели в нашей стране так и будут уступать аналогичным на Западе.

И ещё. Раньше у врачей была латынь, сейчас – английский язык. Сегодня врач без знания английского языка – никто. Даже в Турции преподавание на медицинских факультетах идёт исключительно на английском языке. За последние 10 лет они так шагнули вперёд, что просто обидно за нашу страну.

Мы же продолжаем кичиться своей исключительностью. Вот уже 15 лет как я вернулся в Россию. За эти годы мы никак не можем разработать стандарты лечения. Только и делаем, что разрабатываем, в то время как на ненавистном нам Западе эти

документы ежегодно меняются. Я по своей натуре мечтатель и энтузиаст, однако уже чувствую начинающееся эмоциональное выгорание. Поэтому, глядя на Л.Печатникова, я в очередной раз снимаю шляпу. Кто только его не критикует. Практически вся медицинская общественность нашей страны воспринимает его в штыки, а он продолжает гнуть свою линию. Наши доктора и организаторы здравоохранения не хотят меняться. Ведь жить по старинке куда проще и спокойнее.

– На каком уровне, на ваш взгляд, находится этика врачей в нашей стране?

– Да ни на каком. Её просто нет. 90% жалоб пациентов – вопросы этики. У наших врачей, в большинстве своём, напрочь отсутствует этика общения с пациентом. Все эти этические кодексы – формальные бумажки. Комитеты по этике – профанация. Всё пущено на самотёк. Пустая работа. Отмахнуться от пациента и подписать бумажку – куда проще. Это непрофессионально.

И вновь я оглянусь на «отсталый» Запад: там обучаются врачебной этике начиная с первого курса университета. Этические вопросы – сплошь и рядом в билетах. Ни один экзамен без них не обходится. Без должного уровня знаний по этому предмету тебе просто-напросто не дадут университетский диплом. Более того, даже опытные специалисты при прохождении повышения квалификации сдают экзамен по этике. Не сдал – кладёшь лицензию на стол и иди водить такси.

– Престиж терапевтической профессии в нашей стране угрян. Возможно ли его вернуть?

– Конечно. Если этого не произойдёт, не будет и медицины. Но я бы здесь говорил о профессии врача в целом. Во всём цивилизованном мире врач – это каста, элитарная. Когда ты говоришь, что ты врач – к тебе априори возникает огромное уважение. И в сознании обычных людей престиж профессии врача не зависит от клинической специализации. Врач за рубежом – это сытость и достаток при любой власти, уважение и почёт, нравственный ориентир. Вообще, на Западе нет зазорных профессий. Просто стать врачом-профессионалом – на порядок сложнее, чем любым другим специалистом. Поэтому к докторам в цивилизованном обществе – особое почтение и пиетет.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 34 (1886)

(Окончание. Начало в № 36 от 20.05.2015)

Диагностика

Возможность неинвазивной экспресс-визуализации эпидуральной гематомы с помощью КТ и МРТ не должна ослаблять внимания к их неврологической диагностике. Необходимость знать клинику и обоснованно предполагать формирование ЭДГ, тем более отсроченной, остаётся актуальной и сегодня в любой больнице.

Для распознавания ЭДГ с конца XIX века широко используют триаду симптомов: светлый промежуток, гомолатеральный мидриаз, контрлатеральный гемипарез. Выделяют и другую триаду – светлый промежуток, мидриаз и брадикардия. Однако полное проявление классических триад в клинике эпидуральной гематомы встречается не всегда. Патогномоничных клинических тестов для их распознавания нет. Несмотря на известное своеобразие клинической картины ЭДГ, сравнительная редкость проявления строго очерченных симптомокомплексов обуславливает частые затруднения в её клинической диагностике, особенно в первые часы. Однако почти всегда можно выявить признаки, хотя бы ориентировочно позволяющие предполагать развитие именно эпидуральной гематомы.

Диагностика изолированной ЭДГ, не сочетающейся с тяжёлым ушибом головного мозга, основывается прежде всего на характерном для неё трёхфазном изменении сознания (первичная утрата в момент травмы – светлый промежуток – вторичное нарушение сознания). Поэтому, если у больного с черепно-мозговой травмой, поступившего в стационар в ясном сознании или в состоянии умеренного оглушения, в течение ближайших часов, реже – дней, усиливается головная боль, особенно имеющая оболочечный оттенок и локальную избирательность, возникает повторная рвота, появляется сонливость, имеются элементы психомоторного возбуждения, а при динамическом наблюдении отмечается тенденция к замедлению пульса и повышению артериального давления, то имеется основание предполагать компрессию мозга гематомой.

Механизм повреждения – по типу локальной импрессии – с приложением травмирующего агента к боковой поверхности головы (чаще к височной области) и переломом свода черепа (пересекающим борозды оболочечных сосудов) при развитии очаговой симптоматики со стороны одноимённого полушария склоняет к мысли об эпидуральном расположении гематомы. Это предположение может подкрепляться и характером гнездовой патологии, если она проявляется пирамидным гемисиндромом с доминированием пареза руки и слабости лицевого нерва (при типичном расположении эпидуральных гематом). Одностороннее расширение зрачка в стадии компенсированного сдавления мозга встречается гораздо реже и обычно не бывает грубо выраженным.

В диагностике ЭДГ необходимо учитывать, что при ней соотношение степени выраженности общемозговой и очаговой симптоматики варибельно. Наряду с параллелизмом в её развитии часто встречается и диссоциация. При этом у одних пострадавших очаговые проявления значительно опережают общемозговые, у других общие симптомы компрессии мозга доминируют над признаками местного сдавления.

При эпидуральной гематоме коматозное состояние иногда возникает внезапно. Чаще, однако, наступлению комы предшествует более или менее протяжённый период прогрессирования ряда общемозговых и очаговых симптомов. При этом нарастающая головная боль, повторная рвота, возникновение сонливости, психомоторного возбуждения, замедление пульса и ряд других признаков нередко могут служить предвестниками выключения сознания.

Выявление описанных симптомов у пострадавшего с ЧМТ позволяет своевременно (т.е. до наступления глубокого нарушения сознания) предположить наличие эпидуральной гематомы, а также определить показания к операции либо к неотложному уточнению диагноза с помощью ангиографии и поисковых фрезевых

отверстий, если отсутствуют КТ или МРТ.

Наиболее сложно распознавание эпидуральной гематомы у пострадавших, поступивших в стационар в коматозном состоянии. Обычно в этих случаях имеются тяжёлые сопутствующие повреждения мозга либо алкогольная интоксикация, скрадывающие светлый промежуток. Иногда отмечается и сверхострое развитие компрессионного синдрома. В такой ситуации выявление хотя бы элементов светлого промежутка по анамнезу позволяет предположить наличие внутричерепной гематомы.

Брадикардия, порой кратковременная, повышение артериального давления, часто с асимметрией, даже у коматозных больных настораживают на возможность компрес-

сии мозга. Дальнейшее углубление угрожающего состояния, при котором нарушение жизненно важных функций сопровождается возникновением или нарастанием симптомов дислокации ствола (парез зрения вверх, зрачковые и вестибуло-глазодвигательные расстройства, диффузные изменения мышечного тонуса, стволые судороги и др.), косвенно указывает на то, что кома обусловлена сдавлением мозга. Следы травмы на боковой поверхности головы, особенно в височной области, а также перелом височной или теменной кости повышают достоверность наличия эпидуральной гематомы у пострадавшего с выключением сознания. Этому же способствуют притупление звука и локальная болезненность при перкуссии черепа, устанавливаемые у пострадавшего в глубоком оглушении и сопоре по мимическим реакциям.

Преобладание брахиофациального пареза, контрлатерального стороны перелома костей черепа, тем более нарастающего, укрепляет предположение об эпидуральной гематоме. Аналогичное значение может приобретать и гомолатеральный перелому прогрессирующий мидриаз, который в фазах клинической декомпенсации встречается гораздо чаще.

Описанная структура и динамика симптоматики у коматозных больных обосновывают необходимость срочного уточнения диагноза и оперативного вмешательства. Рутинные методы диагностики ЭДГ, такие как краниография и ангиография, бесспорно, уступили лидерство КТ и МРТ.

Краниография при выявлении линейных переломов становится серьёзным опорным пунктом в распознавании ЭДГ. Наиболее характерна трещина чешуи височной кости, особенно идущая поперечно бороздам средней оболочечной артерии. При клиническом развитии компрессионного синдрома она может рассматриваться как показатель разрыва этой артерии. В 90% эпидуральных гематом их расположение соответствует месту костного перелома. Это в равной мере относится к эпидуральным гематомам типичной локализации (височная, височно-теменная, височно-лобная) и атипичного расположения.

Линия перелома, проходящая через лобную кость на основании черепа в переднюю черепную ямку, должна настораживать на возможность формирования эпидуральной гематомы в области лобной доли и её полюса.

Перелом, проходящий вдоль стреловидного шва, указывает на возможность развития оболочечной гематомы сагиттально-парасагиттальной локализации.

Трещина затылочной кости в совокупности с клиническими данными позволяет предположить образование гематомы задней черепной ямки, прежде всего эпидуральной.

Линейные переломы большой протяжённости, уходящие далеко за пределы височной кости, до сагиттального шва и далее, могут указывать на возможность

сочетания эпидуральной и субдуральной гематом. Множественные оскольчатые и вдавленные переломы свода или свода и основания черепа часто сопровождаются образованием эпидуральных или смешанных гематом.

Следует подчеркнуть, что при ЭДГ или даже при клиническом подозрении на её формирование диагностическая люмбальная пункция противопоказана.

На КТ острые эпидуральные гематомы характеризуются двояковыпуклой (рис. 1, 2), реже плосковыпуклой зоной повышенной плотности, прилегающей к своду черепа. Могут также встречаться ЭДГ серповидные, двойные, линзообразные, неправильные, сливные, распространённые и других очертаний. Обнаружение на КТ в гомогенной гиперденсивной ЭДГ изоденсивных или гиподенсивных участков свидетельствует о продолжающемся кровотечении.

Варибельность формы ЭДГ зависит от характера и места кровотечения, объёма излившейся крови, времени между ЧМТ и КТ. Гематома, содержащая свежую несвернувшуюся кровь или лизированную кровь

сроком свыше 2 недель, может иметь одинаковую с мозгом плотность. Толщина ЭДГ зависит от эластичности твёрдой мозговой оболочки, конфигурации костей черепа. Это объясняет тот факт, что лобные, височные и теменно-затылочные ЭДГ имеют наибольшую толщину. В своём большинстве эпидуральные гематомы на КТ простираются между коронарным и лямбовидным швами.

В зависимости от локализации и размеров ЭДГ характеризуется большим или меньшим масс-эффектом с соответствующим смещением срединных структур в противоположную сторону, деформацией желудочковой системы, сдавлением конвексальных субарахноидальных пространств и базальных цистерн. Данные КТ обычно коррелируют с клинической фазой сдавления головного мозга, а порой даже опережают её.

Критические цифры смещения прозрачной перегородки (> 15 мм), развитие дислокационной гидроцефалии с компрессией гомолатерального ЭДГ бокового желудочка и резким расширением контрлатерального, грубая деформация или отсутствие визуа-

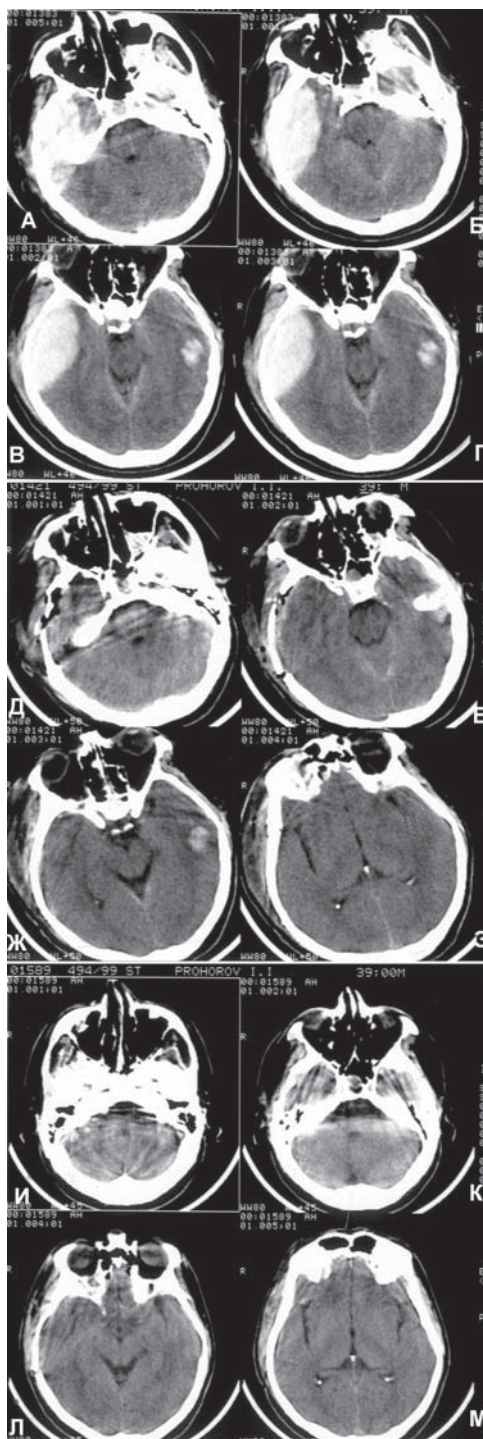
Травматическая
эпидуральная гематома

Рис. 1. Острая эпидуральная гематома в правой височной области у пострадавшего 39 лет. КТ: А-Г – при поступлении, линзообразная гиперденсивная зона с чёткими границами, занимающая правую височную область с переходом на основание; в левой височной области – очаг геморагического ушиба; Д-З – спустя 2 суток после костно-пластической трепанации и удаления гематомы; на её месте расправившееся вещество мозга; И-М – спустя 3 недели после операции, очаг ушиба слева разрешился.

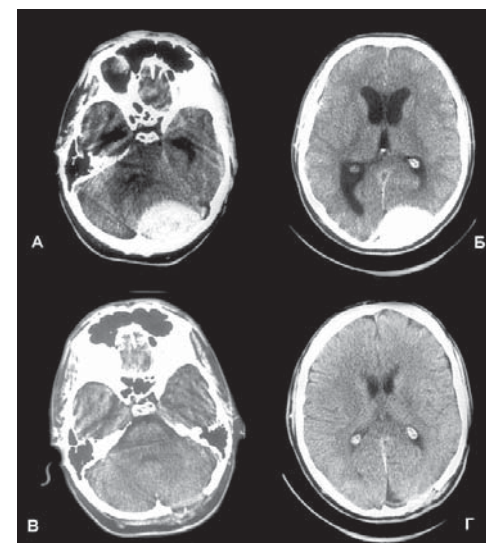


Рис. 2. Подострая эпидуральная гематома задней черепной ямки с супратенториальным распространением. КТ: А, Б – до операции, линзообразная гиперденсивная зона гомогенной структуры с чёткими контурами, примыкающая к чешуе затылочной кости слева, сдавление и смещение IV желудочка (А), окклюзионная гидроцефалия с расширением III и боковых желудочков (Б); В, Г – через 10 суток после удаления гематомы, полное расправление ранее сдавленного левого полушария мозжечка и визуализация IV желудочка (В), регресс окклюзионной гидроцефалии (Г); клиническое выздоровление.

лизации охватывающей цистерны – чёткие КТ-критерии угрожающего состояния пострадавшего.

В диагностике ЭДГ особенно важна КТ-динамика, которая позволяет обнаруживать опасное увеличение объёма кровоизлияния или формирование отсроченных ЭДГ.

КТ способна выявлять ЭДГ любой локализации и размеров, кроме изоденсивных. Одновременно КТ хорошо определяет сопутствующие мозговые и черепные повреждения. Если в толще гиперденсивной ЭДГ обнаруживаются пузырьки воздуха, то эти данные КТ свидетельствуют о переломе основания черепа или ячеей сосцевидного островка.

На МРТ эпидуральные гематомы определяются как объёмные сферические образования, отслаивающие твёрдую мозговую оболочку – тонкую полосу пониженной интенсивности сигнала между гематомой и мозговым веществом (рис. 3). Острые эпидуральные гематомы выглядят изоденсивными на томограммах по T1 и гиперинтенсивными на томограммах по T2; в подострой и хронической стадиях они становятся гиперинтенсивными на обоих режимах сканирования. В дальнейшем контрастность ЭДГ практически не меняется.

МРТ превосходит КТ по выявляемости изоденсивных и малых эпидуральных гема-

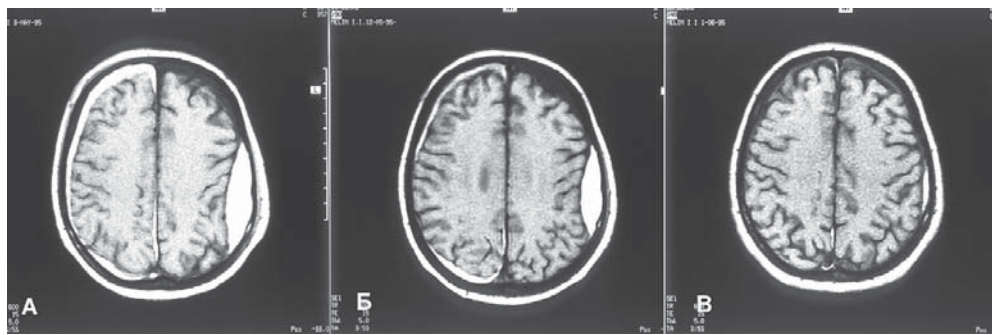


Рис. 3. Подострая эпидуральная гематома в левой теменной области и пластинчатая субдуральная гематома над правым полушарием у пострадавшего 60 лет. МРТ (режим T2): А – 10-е сутки после ЧМТ в левой теменной области определяется гиперинтенсивное образование линзообразной формы, его внутренний контур подчеркнут ободком гипоинтенсивного сигнала (уплотнённая твёрдая мозговая оболочка) – эпидуральная гематома; узкая протяжённая зона повышенной интенсивности сигнала, распространяющаяся над всем правым полушарием мозга – субдуральная гематома; Б – 28-е сутки, уменьшение размеров гематом; В – 46-е сутки после ЧМТ, резорбция эпидуральной и субдуральной гематом; хорошее восстановление.

том и часто позволяет дифференцировать эпидуральные гематомы от субдуральных по характерному полосчатому изменению интенсивности сигнала от оттеснённой кровью твёрдой мозговой оболочки. МРТ незаменима для визуализации состояния ствола мозга. Данные динамики КТ и МРТ необходимо использовать для контроля за результатами лечения ЭДГ.

Хирургическое лечение

В подавляющем большинстве наблюдений острой и подострой ЭДГ имеются абсолютные показания для неотложного хирургического вмешательства, к которым относятся:

- 1) клинические признаки выраженного сдавления головного мозга;
- 2) повторное нарушение или углубление выключения сознания с наличием развёрнутого или стёртого светлого промежутка;
- 3) объём супратенториальной ЭДГ (по данным КТ или МРТ) – более 30 мл при височной локализации, более 40 мл при иной локализации, объём субтенториальной ЭДГ – более 20 мл, либо толщина её более 1,5 см независимо от клинической фазы черепно-мозговой травмы, в том числе при асимптомной гематоме;
- 4) наличие хотя бы одного из следующих КТ- или МРТ-признаков: латеральное смещение срединных структур более чем на 5-7 мм; выраженная деформация базальных цистерн; грубая компрессия гомолатерального бокового желудочка, дислокационная гидроцефалия, независимо от локализации и объёма гематомы, если они обусловлены последней, а не сопутствующими повреждениями черепа и мозга;

Ихтиозы – наиболее распространённая форма кератозов, составляющая, по данным разных авторов, 80-95% от всех форм генодерматозов.

Этиология и патогенез

Однозначного взгляда на этиологию и патогенез ихтиоза нет, данные источников литературы зарубежных и отечественных исследователей весьма противоречивы.

Одна группа авторов склоняется к тому, что возможны нарушения в процессе транскрипции, что, в свою очередь, влияет на экспрессию профилагрина (основного белка кератогиалиновых гранул, связывающего кератиновые филаменты).

Работы других авторов свидетельствуют о вовлечении в патогенез ихтиоза нескольких маркёров кератинизации – инволюкрина, цитокератинов. Клинические проявления заболевания достаточно типичны и характеризуются тремя основными компонентами: шелушение, фолликулярный гиперкератоз, гиперлинеарный рисунок ладоней.

Лечение больных ихтиозом остаётся сложной задачей. Долгое время единственным эффективным препаратом являлись производные витамина А, приём которых, как правило, сопровождается развитием побочных эффектов. Учитывая вышеизложенное, задачей врача является подобрать такую симптоматическую терапию, которая характеризовалась бы индивидуальным вариантом кратности и дозирования лекарственных препаратов и отсутствием побочных реакций.

Ихтиозы относятся к группе генодерматозов с герминативными мутациями, в основе которых лежат нарушения процессов кератинизации, связанные с патологической экспрессией профилагрина.

5) наличие открытой проникающей ЧМТ или сопутствующих повреждений черепа и мозга (вдавленный перелом, внутримозговая гематома и т.п.), требующих хирургического вмешательства независимо от объёма ЭДГ;

6) эпидуральная гематома задней черепной ямки малого объёма (< 20 мл), если она обуславливает окклюзионную гидроцефалию по клиническим, КТ- или МРТ-данным.

Хирургическое вмешательство при ЭДГ обычно проводят под общей анестезией с использованием искусственной вентиляции лёгких. При бурном развитии дислокационной симптоматики сначала через фрезевое отверстие удаляют часть гематомы, уменьшая тем самым компрессию мозга. Последующее выпиливание костного лоскута обеспечивает необходимые условия для полного удаления гематомы и остановки кровотечения. С помощью аспиратора отсасывают жидкую кровь; струей физиологического раствора, шпателем или ложечкой отделяют фиксированные к твёрдой мозговой оболочке свёртки.

При эпидуральных гематомах часто удаётся точно установить источник кровотечения (кровоотачие или свежетромбированные концы повреждённых оболочечных сосудов). Если причиной геморагии являются ствол или ветви средней менингеальной артерии, их коагулируют или перевязывают. При венозном источнике кровотечения коагуляцию дополняют тампонадой гемостатической губкой либо кусочками мышцы (желательно с использованием фибрин-тромбинового клея), а также подшиванием твёрдой мозговой оболочки. Повреждение синуса требует

применения микрохирургической техники для пластики дефекта его стенки одновременно с тампонадой гемостатической губкой или кусочками мышцы. Кровотечение из губчатого вещества кости останавливают с помощью хирургического воска.

При наличии линейного и оскольчатого переломов в зоне операции предпочтительно сшивание костных фрагментов с надёжной их фиксацией. Если в проекции ЭДГ имеются открытая загрязнённая рана и множество мелких костных отломков, прибегают к резекционной трепанации. Вскрытие твёрдой мозговой оболочки после удаления ЭДГ проводят только при обоснованных подозрениях на сопутствующую субдуральную гематому.

В связи с организацией подострой ЭДГ при её удалении может возникнуть диффузное кровотечение из твёрдой мозговой оболочки. В этих случаях используют биполярную коагуляцию, аппликацию гемостатической губки или других кровоостанавливающих материалов. Небольшие фрагменты организованной части гематомы, плотно сращённые с твёрдой мозговой оболочкой, не следует стремиться обязательно удалить, чтобы не вызвать профузное кровотечение. Если твёрдая мозговая оболочка «западет», необходимо подшивание её к краям костного окна. Следует подчеркнуть, что в хирургии ЭДГ надо избегать необоснованно широкого применения резекционной трепанации (даже при наличии линейного и оскольчатого переломов) и вскрытия твёрдой мозговой оболочки без последующего её ушивания или пластики.

Консервативное лечение

В ряде наблюдений острых и подострых ЭДГ допустимо консервативное лечение с хорошими исходами (см. рис. 3). Показаниями к нему служат:

- 1) объём ЭДГ менее 30 мл при её височной локализации и менее 40 мл при лобной или иной супратенториальной локализации в условиях минимальной нарастающей общемозговой и очаговой симптоматики и при отсутствии клинических признаков дислокации мозга; при этом допускается смещение срединных структур до 5 мм, по данным КТ и МРТ, если оно не вызывает дислокационной гидроцефалии;
- 2) объём ЭДГ менее 20 мл при её субтенториальной локализации в условиях минимальной нарастающей неврологической симптоматики и при отсутствии признаков блокады ликворных путей;
- 3) малая ЭДГ, если клиническая декомпенсация и КТ-МРТ-изменения обусловлены сопутствующими очаговыми или диффузными повреждениями мозга;

4) асимптомная ЭДГ объёмом менее 50 мл.

Следует подчеркнуть, что консервативная тактика лечения ЭДГ обязательно требует динамического неврологического контроля, повторных КТ или МРТ. Поэтому консервативное лечение ЭДГ допустимо проводить только в нейрохирургических стационарах.

Прогноз и исходы

Прогноз и исходы лечения ЭДГ зависят от многих факторов; величины и локализации гематомы, источника кровотечения и темпа развития компрессии мозга, тяжести сопутствующих повреждений, возраста и отягощённости анамнеза пострадавших, сроков диагностики и оперативного вмешательства, организации и качества медицинской помощи и др.

КТ, МРТ и успехи нейрореаниматологии, способствуя раннему распознаванию и адекватному лечению эпидуральных гематом, внесли наиболее существенный вклад в улучшение исходов ЭДГ. При современных реальных возможностях летальность при ЭДГ не должна превышать 10-12%.

Исходы лечения острых ЭДГ напрямую зависят от сроков хирургического вмешательства: чем раньше оно произведено, тем лучше результаты. При подострой ЭДГ, когда она выступает преимущественно в чистом виде и компрессия мозга развёртывается в медленном темпе, частота летальных исходов резко снижается, а при операциях, произведённых спустя 7 и более суток после ЧМТ, приближается к нулевой.

Естественно, на ухудшение прогноза и исходов даже ранних операций резко влияют сопутствующие очаговые и диффузные повреждения мозга, а также сочетанная экстракраниальная травма, особенно если они обуславливают коматозное состояние пострадавших. Летальность резко возрастает у пострадавших с ЭДГ, оперированных в коматозном состоянии и с отягощённой преморбидной патологией. Также очевидна роль объёма ЭДГ: чем больше эпидуральная гематома, тем хуже исход.

Существенное значение в прогнозировании исходов ЭДГ приобретает возрастной фактор. Летальность при эпидуральных гематомах наименьшая у детей и наибольшая у стариков. При отсутствииотягающих обстоятельств при хирургическом и консервативном лечении ЭДГ часто достижимо полное клиническое выздоровление пострадавших.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.
НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Ихтиозы

рьера кожи. Это происходит в результате нарушения связывания ламеллярных гранул с ABCA12, что приводит, в свою очередь, к выведению ABCA12-позитивных ламеллярных гранул в экстрацеллюлярное пространство.

Научных исследований, касающихся изучения других маркёров кератинизации, влияющих на формирование ихтиозов, таких как инволюкрин, цитокератины 1, 10, мало, основным направлением является изучение возможных нарушений, связанных с процессами их транскрипции, и, как следствие, снижение содержания мРНК профилагрина в кератиноцитах.

Клиника

Общепринятой классификации ихтиозов нет. Так, И.Потоцкий, В.Куклин, со ссылкой на генетический фактор, выделяют следующие клинические формы:

Наследственные

1. Аутосомно-доминантный ихтиоз:
 - вульгарный;
 - простой.
2. Х-сцепленный:
 - ламеллярный;
 - ихтиоз плода;
 - линеарный огибающий;
 - иглистый.

Приобретённые

1. Симптоматический:
 - гиповитаминоз А;
 - злокачественные новообразования;
 - болезни крови;

2. Сенильный.
3. Дискоидный.

Помимо наследственных и приобретённых форм ихтиозов, вышеуказанная группа авторов отдельно выделяет наследственные синдромы, сопровождающиеся ихтиозиформным состоянием кожных покровов: синдром Нетертона, синдром Рефсума, синдром Руда, синдром Шёгренна – Ларссона, синдром Юнга – Вогеля, синдром Попова.

Согласно классификации К.Суворовой (1990), в зависимости от клинической картины ихтиозов выделяют следующие формы: ихтиоз простой (поражается весь кожный покров, чешуйки мелкие), ихтиоз блестящий (поражается весь кожный покров, кроме крупных складок, чешуйки располагаются в виде мозаики, серовато-прозрачные), ихтиоз эмеевидный (поражается разгибательная поверхность конечностей, боковые поверхности туловища, чешуйки крупные, серовато-коричневые).

(Окончание следует.)

Луиза ЮСУПОВА,
доктор медицинских наук, профессор.

Зухра ГАРАЕВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Гузель МАВЛЮТОВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Елена ЮНУСОВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Казанской государственной
медицинской академии.

Данное наше предложение касается сохранения жизни тяжёлых раненых и пострадавших при большом объёме кровопотери (более 1,5 л) и низком давлении (систолическое ниже 70 мм рт.ст.) во время их транспортировки в приёмное отделение госпиталя, больницы, вплоть до операционного стола, и оно подкрепляется сегодня многочисленными исследованиями и практикой.

Впервые о редуцированном кровообращении заговорил В.Оппель, основоположник отечественной клиники военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга и автор наиболее рациональной многоэтапной эвакуации раненых и пострадавших в период Великой Отечественной войны. Он ввёл это понятие в 1911 г. для характеристики коллатерального кровообращения при ранениях и заболеваниях (облитерирующий эндартериит и артериальный тромбоз) артерий конечностей. Суть его заключалась в перевязке вен для оптимизации кровообращения в таких условиях, то есть в понижении оттока крови от поражённой конечности.

Выборка раненых и пострадавших: при ранениях магистральных артерий и вен органов грудной, брюшной полостей, ранениях и разрывах паренхиматозных органов, повреждении магистральных артерий и вен конечностей, переломах длинных трубчатых костей, костей таза, когда объём кровопотери массивен и гиповолемический синдром выражен с его витальными последствиями, как вариант спасения жизни человека – ауторедуцированное кровообращение, то есть кровообращение, направленное на его централизацию, что поддерживает жизнедеятельность наиболее чувствительных к гипоксии органов: головного мозга, сердца.

В клинической практике широко принята следующая классификация кровопотери:

1. Лёгкая степень – кровопотеря до 1 л крови (10-20% ОЦК).
 2. Средняя степень – кровопотеря до 1,5 л крови (20-30% ОЦК).
 3. Тяжёлая степень – кровопотеря до 2 л крови (40% ОЦК).
 4. Массивная кровопотеря – более 2 л крови (более 40% ОЦК).
- Выделяют сверхмассивную, необратимую кровопотерю, при которой пострадавший теряет более 50% ОЦК. При ней развиваются необратимые изменения гомеостаза со смертельным исходом в кратчайшие сроки.

Что касается собственных резервных адаптационных реакций, то они таковы. При острой кровопотере стимулируется нейро-

Врач и пациент

Спасая простым и эффективным методом

Ауторедуцированное кровообращение сохраняет жизнь пострадавшим и тяжело раненым



гуморальная реакция – выброс корой надпочечников большого количества катехоламинов. Выброс адреналина превышает норму в 50-100 раз, количество норадреналина – в 5-10 раз. Под воздействием катехоламинов спазмируются сначала капилляры, а затем и более крупные сосуды. Стимулируется сократительная функция миокарда, возникает тахикардия. Начинают «сбрасывать» свой резерв внутренние органы. Печень и селезёнка сокращаются, выбрасывая в сосудистое русло кровь из депо. В лёгких раскрываются артериовенозные шунты. Всё перечисленное позволяет в течение 2-3 часов обеспечивать необходимым количеством крови жизненно важные органы, поддерживать АД и уровень гемоглобина, но не сохраняет объём. В последующем нервно-рефлекторные механизмы истощаются, на смену ангиоспазму приходит вазодилатация. Кровоток во всех сосудах снижается, возникает стаз эритроцитов. Обменные

процессы в тканях ещё больше нарушаются, развивается метаболический ацидоз. Всё перечисленное формирует картину гиповолемии.

Тяжесть геморрагического шока определяется с учётом пульса, артериального давления, диуреза и лабораторных показателей (гематокрита и содержания гемоглобина в крови). Под воздействием альдостерона в почках открываются артериовенозные шунты, в результате кровь «сбрасывается», не проходя через юстагломерулярный аппарат, что приводит к резкому снижению диуреза вплоть до анурии – этот мониторинг используется в клинических условиях!

После восстановления ОЦК снижение артериального давления сохраняется в течение 3-6 часов, нарушения кровотока в лёгких – в течение 1-2 часов, нарушения кровотока в почках – в течение 3-9 часов. Микроциркуляция в тканях восстанавливается только на 4-7-й день, а полная ликвидация последствий занимает много

недель. Критерии адекватного восстановления ОЦК: пульс не более 90 уд./мин, стабильное АД 100/70 мм рт.ст., гемоглобин 110 г/л, ЦВД 4-6 см вод.ст. и диурез более 60 мл/ч. При этом одним из важнейших показателей является диурез. Восстановление мочеотделения в течение 12 часов от начала кровопотери является одной из первостепенных задач, поскольку в противном случае почечные каналы некротизируются и развивается необратимая почечная недостаточность.

Данная же методика предполагает при массивной кровопотере обязательное быстрое и жёсткое бинтование конечностей от пальцев до верхних третей с эвакуацией и перераспределением крови, как транспорта, так и межклеточной жидкости для гиперволемического эффекта и поддержание артериального давления на оптимальном уровне в течение 30 минут – 1 часа. Дольше этого времени возможно развитие трофических изменений

в конечностях и усугубление состояния пострадавшего или раненого.

При жёстком бинтовании конечностей отмечается подъём артериального давления от 20 до 50 мм рт.ст., что соответствует перераспределению до 2-3 л собственной крови, что и является резервным ауторедуцированным кровообращением. ЧСС увеличивается незначительно – на 15-25 сокращений, что сохраняет сократительную способность сердца на должном уровне.

Около 30 мужчин в возрасте от 18 до 39 лет уже получили такую помощь, выраженной сопутствующей патологии у них не наблюдалось. Были жёстко забинтованы конечности по методике от пальцев до верхней трети с измерением артериального давления как косвенного показателя перераспределения аутокрови. А учитывая, что конечность депонирует от 1 до 2 л крови – результат очевиден. В течение 60 минут систолическое давление было повышено от 20 до 50 мм рт.ст., что свидетельствовало об ауторедуцированном кровообращении в пользу централизации. Кроме того, при жёстком бинтовании конечностей ещё больше возбуждается периферическая ноцицептивная чувствительность с выбросом вазопрессоров (адреналина, норадреналина, гистамина) и дополнительным подъёмом артериального давления.

Вывод: этот простой, эффективный и оперативный метод ауторедуцированного, изменённого кровообращения при оптимальном использовании как членами скорпомощных бригад, так и в военно-полевых условиях позволяет сохранить жизнь раненому и пострадавшему, когда невозможно провести переливание крови или использовать любые другие кровезаменители на месте получения травмы или во время транспортировки.

Эдуард НАУМЕНКО,
сердечно-сосудистый
хирург Московской ГКБ
им. С.П.Боткина,
кандидат медицинских наук.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Проблемы и решения

В Новосибирском областном клиническом кардиологическом диспансере успешно выполнили первую процедуру радиочастотной абляции почечных артерий 50-летнему больному с рефрактерной артериальной гипертензией. Таким образом, можно говорить о внедрении нового метода лечения резистентной гипертонической болезни в практику работы регионального кардиоцентра. Но что дальше?

Когда технология катетерной радиочастотной денервации почечных артерий станет на поток, в областном кардиодиспансере сказать не могут: по словам заместителя главного врача по лечебной работе Полины Яхонтовой, в настоящее время идёт поиск дополнительных источников финансирования, поскольку из-за высокой себестоимости оборудования и расходных материалов процедура относится к категории дорогостоящих (называется сумма в 200 тыс. руб.). Вероятнее всего,

Внедрили. Что дальше?

Непросто приживаются новые подходы к лечению резистентной гипертонии

для обеспечения доступности лечения людям, которые не имеют возможности заплатить 200 тыс. из собственного кармана, будет действовать система квотирования данного вида медицинской помощи через Минздрав Новосибирской области.

Говоря о потребности в подобных вмешательствах, руководитель отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции кардиодиспансера доктор медицинских наук Сергей Зенин привёл цифры: пациентов с истинно резистентной гипертонией,

которым никакие комбинации медикаментов для снижения АД не помогают, очень много – примерно 15% от всех «гипертоников». Каждый из них является кандидатом на процедуру денервации почечных артерий.

Сам метод радиочастотной абляции почечных артерий применяется в мире с 2007 г. В России одними из первых его начали использовать для лечения больных с рефрактерной гипертонией в Томском научно-исследовательском институте кардиологии. Накопив большой клинический опыт и убившись в высокой эффективности

данного метода, учёные института занялись разработкой импортозамещающей приборной базы.

– В отношении резистентной гипертонии искусство состоит в том, чтобы разрушить нервные окончания в почечной артерии и при этом сохранить целостность самого кровеносного сосуда. Чтобы это сделать, нужен не только радиочастотный генератор, но и специальные электроды, которые локально воздействуют на определённые точки сосуда изнутри. Необходимо подобрать правильный режим радиочастотной деструкции, длительность воздействия.

Это целый технологический процесс. А коль скоро метод работает и пациенты довольны, встал вопрос об импортозамещении. Мы разрабатывали всё сами – и аппарат, и электроды, потому что импортные аналоги дорогие, 600-700 тыс. руб., – говорит заместитель директора по инновационной деятельности Томского НИИ кардиологии доктор медицинских наук Шамиль Ахмедов.

В НИИ кардиологии корреспонденту «МГ» пояснили: в нашей стране резистентной гипертонией страдают 1,5 млн человек, но оказать эффективную помощь всем этим больным станет возможным только после того, как в распоряжении аритмологов появятся доступное по цене отечественное оборудование и электроды. Именно эту задачу и решают сегодня совместно учёные Томска.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск – Томск.

Хроническая очаговость инфекции (ХОИ) – пока не признанный, но существующий на практике диагноз, характеризующий состояние организма в условиях наличия хронических очагов и хронической интоксикации. Смысл такого диагноза – в выделении патологии в стадии угрозы осложнений системного характера.

Количество переходит в качество. Длительное присутствие в организме неизлеченного очага инфекции без последствий не обходится.

Во-первых, хронический вялотекущий инфекционный процесс sensibilизирует организм, угрожая тем самым реализоваться в одно из заболеваний, которое мудрёно отнесём к группе уже системных аутоиммунного генеза болезней – ревматизм, ревматоидный полиартрит, системная красная волчанка, бронхиальная астма, ювенильный сахарный диабет, гломерулонефрит, рассеянный склероз, болезнь Рейно, атеросклероз и т.д.

Другой путь осложнений – обсеменение, когда из первичного источника инфекция метастазирует в другие органы, увеличивая количество очагов и ускоряя процесс sensibilизации всего организма, а именно искажая иммунную систему, вовлекая в патологический процесс все остальные системы органов: нервную, эндокринную, кровообращения, мочеполовую и т.д.

Одним словом очаг хронической инфекции в организме подобен очагу инфекции в природе с угрозой распространения среди населения и снижения качества жизни всего общества.

Понятие об очаге инфекции сложилось в России ещё в конце XIX века, когда в борьбу с заразными («повальными») болезнями включились специалисты, которым стала очевидна опасность таких очагов. Учение о природной очаговости стало краеугольным камнем географической эпидемиологии и эпизоотологии.

Представление же о ХОИ как проблеме отдельного организма возникло в конце XX века, но как понятие для масс ещё не сложилось. К данному определению можно приложить следующие постулаты:

1. Очаг хронической инфекции в организме есть источник длительной интоксикации, которая усиливается при выполнении физической нагрузки, способствуя развитию перенапряжения, или при простудных заболеваниях, перенапрягая иммунную систему.

2. Чаще всего очаги локализируются в миндалинах лимфоглоточного кольца (тонзиллит), зубах (кариес, киста корня, гранулёма), тканях пародонта (гнойные карманы), придаточных пазухах лицевого черепа (гайморит, фронтит, прочие синуситы), далее – во внутренних органах (гастрит, бронхит, аднексит,

В клиниках и лабораториях

Хроническая очаговость инфекции

Этот вялотекущий процесс ведёт к одному из грозных заболеваний



простатит, холецистит, пиелонефрит, цистит, кисты...)

3. Длительно существующие очаги хронической инфекции, постоянно напрягая иммунные силы, sensibilизируют организм, доводя до формирования аллергий, раскручивая аутоиммунные процессы, снижают противоопухолевый иммунитет.

4. Качественным результатом sensibilизации является формирование трудноизлечимых заболеваний внутренних органов и прежде всего сердца, систем органов, неконтролируемых организмом опухолевых процессов.

5. Завершается жизнедеятельность организма в условиях sensibilизации и хронической интоксикации язвой-смертью либо опухолью-смертью.

На первый взгляд кажется невероятным, что внешне ничем себя не проявляющие, казалось бы, незначительные воспалительные процессы в зубах и миндалинах, которые обычно и за болезнью не считают, могут быть причиной самых различных, нередко тяжёлых заболеваний со смертельным исходом в финале.

Микробы – живые организмы. Продолжительно обитая в очагах, они активны и всё время проявляют себя хронической интоксикацией, с чем организм постоянно вынужден бороться, мобилизуя свои защитные силы. Пока это удаётся, очаги хронической инфекции

ничем себя не проявляют. Однако под влиянием каких-либо внешних воздействий, ослабляющих защитные силы организма (охлаждение, недоедание, общее заболевание, физическое перенапряжение или, наоборот, малоподвижность и т.п.), они могут оказаться не способными противостоять. Бывает достаточно промочить ноги или постоять на сквозняке, чтобы заболеть ангиной. Если хотя бы раз в год, но в течение 3 лет подряд случалась ангина, в таком случае уже правомерен диагноз «хронический тонзиллит». Вылечить и его всегда можно, но это требует терпения в течение месяцев, а то и лет, и постоянных пожизненных профилактических мер. Если однажды человек переболел ангиной, то нет гарантии, что случай не повторится, когда вновь сложатся те же причины и условия для заболевания – либо из-за ударной дозы инфекции, либо и вовсе из-за отсутствия закалки и достаточной иммунной стойкости.

Клиническими проявлениями являются симптомы общей интоксикации. К ним относятся: субфебрильная температура (37-38°C), утомляемость, нарушение сна, потливость, ухудшение аппетита, диспепсические явления (тошнота, неприятные ощущения в правом подреберье и т.п.), при появлении которых следует иметь в виду возможность хронического холецистита (холецистотонилляр-

ный синдром на фоне ХОИ). Очень часто наблюдаются различные нарушения сердечной деятельности, боли в области сердца, особенно при хроническом тонзиллите (кардиотонзиллярный синдром). Эти боли объясняются нарушением обменных процессов в сердце, происходящем под влиянием токсических факторов, и вследствие нервно-рефлекторного влияния изменённых миндалин.

Очаги хронической инфекции нередко сочетаются и связаны друг с другом. Так, например, доказано, что одной из причин возникновения хронического холецистита является хронический тонзиллит. Сочетание различных очагов инфекции усиливает их патологическое влияние на организм. Обнаружив один очаг инфекции, всегда следует искать другой. Особую опасность представляют очаги инфекции, локализирующиеся в небных миндалинах. При этом у пациентов могут незаметно развиваться такие болезни, как ревматизм, с последующим поражением сердечной мышцы и клапанного аппарата сердца. Не подлежит сомнению влияние очагов хронической инфекции на уровень артериального давления, причём как повышенного артериального давления, так и в 30% случаев гипотонии, что зависит от конституции человека и сопутствующих патологий.

Существенное отрицательное влияние оказывает интоксикация на опорно-двигательный аппарат – суставы, мышцы. Описаны упорные головные боли и даже психические нарушения, вызванные затяжной интоксикацией. Длительное влияние инфекции неизбежно приводит к органическим изменениям в органах, особенно если они своевременно не диагностируются и не лечатся.

Лечение ХОИ имеет два направления: санация очагов инфекции и параллельно активная стимуляция организма с целью формирования резерва прочности.

Собственно лечение заключается в санации очагов инфекции, то есть ликвидации очага. Санировать очаг может только сам организм, необходимо лишь помочь или хотя бы не мешать его саногенетическим процессам. Антибиотики применяются в крайних случаях, когда есть угроза, что организм сам не справится с острым обострением

процесса. Тем более не применяются антибиотики при вялотекущих течениях. Есть масса природных средств, обладающих противомикробными свойствами, в том числе такие физические средства, как промывания, УФО, тепловые лучи живого огня и пр. Все эти средства требуют терпеливого пролонгированного применения до выраженного эффекта.

Санация не заканчивается снятием симптомов интоксикации, острых клинических проявлений очаговости. Необходимо убрать сам очаг, применяя прогревания самого «гнезда», и окончательно «добывая» ежедневным многократным массажем как очага, так и прилежащих увеличенных лимфоузлов. Возможно применение пункций с отсасыванием гноя из очагов.

Регулярная активная стимуляция естественных защитных сил организма требуется пожизненная и включает в себя всего лишь физическую культуру (не спорт) и закаливание.

Первое требование основано на том, что человек, как и все млекопитающие, создан природой для постоянного несения определённой физической нагрузки, без которой в принципе не может быть полноценного обмена веществ в организме теплокровных.

Второе требование основано на самом мощном стимуле укрепления и поддержки иммунной системы, существующем в природе, – это кратковременное охлаждение. Информация же для натурального формирования необходимого иммунитета для человека, проживающего в том или ином регионе планеты, как и для всего живого, заложена в наиболее свежих естественных продуктах питания из источников места его обитания. Самым мощным первичным носителем иммунной информации, как известно, в природе является молоко, затем переходное молоко, парное молоко, яйцо, в тёплом виде извлечённое из гнезда, далее идут свежее, не подвергавшееся замораживанию молодое мясо, овощи с огорода, красное виноградное вино, красные соки и т.д.

Принципы соблюдения названных требований едины: постепенность и осторожность, систематичность и пожизненность.

Профилактика ХОИ заключается в постоянном следовании этому второму направлению лечения как превентивной мере, а также в соблюдении общих норм санитарии и гигиены.

Тем не менее от банальных простудных и более грозных инфекций никто не застрахован. Но если их сразу излечивать полностью, это и есть первичная профилактика хронизации процесса. Однако это уже отдельная, возможно, и не менее серьёзная тема.

Биктур МАШРАПОВ,
врач.

Павлодар.
Республика Казахстан.

Акции

В подмосковном Дмитрове прошла масштабная акция, посвящённая Всемирному дню борьбы с артериальной гипертензией под девизом: «Знай цифры своего АД!» Её организаторами выступили Министерство здравоохранения Московской области, областной Центр медицинской профилактики (филиал по медицинской профилактике Клинического центра восстановительной медицины и реабилитации) и администрация Дмитровского муниципального района.

Праздник начался на открытой площадке парка «Берёзовая роща» с флешмоба учащих Дмитровского медицинского училища «Время быть здоровым!» Утренняя оздоровительная гимнастика собрала более 350 школьников начальных классов, учащихся колледжей,

жителей Дмитрова различных возрастов. После разминки они имели возможность заглянуть в мобильную библиотеку, приехавшую специально на мероприятие, где можно было найти множество литературы по ведению ЗОЖ и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

В продолжение праздника в ДК «Современник» под девизом «Знаешь ли ты цифры своего артериального давления?» проводилась скрининг-программа обследования, включающая измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, насыщенности крови кислородом, массы тела, роста, окружности талии, уровня глюкозы и холесте-

рина крови, а также обследование сердца с помощью кардиовизора, проводимых специалистами центра здоровья. Обследовались более 60 человек.

Врачи службы медицинской профилактики и кардиологами были прочитаны лекции по раннему выявлению артериальной гипертензии и профилактике смертельно опасных осложнений, врачи-кардиологи дали рекомендации по управлению артериальной гипертензией. Одним из значимых событий дня стала окружная научно-практическая конференция для медицинских работников «Современные аспекты профилактики и лечения артериальной гипертензии», которую открыла заместитель главы адми-

нистрации Дмитровского муниципального района Алла Поспелова.

Главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Министерства здравоохранения Московской области Екатерина Иванова в своём докладе подчеркнула важность активизации межведомственных усилий по профилактике и формированию ЗОЖ при проведении Национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Доценты кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Ольга Корнеева и доцент кафедры поликлинической терапии Наталия Чернущёва рас-

сказали об основных подходах к профилактике артериальной гипертензии и психосоматических аспектах. Современные принципы рационального питания при сердечно-сосудистых заболеваниях представила старший научный сотрудник клиники НИИ питания Светлана Дербенёва. Главный врач Дмитровского центра медицинской профилактики Татьяна Кочешкова в своём сообщении подчеркнула важность вклада службы медицинской профилактики в сохранение здоровья населения Московской области.

Галина ПЕТРУНИНА,
заведующая отделом
Московского областного
центра медицинской профилактики.

Чтобы АД было всегда в норме!

В Архангельске приступили к реализации инновационной федеральной программы повышения квалификации для заместителей руководителей по финансово-экономической деятельности медицинских организаций, работающих в системе ОМС. В соответствии с государственным заданием Министерства здравоохранения РФ в 2015 г. кафедра общественно-го здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета станет исполнителем программы «Эффективное управление ресурсами в медицинской организации» для 5 субъектов Российской Федерации.

«Эта программа имеет особую значимость на современном этапе развития здравоохранения. Отдельную остроту приобретают вопросы повышения качества управления. Это связано со многими инновационными процессами, которые происходят сейчас в здравоохранении, – отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – Финансирование отрасли за последние 10 лет существенно увеличилось. С учётом этого нам необходимо понимать, как эти средства наиболее рационально тратить и тем самым снизить уровень неэффективных расходов. Те мониторинги, которые проводил Минздрав России за последние 1,5 года в разных регионах, свидетельствуют о довольно большом проценте неэффективных трат. В ряде организаций регионального и муниципального уровня при бездефицитном финансировании неправильное управление приводит к формированию кредиторской задолженности. Мы считаем, что внедрение учебной программы повышения квалификации по эффективному управлению ресурсами в медицинском учреждении даст значительный результат для всей страны».

Эффективность использования денежных ресурсов зависит от профессионализма, квалификации, подготовленности административно-управленческих кадров всех уровней. Поэтому целью программы является целенаправленная подготовка специалистов, отвечающих за финансово-экономический блок в каждом медучреждении, по самым важным и значимым направлениям финансового менеджмента и экономики здравоохранения с учётом современных социально-экономических условий.

В течение 2015 г. по всей России планируется подготовить более 3 тыс. специалистов, которые сегодня занимают в медицинских организациях руководящие позиции в части управления финансовыми ресурсами. Учебная программа представляет собой 72-часовой курс обучения и предусматривает использование инновационных образовательных технологий.

Учитывая значимость проблемы, экспертные видеолекции для слушателей курса подготовили: министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, заместитель руководителя аппарата Правительства РФ Нелли Найговзина, помощник министра здравоохранения РФ Виталий Флек, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко, временно исполняющий обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко и директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Елена Максимикина.

Мы побеседовали с региональным куратором программы, проректором по лечебной работе и последипломному образованию СГМУ, доктором медицинских наук, профессором Владимиром Поповым.

По словам куратора, вся территория нашей страны разделена на зоны ответственности. СГМУ кури-

рует Архангельскую, Мурманскую, Вологодскую области, Республику Коми, Ненецкий автономный округ. Более 150 экономистов пройдут подготовку на 8 циклах повышения квалификации как на базе вуза, так и на базе региональных образовательных площадок. Особенностью этого цикла является то, что подготовка ведётся во всех регионах по единой программе. Федеральное Министерство здравоохранения

нилось, что заместители главных врачей по финансово-экономическим вопросам имеют разный уровень профессиональной компетентности. Региональное министерство будет рекомендовать руководителям медицинских организаций продолжить обучение своих замов.

«В нашей сфере всё взаимосвязано, и от компетентности экономиста, прежде всего, зависит

детальный анализ работы своей медицинской организации и определение управленческих возможностей повышения эффективности её деятельности.

Как прокомментировал руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Архангельской области и Ненецкому автономному округу Виктор Стародубенко, принимая участие в итоговой атте-

стических учреждений с деканатом факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов СГМУ. У экономистов возникло понимание того, каким образом должна повышаться квалификация всего персонала медицинского учреждения и каким образом необходимо планировать и выделять средства на профессиональную переподготовку», – подытожила ректор

Проекты

Раскрывая секреты правильного управления

Врачи и экономисты едины во взгляде на будущее



Брифинг руководителя Росздравнадзора по Архангельской области и Ненецкому автономному округу

предоставило видео-лекции ведущих специалистов в различных областях российского медицинского законодательства, системы ОМС, менеджмента здравоохранения. Эти лекции транслируются слушателям цикла, а затем при участии региональных руководителей Росздравнадзора, фонда ОМС и Министерства здравоохранения проходит обсуждение изученных тем с учётом местных особенностей. Усвоение материала в таком формате идёт наиболее эффективно. Учёба на данном цикле позволяет повысить общий уровень знаний заместителей главных врачей по финансово-экономическим вопросам. До сегодняшнего дня эти специалисты, имеющие экономическое образование, в полной мере не владели стратегией развития здравоохранения и, возможно, именно это приводило к неправильной постановке и решению ряда задач. Федеральная программа повышения квалификации даёт им возможность получить знания не только по своим узкопрофессиональным дисциплинам, но и погрузиться в проблемы отрасли, в которой они работают, в целом.

«Можно сказать, что данный цикл – это новый тип организации последипломной подготовки, в ходе которой слушатель получает определение проблематики, стратегию и тактику её решения из уст ведущих специалистов федерального уровня», – подчеркнул Владимир Попов.

В Архангельской области уже прошли обучение 25 заместителей главных врачей по экономическим вопросам. Это экономисты крупных многопрофильных клинических больниц, межмуниципальных центров, городских и районных больниц, работающих в системе ОМС.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения Архангельской области, в ходе обучения выяс-

нилось, что заместители главных врачей по финансово-экономическим вопросам имеют разный уровень профессиональной компетентности. Региональное министерство будет рекомендовать руководителям медицинских организаций продолжить обучение своих замов.

По словам директора территориального фонда ОМС Архангельской области Натальи Ясько, предложенный федеральным Минздравом цикл повышения квалификации очень важный и своевременный, поскольку на сегодняшний день реализация программы государственных гарантий, особенно в части ОМС, является приоритетной. Большая доля финансовых средств поступает в медицинские организации через фонд ОМС. Чтобы эти средства эффективно расходовались, специалисты, отвечающие за финансово-экономический блок в каждом медучреждении, должны понимать, какие задачи стоят перед федеральным и региональным здравоохранением.

«Общение в рамках дебрифингов с представителями территориального фонда ОМС, регионального Минздрава, Росздравнадзора помогли экономистам выявить существующие в их конкретной медицинской организации проблемы и найти пути их решения, ориентируясь, прежде всего, на интересы пациентов. Слушатели цикла, представляющие центральные районные учреждения, находятся в более изолированном положении, поэтому по итогам обучения мы подготовили для них рекомендации, позволяющие улучшить качество и доступность медицинской помощи населению», – пояснила Наталья Ясько.

Итоговый выпускной проект каждого слушателя включает в себя

стацию слушателей, он отметил для себя, что экономисты ещё не очень хорошо ориентируются в возможностях здравоохранения, его приоритетных направлениях и эта ограниченность не позволяет максимально эффективно управлять медицинским учреждением. По его мнению, команда, работа которой направлена на организацию медицинской помощи населению, должна действовать в едином ключе, чтобы эта помощь была качественной и доступной.

Многие медицинские организации не раз сталкивались с проблемой невозможности пройти обучение на курсах повышения квалификации для своих сотрудников, отвечающих за финансово-экономические вопросы в своём регионе. Сейчас такая возможность появилась. Новый образовательный проект, курируемый Министерством здравоохранения РФ, привнес положительные изменения в работу не только медицинских учреждений, но и вуза-куратора.

«Для реализации данного проекта был выбран 21 медицинский вуз, где достаточно сильные кафедры общественного здоровья и здравоохранения, в их число вошёл и Северный государственный медицинский университет. Первый цикл уже успешно прошёл, и хотелось бы отметить плюсы новой федеральной программы повышения квалификации. Во-первых, учебный цикл для немедицинских работников – это новое перспективное направление в работе вуза. У нас уже есть договорённость с Министерством здравоохранения Архангельской области и федеральным фондом ОМС, что мы продолжим обучение экономистов и осенью пройдет обучение ещё одна группа. Кроме того, наладились непосредственные контакты заместителей главных врачей ме-

СГМУ, доктор медицинских наук, профессор Любовь Горбатова.

Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов СГМУ Марина Дьячкова – непосредственный куратор групп слушателей – считает, что большой плюс данного цикла в том, что специалисты, отвечающие за финансово-экономический блок в различных медицинских организациях, наконец встретились и продуктивно пообщались. Во время прохождения обучения все сблизились, чему способствовали современные инновационные технологии обучения, которые применялись, – работа в малых группах, вебинары, дебрифинги. Также экономисты ближе познакомились с представителями регионального Минздрава, территориального фонда обязательного медицинского страхования, Росздравнадзора, обменялись мнениями, обсудили накопившиеся вопросы и текущие проблемы. Как отметила декан, налаживание конструктивных взаимоотношений заместителей руководителей по финансово-экономической деятельности с коллегами и региональной властью – это то, что в дальнейшем поможет в эффективном управлении медицинскими организациями в целом. Желание расти в профессиональном плане прежде всего исходит от самого специалиста, и такую возможность вуз готов предоставить.

В решении задач эффективного управления медицинской организацией очень важно, чтобы экономисты и главные врачи смотрели на проблемы одними глазами. По завершении обучения заместители главных врачей защитили реальные программы развития своих учреждений, используя в разработках полученные знания. Реализация данного проекта будет той задачей, которую поставит перед собой медицинская организация на ближайший период.

Итоговая аттестация стала для слушателей цикла настоящим испытанием. Однако пережитое волнение не помешало им поделиться своими впечатлениями от новой программы повышения квалификации.

Говорят заместители по экономике Ольга Молчанова (Архангельская клиника офтальмологическая больница) и Мария Будейкина (Новодвинская центральная городская больница): «Мы многое почерпнули из опыта работы других медицинских учреждений, особенно полно представленного во время защиты итоговых проектных работ. Общие, выработанные нами во время обучения алгоритмы, а также рекомендации Минздрава и фонда ОМС помогут нам в работе в новых экономических условиях».

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельск.

Исследования

Останься в тени!

Более 25% нашей кожи — на пути к раку



Как показывает новое исследование, более четверти клеток общего кожного покрова человека среднего возраста, возможно, уже находятся на пути к перерождению в канцерогенные. В результате анализа у людей в возрасте от 55 до 73 лет было обнаружено более 100 канцерогенных мутаций ДНК на каждом участке кожи в 1 см².

Когда начинается процесс?

Учёные британского Института Саньера, находящегося под Кембриджем и активно участвующего в проекте по расшифровке генома человека, были удивлены полученными результатами. Многие мутации на клеточном уровне, приводящие к раку кожи, уже известны, однако группа учёных задалась целью понять, когда начинается этот процесс.

Они подвергли анализу образцы кожи, взятые с верхнего века четырёх пациентов, а затем исследовали клетки внутреннего слоя в попытке обнаружить самые ранние признаки развивающихся мутаций. «Больше всего нас поразил масштаб — тот факт, что

порядка 25-30% клеток уже имели эти канцерогенные мутации, хотя они функционировали нормально. Но это гораздо больше, чем мы думали», — сказал глава отдела молекулярной генетики Института Саньера профессор Питер Кемпбелл.

Однако чтобы этот процесс привёл к образованию опухоли, необходим целый ряд мутаций, и учёные пока не знают, сколько именно.

Не допускать ущерба

Результаты нового исследования показывают незначительные изменения в том, как ведут себя мутирующие клетки. Они, в частности, растут быстрее других. Вместе с тем рак кожи является самой распространённой формой рака. Ультрафиолетовая радиация от солнечных лучей бомбардирует нашу кожу, превращая здоровые клетки в канцерогенные.

По мнению экспертов, необходимо не допускать вредного воздействия на кожу ультрафиолета. «Это совершенно определённо изменило моё отношение к загораю на солнце,

но не думаю, что надо впадать в панику, — говорит профессор Кемпбелл. — Это убеждает нас в том, что клеточные мутации всю жизнь накапливаются, и самая лучшая профилактика — это постоянное, на протяжении всей жизни, осторожное отношение к тому ущербу, который может нанести организму пребывание на солнце».

«Мы пока не знаем, происходят ли эти канцерогенные изменения также и в здоровых клетках, поэтому если в результате лечения 20-30% здоровых клеток будут уничтожены, то это довольно большой побочный ущерб», — полагает Кемпбелл.

Профессор Бав Шергилл из Британской Ассоциации дерматологов говорит, что в то время, как иммунная система человека довольно эффективно избавляется от мутирующих клеток, важно помнить, что некоторые клетки остаются и мутируют в канцерогенные. «Прежде всего важно предотвращение ущерба, то есть не оголяться, быть в тени и наносить на кожу солнцезащитный крем с коэффициентом по меньшей мере 30», — советует он.

По мнению профессора Алана Уорсли из научно-исследовательской благотворительной организации Cancer Research UK, новое исследование может помочь понять, какие именно «ошибки» приводят к тому, что потревоженные клетки кожи перерождаются в недоброкачественные.

«Хотя нам всем необходимо немного солнечных лучей, нужно не допускать солнечных ожогов и повреждения кожи тогда, когда солнце наиболее активно», — комментирует учёный. Новые данные, возможно, необходимо будет взять на заметку тем, кто разрабатывает новые противораковые препараты.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Science.

Перспективы

Паразиты могут быть полезными?

Новые возможности гельминтной терапии

Австралийским исследователям удалось выделить из секреторных желёз некоторых видов паразитических червей специфические белки, с помощью которых гельминты подавляют активность иммунной системы организма-хозяина. Полученные результаты не только подтверждают правомерность существования гельминтной терапии аутоиммунных заболеваний, но и открывают путь для их пробиотического лечения.

Согласно популярной «гигиенической теории» происхождения аутоиммунных и аллергических заболеваний, иммунная система жителей стран с высоким уровнем жизни, в меньшей степени занятая постоянной борьбой с чужеродными инфекционными агентами, чем это предусмотрено эволюционным опытом, более склонна к агрессии против собственных тканей и веществ из окружающей среды.

Теория объясняет резкую разницу в уровне распространённости

подобных болезней между населением «богатых» и «бедных» стран мира. В рамках этой гипотезы неофициально практикуется так называемая гельминтная терапия таких аутоиммунных заболеваний, как рассеянный склероз, псориаз, ревматоидный артрит и системная волчанка, при которой пациенты намеренно заражаются паразитами.

Считается, что гельминты для обеспечения собственного выживания подавляют активность иммунной системы организма-хозяина.

Учёные из Monash University (Австралия) в поисках альтернативы заражению паразитами при гельминтной терапии аутоиммунных заболеваний провели филогенетический анализ секрета, выделяемого рядом паразитических червей. У трёх видов — *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma ceylanicum* и *Brugia malayi* — были выделены два пептида, AсK1 и BmK1, свойства которых оказались аналогичными белку ShK-186, токсину, ранее

выделенному у морского беспозвоночного, карибской ковровой актинии *Stichodactyla helianthus*.

Таким образом было установлено, что этот белок является селективным ингибитором (блокатором) потенциалзависимых калиевых каналов Kv1.3 Т-клеток иммунной системы. Благодаря действию ShK-186 происходит ослабление активности иммунитета, о чём свидетельствуют результаты исследований на животной модели аутоиммунных болезней. Сейчас проходит первая фаза клинических испытаний применения ShK-186 для терапии рассеянного склероза.

Как полагают авторы исследования, на основании выделенных гельминтных пептидов в дальнейшем вполне возможно создание пробиотических препаратов для облегчения симптомов аутоиммунных заболеваний.

Марк ВИНТЕР.

По материалам журнала
The FASEB Journal.

СРОЧНО! Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства терапевта участкового для работы в посёлке городского типа, в котором действует программа «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам, прибывшим в 2013-2014 гг. после окончания образовательной организации высшего образования на работу в сельский населённый пункт или переехавшим на работу в сельский населённый пункт из другого населённого пункта, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника».

(Постановление Правительства ХМАО — Югры от 12.10.2012.)

Местность приравнена к району Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок (34675) 3-41-20.

Резюме с указанием контактных телефонов присылать

по факсу (34675) 3-15-73 или по адресу:

ул. Киевская, 33, г. Советский, ХМАО — Югра 628240.

E-mail: sovhospital@mail.ru

Срочно требуется врач-дерматовенеролог для работы в г. Черемхово Иркутской области.

Предоставляются: заработная плата 50 тыс. руб., квартира, место в дошкольном учреждении.

E-mail: v.kuzmina@venera.irk.ru,

тел. (3952) 792-422.

ФГБУЗ ЦМСЧ № 120 ФМБА России требуются терапевт стационара и терапевт участковый.

Предоставляются: служебная квартира, гарантии, компенсации, связанные с переездом из другого региона и работой в районе Крайнего Севера.

Тел. (81530) 60-607.

E-mail: ok@cmsch120.ru

Сообщение о проведении годового общего собрания акционеров

Уважаемые акционеры!

В сообщении совета директоров открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» о проведении годового общего собрания акционеров 18.06.2015 г. (далее — Общество), опубликованном в «Медицинской газете» от 15.05.2015, были допущены неточности по вине ОАО «НПО «Экран».

Доводим до вашего сведения, что **список лиц, имеющих право на участие в годовом общем собрании акционеров, составлен по данным реестра владельцев именных ценных бумаг Общества по состоянию на 08.05.2015.**

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению акционерам при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться в течение 20 дней до даты проведения собрания по адресу: ул. Касаткина, д. 3, Москва (в рабочие дни с 10:00 до 13:00 и с 15:00 до 17:00).

Совет директоров ОАО «НПО «Экран».

Осторожно!

Предвестники бед

Родители, курящие в присутствии своего ребёнка, подвергают его повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой жизни.

курил (62%), и самым низким среди семей, где оба родителя курили (43%).

«Независимо от других факторов, риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы в

Так, учёные из Тасманского университета в Австралии отслеживали риски развития патологии сердца и сосудов среди финнов, которые подвергались пассивному курению родителей в 1980 и 1983 гг. Все испытуемые прошли ультразвуковое исследование артерий в 2001 и 2007 гг. В 2014 г. специалисты измерили у добровольцев уровень котинина, который свидетельствовал о воздействии табачного дыма в детстве.

Оказалось, что процент детей с необнаруживаемыми уровнями котинина был самым высоким среди семей, где никто из родителей не курил (84%), ниже был в семьях, где один из родителей



зрелом возрасте был выше почти в 2 раза у детей, подвергавшихся воздействию курения одного или двух родителей, по сравнению с детьми, чьи родители не курили», — утверждают исследователи.

Алина КРАУЗЕ.
По материалам журнала
Circulation.

ВОЗ предупреждает

Ожирение наступает

Ожидается эпидемия избыточного веса



Как предупреждают эксперты, около 75% мужчин и более 60% женщин в развитых странах в течение ближайших 15 лет будут страдать ожирением.

Согласно исследованию, проведённому Всемирной организацией здравоохранения совместно с британскими учёными из UK Health Forum, эта проблема в ближайшем будущем станет актуальной для многих европейских стран.

Согласно новым данным, обнаруженным на Европейском конгрессе по проблемам ожирения, в Ирландии эта проблема стоит

наиболее остро: к 2030 г. 89% ирландских мужчин и 85% женщин будут страдать ожирением или лишним весом. В Британии цифры приводятся немного ниже: 74% мужчин и 64% женщин по сравнению с 70% и 59% в 2010 г. Проблема избыточного веса так же остро стоит в Греции, Испании, Австрии и Чехии. Даже в Швеции, где традиционно проживает очень немногих людей с ожирением, в ближайшем будущем эта проблема заявит о себе.

Нидерланды представляют редкое исключение. В 2010 г. 54% голландских мужчин имели избыточный вес, а 10% попали в категорию

страдающих ожирением. Согласно докладу ВОЗ, эти цифры, вероятнее всего, пойдут на убыль – до 49 и 8% соответственно.

«Избыточный вес» определяется показателями Индекса массы тела (BMI), который оценивает степень соответствия массы тела человека и его роста. По классификации ВОЗ, человек с избыточным весом имеет BMI от 25 до 29,9. Если BMI превышает показатель в 30 баллов, то ставится диагноз «ожирение».

В новом докладе ВОЗ категория людей с избыточным весом включала и людей с ожирением на ранних стадиях. Британские газеты цитируют Лору Вебер, соавтора доклада из организации UK Health Forum: «Несмотря на то, что не существует простого решения этой эпидемии, правительства должны делать больше для того, чтобы ограничивать рекламу бесполезных продуктов и сделать цены на здоровую пищу более доступными».

В частности, речь идёт о регулировании рекламы снежков для детей, снижения цен посредством субсидий на фрукты и овощи, и повышения цен на нездоровую пищу путём внедрения специального налога, к примеру, на сладкие напитки.

Юрий БОРИСОВ.

Юбилей

Для фаст-фуда наступили трудные времена?

Ровно 75 лет назад, в мае 1940 г., братья Дик и Мак Макдоналды открыли в калифорнийском городке Сан-Бернардино свой первый ресторан. В 1954 г. компания перешла на систему франчайзинга. В начале 1970-х годов американская сеть быстрого питания пришла в Европу. В 1985 г. пал последний «западный бастион»: Италия. Открытие первого Макдоналдса в России в январе 1990 г. стало одним из символов новых времён. Словом, юбилей!

Утрата статуса

Юбилей не очень весёлый. По оценкам экспертов, оборот этой компании в Европе вот уже второй год подряд падает на 4-5%. Частично неприятности связаны со скандалом из-за использования в ресторанах «Макдоналдс» мяса кур, которым давали антибиотики, предназначенные для людей. Немаловажно и то, что в современном мире прибавляется полку тех, кто в принципе отказывается от потребления мяса и переходит на вегетарианское питание. Некогда вожделенные горячие булочки с говяжьей начинкой уже не пользуются таким высоким спросом, как раньше.

Об альтернативе гамбургеру с картошкой задумываются не только Роспотребнадзор и братья Михалковы. В первую очередь новые пути ищет сама компания: овощные салаты, клубные сэндвичи с говядиной, круассаны и омлет на завтрак, фруктовые коктейли, экологически чистое молоко – ассортимент блюд в европейских ресторанах американской сети быстрого питания то и дело обновляется. Но запахи здесь по-прежнему дурманящие.

Тем не менее залы крупнейшей

в мире сети ресторанов быстрого питания уже не заполняются так, как в «золотые» 1990-е. Прошли те времена, когда они собирали целые семьи, здесь проводили детские дни рождения и тусовки мажорной молодёжи. «Макдоналдс» утратил былой культовый статус.

На помощь позовут Вивальди

Об этих трудностях «Макдоналдс» знает лучше всех критиков, но о создании отдельного меню для противников потребления мяса здесь даже и не думают. Да и о том, чтобы использовать для приготовления блюд исключительно натуральные экологически чистые продукты, разговора пока тоже нет.

Вместо этого «Макдоналдс» отдаёт предпочтение другим новшествам. Так, каждому посетителю

ресторана предоставят возможность составлять меню по своему вкусу. В корпорации откликнулись и на пожелания любителей фаст-фуд-завтрака от «Макдоналдс»: теперь в некоторых филиалах торговой сети наслаждаться этой трапезой можно будет вплоть до позднего вечера. Навстречу пошли и тем, кто не любит самообслуживание – заказ у них будут принимать официанты.

Разрабатывая новую концепцию, «Макдоналдс» не оставил без внимания влюблённые парочки. Привлечь в рестораны сети представителей этой, по терминологии сухих социологов, целевой группы позволит создание особой атмосферы. Интерьеры залов обогатят атрибуты романтического вечера – мелодичная музыка, приглушённый свет, шампанское, цветы в симпатичных вазочках и даже свечи на столах.

Кстати

Нутрициолог — это круто!

Знать, какая еда наиболее полезна, хотя бы все, но по-разному. Немецкие вузы помогают получить диплом не только с пользой для собственного и чужого здоровья, но и для карьеры. Освоить науку о питании – нутрициологию можно в нескольких десятках немецких вузов. Из смежных дисциплин университетов чаще всего встречаются диетология, экотрофология (спектр вопросов, связанных с идеологией здорового образа жизни) и наука о продуктах питания. На старших курсах – специализация по таким направлениям, как химия пищевых продуктов, физиология питания, пищевое законодательство. Независимо от выбранной учебной программы, в самом начале обучения студенты углубляют свои познания в области биологии, химии, математики и физики. Позже они приступают к изучению неорганической химии, биохимии и генетики.

Изучение нутрициологии нередко выбирают и иностранные студенты, которые в основном уже получили степень бакалавра на родине и решили повысить квалификацию. Среди них на данный момент 5 студентов из России и Украины.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Эксперимент

Люди, которым необходимо длительное время для засыпания, сильнее чувствуют боль, утверждают исследователи из Норвежского института общественного здоровья.

раньше, чем те, кто не сталкивался с такой проблемой.

Эксперты подчёркивают, что чувствительность к боли была связана именно с тем, сколько времени человеку нужно, чтобы заснуть. Но

Чувствительная бессонница

В исследовании приняли участие 10 тыс. добровольцев, которых попросили поддержать руки в ледяной воде максимально долго. Данный эксперимент позволил оценить чувствительность к боли испытуемых. Оказалось, что люди, испытывавшие проблемы с засыпанием больше раза в неделю, на 52% чаще страдали от повышенной болевой чувствительности и вынимали руки из холодной воды

никак не с общей продолжительностью сна. Однако учёным пока не удалось выявить точную причину связи болевой чувствительности и бессонницы. Возможно, полагают исследователи, здесь не последнюю роль играют нейротрансмиттеры – соединения, влияющие и на боль, и на сон.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medicinform.net.

Спон-кадр

Коляска песне не помеха



В Вене торжественно прошёл конкурс «Евровидение-2015». Он ежегодно собирает у экранов телевизоров около 200 млн зрителей, является самым крупным музыкальным шоу в Европе.

Первой на церемонию открытия прибыла победительница прошлогоднего конкурса Кончита Вурст. На этот раз «она» никого не поразила. Лавры собрала певица из Польши Моника Кушиньска на инвалидной коляске.

Игорь НИВКИН.

По сообщению BBC News.

Исследования

Музыкальное забвение



По мнению исследователей из Технологического института Джорджии (США), музыка позволяет многим людям расслабиться, однако пожилым она мешает концентрироваться и вспоминать нужную информацию.

Музыка никак не влияла на их продуктивность.

Такие выводы были сделаны после исследования, участие в котором приняли люди разных возрастов. Оказалось, что участники преклонного возраста вспоминали на 10% меньше имён, если им в этот момент включали фоновую музыку или звуки дождя. У студентов таких проблем не возникло.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению Reuters.

На здании Жуковской ЦРБ на Брянщине недавно открылась мемориальная доска в честь бывшего главного врача этого лечебного учреждения Евгения Чижикова. Есть задумка назвать его именем и одну из улиц этого небольшого российского города. Право, многие руководители здравоохранения области удостоены такой чести. Но тут — случай особый: «...Построил медицинский городок...» — указано на мемориальной доске.

Дотошный депутат

Я познакомился с Евгением Васильевичем, работая после окончания факультета журналистики МГУ им. М.В.Ломоносова в Жуковской районной газете. В старом блокноте сохранилась записка, сделанная на сессии районного Совета.

— Больше так не будет, — твёрдо сказал главный врач. — Ну, мыслимо ли, чтобы в таком большом районе выращиванием овощей занимался лишь один совхоз «Коммунар»? Да загляните на рынок, в столовые, наконец. Люди и забыли, когда видели там свежую зелень. Неужели помидоры надо на балконе выращивать?

Сидевший напротив Евгения Чижикова районный начальник задумчиво барабанил пальцами по крышке стола: «Молод ещё, горяч очень этот новый председатель комиссии по торговле и общественному питанию, — наверное, подумал он. — Хотя, впрочем, и здесь дело у него пойдёт. Добился же, чтобы переделали проект уже запланированного под строительство нового лечебного корпуса...»

Нет, не ошибся тогда в своём предположении бывший начальник бывшего райсельхозуправления. Депутат районного Совета Евгений Чижиков действительно добился того, чтобы овощеводством начали заниматься в районе ещё несколько колхозов и совхозов. И таким дотошным да неуёмным был депутат буквально во всём. Выполняя указы избирателей, помог благоустроить несколько городских улиц, установить там современные светильники, организовал жителей на наведение санитарного порядка, озеленение. И за все эти дела, казалось бы, столь далёкие от его основной врачебной работы, брался всегда с душой и большим желанием. Потому что многие качества умел сочетать в себе.

Помню, весь день я провёл в кабинете главного врача и видел, как «рвали на части» специалиста и руководителя районного здравоохранения бесчисленные дела. То и дело заходили коллеги с рентгеновскими снимками, секретарша с папкой документов, пациенты... Почти непрерывно звонил телефон. Долго топтался у стола строитель... И у всех было дело к этому человеку. Казалось порой, что из врача он превратился в обыкновенного администратора.

Рядом со мной за столом сидел невозмутимо спокойный человек, вдохновенно рассказывающий о том, как удалось «выбить» железобетон и фундаментные блоки, «вырвать» у кого-то высотный кран для строительства многоэтажного лечебного корпуса. Не было, право, в говорящем ровным счётём ничего от врача. Да и слова-то всё сплошь «строительные»: «проектно-сметная документация», «перекрытия», «нулевой цикл»... Но ведь утром-то (я сам этому свидетель!) человек этот сделал сложную полостную операцию и говорил, что «настоящий хирург — это, прежде всего, осторожность и скорость...»

Операции при свете фар

Не берусь судить о его первом качестве, но в достоверности второго не раз убеждался на практике. Частенько у больных, попадавших к нему на операционный стол, не прощупывался пульс. «Почти

Далёкое — близкое

Настырный хирург Евгений Чижиков

Качества врача и строителя он умело совмещал в себе



Главный врач Е. Чижиков сам ездил на экстренные вызовы

безнадёжен» — говорят в таких случаях. И вот тут-то срабатывала та самая скорость.

Врачам ордена дают, право же, не часто. А вот у Евгения Чижикова их сразу два: орден «Знак Почёта» и орден Октябрьской революции (второй по значимости, отметим, в тогдашнем СССР после ордена Ленина). А это означает, что выполнял он работу хирурга поистине виртуозно.

Как-то я нечаянно услышал разговор в ординаторской: «Евгений Васильевич, вы ведь и не спали сегодня, а как же операция?» И ответ: «Если бы сидел сейчас у телевизора, уснул бы, конечно. Но работа — нейтраллизатор любой усталости».

В тот день хирург прооперировал новорождённого, которого благодарные родители назвали в его честь Евгением.

Он упрямо поднимался по ступенькам мастерства, отклонил не одно «сватовство» на должность главного врача — «ещё не стал хирургом». Учился чему только можно. Ездил по выходным практиковаться в областную больницу — «можно об операции не раз прочитать, но не смей и думать о её выполнении».

Довелось услышать мнение о нём: рационалист. А что? Пожалуй, верно подмечено.

«Опять ни свет, ни заря поднялся, — полушутя ворчала порой по утрам жена Лидия Дмитриевна. — Что, снова особый случай?» Евгений Васильевич согласно кивал головой.

«А у тебя они вообще бывают не особые? — не унималась жена. И тут же сама подытоживала: — Бывают, когда удаётся без вызова кино с тобой досмотреть...»

Муж в ответ только смеялся.

Когда он начинал работать в небольшом посёлке Жуковка, в деревянной тогда ещё больнице нередко «барахлило» электричество. Однажды пришлось оперировать даже при свете карманного фонарика. Потом, по его словам, «стал хитрее». По просьбе молодого хирурга у окна операционной всегда стоял старенький «газик».

Отключили свет — и немедленно зажигались направленные в зеркало над операционным столом фары автомашины. Для хирурга не было безвыходных ситуаций.

Задумав реорганизовать систему районного здравоохранения, в конце концов согласился его возглавить.

Сердце на ладони

Евгений Чижиков (это в условиях обычной районной больницы!) ещё в 70-е годы не раз оперировал на сердце. И всегда успешно.

Рассказывая мне о первой такой своей операции, Евгений Васильевич нарисовал карандашом сердце на папиросной пачке. (К сожалению, от пагубной привычки к «Беломору» он так и не сумел избавиться). Ну, сердце как сердце. В общем-то хорошо всем знакомое ещё по школьным учебникам. А вот этот штришок в области левого желудочка означал преопасное для жизни ножевое ранение.

«В принципе, не было ничего сложного, — смущённо даже рассказывал хирург. — Сделал обычный шов — и дело с концом».

Но тогда, в первый раз, он растерялся...

Вообще, для Евгения Чижикова это было не характерно. Выросший в простой рабочей семье, после окончания семилетки он ежедневно ходил из посёлка Супонево по 5 км туда и обратно в Брянское медучилище. Причём все годы учёбы стойко проходил в любую погоду в простеньком спортивном костюме, кирзовых сапогах и лёгком пальтишке. Словом, не теряться в любой ситуации — к этому он себя приучил. Но тут вдруг растерялся...

Да, он имел право сказать, что может не справиться. Он имел право сразу отправить пациента в областной центр. И это было бы естественно. Однако времени в запасе не было, и он решил рискнуть. И выиграл. Прооперированный пациент жив до сих пор.

Весь багаж приехавшего в Жуковку молодого хирурга состоял

из громоздких ящиков со специальной литературой. Библиотека эта была его гордостью. По окончании тогдашнего Смоленского мединститута уже назначенный заведующим хирургическим отделением в районную больницу, он ночами рылся в книгах, искал, учился, запоминал... И... боялся оперировать. Не ошибусь, кажется: самым сложным в те годы было поверить в себя.

А ведь как трудно приходилось именно в тот первый период работы: Евгений Чижиков оказался единственным хирургом на весь район! Со всеми вытекающими отсюда последствиями. Единственными помощниками молодого врача были операционная медсестра и санитарка. Чтобы уплотнить рабочий день, начинали оперировать с 4 утра, выполняли по 6 операций за день. По 3-4 суток не приходил домой. Однажды, смертельно уставший, чтобы побыстрее добраться домой, полез под перегороживший дорогу железнодорожный состав. А поезд вдруг тронулся... Просто чудом удалось избежать смерти.

Со временем появились и другие хирурги в районной больнице. Заведующий отделением Эдуард Ермошко также стал оперировать на сердце, работу с аппаратом Иллизарова освоил заведующий травматологическим отделением Вячеслав Берзин, полостным хирургом стал и сын главного врача Сергей Чижиков.

А руководитель районного здравоохранения, несмотря на огромную загруженность чисто административной работой, продолжал считать себя хирургом по своему призванию. К слову, он вообще не верил, что бывают люди без призвания. Есть просто сонные, что ли, которых не успели или не сумели разбудить. Как-то вспомнил о давнем разговоре в тогдашнем облздравотделе:

— Может, пойдёте нейрохирургом, — с надеждой спросил пожилой кадровик. — И вакансии есть, и...

Он ещё раз оглядел вошедшего. Кряжистый, широкоплечий, сразу чувствуется сила воли и хватка.

— Там нужны как раз флегматики, — уже прямо сказал он.

Действительно, Евгений Чижиков производил впечатление флегматичного человека. Неторопливая походка, точно рассчитанные движения, плавная речь. Таким он был в работе. За годы дружбы с врачом я много раз видел его на обходе, не раз бывал в его «святой святых» — операционной. Отметил про себя постоянное спокойствие этого человека.

— Скальпель, зажим, тампон... — коротко говорил он. Операции шли гладко, словно по утверждённому сценарию.

— Пришлось попотеть, — неожиданно сказал как-то Евгений Васильевич, уже переодеваясь. — План операции пришлось менять на ходу. Был момент — и голос охрип, и пот по спине...

Вот тебе и спокойствие. Какой же ценой давалось?! Но иначе он не мог, просто не имел права.

След к следу

Хорошего специалиста и делового организатора заметили не только на районном и областном уровнях. Так, настойчиво приглашали в своё время в Подомское главным врачом одного из лечебных учреждений. Не захотел расставаться с любимой Жуковкой и сработавшимся коллективом. Потом упорно звали руководить медсанчастью крупнейшего на Брянщине промышленного гиганта — Брянского машиностроительного завода. Уже был подписан соответствующий приказ облздравотдела, назначили в Жуковскую ЦРБ и нового руководителя. Но... взбунтовался райком КПСС, членом которого был Евгений Васильевич: не отпустим — и всё тут! Да и кто будет медицинский городок достраивать?!

Кстати, на ту многообещающую новостройку он ходил даже ночью, если по каким-то причинам не успевал сделать этого днём. И построил-таки этот чудо-городок, где в добротных зданиях располагаются все медицинские службы, а ЦРБ стала нынче межрайонной.

Сегодня жуковское здравоохранение представлено центральной районной больницей на 267 коек и дневным стационаром, слаженно работают 14 ФАПов. Создан в селе Овстуг, на родине великого русского поэта и философа Ф.Тютчева, офис врача общей практики. Построена Заборско-Никольская врачебная амбулатория с офисом врача общей практики. Отремонтирована Ржаницкая врачебная амбулатория, где также работает врач общей практики.

А в 2001 г. руководство больницы принял Николай Третьяков. Молодой, напористый и рассудительный, Николай Михайлович не посрамил чести своего учителя и наставника. А тут очень вовремя подоспела и государственная программа поддержки здравоохранения. По Национальному проекту «Здоровье» Жуковская ЦРБ получила 14,5 млн руб. На эти деньги было приобретено такое медицинское оборудование, с которым местные врачи были знакомы разве что по каталогам...

Однако оборудование оборудованием, а решают всё по-прежнему кадры. Нынче в Жуковской ЦРБ работают около 600 человек, из которых почти 80 — доктора. Наряду с «играющим тренером» Николаем Третьяковым нелёгкий воз проблем тащат его заместители Раиса Фёдорова и Любовь Монахова. Уверенно набирают мастерство заведующая поликлиникой Людмила Языкова, заведующая терапевтическим отделением Наталья Струченкова, врач общей практики Татьяна Моисеева и другие. Вот так, след к следу, и построена большая дорога районного здравоохранения.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото автора.

На литературный конкурс

Издательство «Нестор-История» выпустило в свет новую книгу известного врача-педиатра, доктора медицинских наук, детского гематолога и детского онколога, члена Союза писателей России, давнего автора «Медицинской газеты» Василия Полякова «Рябина на коньяке» (автобиографические записки). Сегодня публикуем отрывок одной из глав книги.

Эшелон, последним вагоном которого был наш, пассажирский, от Янгйюля из Узбекистана до Москвы шёл 9 суток. В Москву из эвакуации мы вернулись 23 октября 1943 г. Наконец оказались в своих двух смежных комнатах коммунальной квартиры, в которой проживало 6 семейств.

Напротив выходившего на север окна нашей второй комнаты размещалась большая гора земли - той самой, которая была вынута для строительства фундамента нашего дома в Кривогрузинском переулке ещё в 1904 г. На её плоской вершине был сооружён деревянный забор, отделявший от проезжей части переулка территорию Института профессиональных заболеваний и мужской средней школы.

Во время войны и в институте, и в школе были размещены госпитали хирургического профиля. Из нашего окна был виден весь двор бывшей школы, и мы часто наблюдали, как у подъездов останавливались большие автобусы, имевшие на боку белые круги с красным крестом. Санитары открывали заднюю торцевую дверцу движением на себя и вверх и аккуратно вынимали из чрева автобуса носилки с ранеными бойцами. У многих были перевязаны головы, руки, ноги. Бинты были испачканы кровью. У некоторых на руках, на ногах были наложены шины, у кого-то были костыли.

Как правило, шапки-ушанки

Кусок хлеба - пленному немцу

Василий ПОЛЯКОВ



на них были с опущенными «ушами», воротники шинелей подняты. От кровопотери и болевых ощущений часто развивается шок, одним из проявлений которого является быстрое охлаждение тела, зябкость, поэтому раненые должны быть достаточно хорошо утеплены. Но это я узнал уже на военной кафедре медицинского института. Когда нам это объясняли, у меня мысленно всплывали эти картины военных лет. Как же прочно память фиксирует опыт детских лет!

Здание Института профзаболеваний было выстроено из кирпича и походило на своеобразный дворец. Архитектура его была оригинальна и неповторима. Похожего на него здания я в Москве не видел.

Большие окна института либо были закрыты на три четверти занавесками, за которыми угадывались большие просторные помещения, либо освещались огромными округлыми светиль-

никами, которые меняли угол наклона, перемещались вправо, влево. Иногда этот свет не гас всю ночь. Вероятно, это была операционная, и работы хирургам хватало в избытке.

Весной 1944 г. мы с мамой побывали в Парке культуры и отдыха имени Горького на выставке сбитых немецких самолётов. Их выставили в три ряда на набережной Москвы-реки. Они отличались от наших внешним дизайном, как в настоящее время отличаются от наших автомобилей машины зарубежных марок. Всё техническое управление самолётом было очень продуманно и сделано прямо-таки под руки пилотов. А тогда, рассматривая эти вражеские машины, я невольно задумывался: «Какой же смелостью и мастерством нужно было обладать нашим лётчикам, чтобы вступать в воздушный бой с немецкими асами и уметь побеждать их?»

С весны этого же года у нас появились пленные немцы.

Большую их партию расположили в начале нашего переулка - их использовали на строительстве большого дома по улице Чкалова (теперь Земляной вал). Дом был заложен ещё до войны, но успели построить только два этажа. Могу засвидетельствовать, что к пленным наши военные власти относились гуманно. Работали они не спеша, не перегружаясь.

С весны, как только всё кругом зазеленело, жизнь во дворе госпиталя оживилась. У торцевой стены института стали собираться выздоравливающие раненые. Они были в пижамах, с костылями и палками. Кто-то играл на гитаре, кто-то на гармошке, отдельные группки, держа в руках фанерку, играли в домино - «забывали козла». Рассказывали друг другу какие-то смешные истории, то и дело раздавались взрывы хохота. Иногда они с удовольствием слушали солиста, иногда пели все вместе.

Было интересно наблюдать, как мужчины подтягивались и становились заботливыми и внимательными, когда на прогулку выходили женщины. Их было всего три. Особенно хороша была одна из них - высокая стройная блондинка с пышной причёской. Она держалась просто и с достоинством. И хотя её костюмом тоже была пижама, но казалось, что она приехала на бал в роскошном выходном платье. Каждый стремился оказать ей внимание: кто-то дарил конфетку, кто-то - полевой цветок, а кто-то пел для неё хорошую лирическую песню или романс. Она принимала нехитрые подарки, искренне радовалась им, благодарила и улыбалась доброй, светлой

улыбкой. И ещё она умела вовремя уйти, оставив за собой шлейф очарования.

...Вторым местом размещения в нашем переулке пленных стала мужская школа. Госпиталь, который в ней находился, перевели в другое место, а здание силами немцев стали ремонтировать, чтобы вновь вселить в него школу. Территория была огорожена колючей проволокой.

В один из дней мы с братом Володей возвращались домой из булочной, располагавшейся на углу улицы Обуха (теперь Воронцово поле) и Яузского бульвара. Мы только что «отоварили» наши карточки - получили по ним хлеб. За проволокой мы увидели пленного немца. В руках у него была сделанная им игрушка - на деревянной палочке толщиной с карандаш под ветром крутился четырёхлопастный пропеллер, сделанный из консервной банки. Когда мы поравнялись с ним, он затравленно заулыбался, протянул из-за проволоки свою худую руку с игрушкой и просительным тоном произнёс: «Хлеб, о, пожалуйста, хлеб!»

Мы прибежали к маме и рассказали об этом. Она ничего не ответила, а молча взяла у нас принесённую буханку чёрного хлеба и отрезала от неё краюху граммов на триста. Мы побежали к немцу, отдали ему хлеб, а взамен получили игрушку. Нужно было видеть, как он обрадовался и заулыбался в ответ на отданный ему детьми кусок хлеба.

Я почему-то уверен, что после освобождения и отъезда в Германию, он не забыл этот эпизод. Москва.

Эри-буин	Район Сочи	Лекар. растение	«...Артамонов»				Титул, Турция	СКАНВОРД										Часть слова						Герой у Л. Филатова											
Разряд, вост. борьба						Страховка, цирк	Момент	Армян. муз. инструмент	Цефиссим							Крупная бабочка	Решето		Духи		Замени-тель сахара														
Враль			Кветин-апин						Супру-жеская		Спутник Урана		Итал. компо-зитор	Рос. изда-тель		Жен. одежда, Индия					Молодо														
				Ковер	Приток Оби	Япон. мушму-ла	Смола на дороге						«Большой парад», реж.					Неск. человек (устар.)																	
Везувий		Чашка без ручки					Пряд. куль-тура	«Сирано де Бержерак», перс.	Рос. физик					«Царь ... Аннен-ский		Гуэрра																			
						Князь древлян	Худож-ник ... де Гелдер				Франц. скрипач		Отеч. авто-мобиль					Егип. бог Луны																	
Красная рыба		Ремень, плечо					Так как (стар.)			Грамм. кате-гория				П	А	М	М		М	Л	Т	О													
														Ь	Д	Р	Е	М	А	Г	И	О	Т	Р	И	Ф	А	Г	Р	А	Б	И	Н	Г	
														Ц	Е	Ц	Е	Т	И	Х	О	Н	Р	Г	Н	А	Н	Т	Б	Р	Н				
														Р	П	И	Р	П	А	Б	Л	О	Р	А	С	Ц	И	Т	Б	А	К	И			
														Ш	О	Т	Т	О	З	М	А	Е	С	Л	Ы	Ш	Н	О	С	У	Х	А	Н	О	В
														И	А	М	А	Л	У	Р	А	А	А	Н	Ф	А	С	М	А	Л	О				
Автор Валерий Шаршуков		Хол. закуска					Слух			Вер-блюд				О	Б	Б	И	Т	К	А	Ч	М	У	Н	К	Л									
														Л	О	О	О	Ж	Е	И	Б	О	Д	Е	П	О									
														Р	Е	З	Н	О	Р	Т	Н	И	О	Б	И	И									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 36 от 20.05.2015.