

Медицинская

7 октября 2016 г.
пятница
№ 76 (7696)

Газета®

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

Профилактика

Один на один со смертью

Как вести себя в этой критической ситуации?



Пришедшие в это утро на приём пациенты Консультативно-диагностического центра Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, заглядывая в один из холлов цокольного этажа, даже немного пугались, заведя лежащего на полу манекена человека.

Он был приготовлен для практических занятий по сердечно-лёгочной реанимации. Практическим занятиям была посвящена вторая часть симпозиума «Внезапная сердечная смерть: группы риска, стратегии профилактики и спасения».

Практические занятия в самом разгаре

А в программу теоретической части входили доклады, в которых анализировались разные аспекты проблемы. В её обсуждении участвовали и кардиологи, и аритмологи, и анестезиологи-реаниматологи, и эндоваскулярные хирурги, специалисты по медицинской профилактике и генетике и даже юристы.

Среди большинства выступающих – ведущие сотрудники ГНИЦ профилактической медицины, а также Научно-исследовательского института общей реаниматологии им. В.А.Неговского.

Что интересно: каждый из докладов, помимо традиционной теоретической части, включал в себя клинические примеры, детальные разборы наиболее интересных и сложных случаев.

Открыл симпозиум заместитель директора ГНИЦ профилактической медицины доктор медицинских наук Руслан Линчак. Именно ему принадлежит идея проведения такого мероприятия, приуроченного к Всемирному дню сердца.

(Окончание на стр. 2.)

Анна ПОПОВА,
руководитель Роспотребнадзора:

...Если человек сомневается в необходимости прививки и хочет перед вакцинацией проверить напряжённость своего иммунитета, он вправе это сделать...

Стр. 5



Марина ГЕРАСИМЕНКО,
главный специалист по санаторно-курортному лечению
Минздрава России, профессор:

Сегодня наша задача – отработать новые методики, новые подходы к курортологии, реабилитации и главное – научить врачей использовать их в своей работе, внедрить в санаторно-курортные учреждения.

Стр. 10



Иван АРТЮХОВ,
ректор Красноярского ГМУ,
доктор медицинских наук, профессор:

Наша задача – сделать так, чтобы от идеи в науке до появления новых медицинских технологий и лекарств все звенья были в одной непрерывной цепочке, включая фундаментальную часть и производственные мощности.

Стр. 11



Перемены

Автопарк «скорой» Приморья разрастается

Служба скорой медицинской помощи Приморского края получила 18 новых санитарных машин. Современные автомобили марок ГАЗ и УАЗ поступили в регион по Федеральной программе «Здоровье». В торжественной церемонии передачи «карет скорой помощи приняли участие вице-губернатор Павел Серебряков, депутаты законодательных органов региона.

П.Серебряков подчеркнул, что развитие и усовершенствование сферы здравоохранения всегда будет одним из приоритетов для Приморья.

– В этом направлении идёт планомерная, комплексная работа, – заявил заместитель главы региона. – Особое внимание мы уделяем повышению доступности качественных медицинских услуг.

Среди автомашин, пополнявших автопарк «скорой» Приморья, автомобили класса «В», в том числе 8 заднеприводных ГАЗ и 10 полноприводных УАЗ. В ближайшее время они будут распределены между медицинскими учреждениями края.

К слову, за последние 3 года в Приморье сделано многое для развития здравоохранения региона. На эту жизненно важную отрасль в целом в 2015 г. направлено 28,3 млрд руб.

За последние 4 года полностью обновился парк машин скорой медицинской помощи – это более 200 автомобилей, построены 183 новых современных фельдшерско-акушерских пункта в сельской местности. Начал работу социальный проект – автопоезд «Забота», который показал свою необходимость, особенно для жителей отдалённых населённых пунктов.

Губернатор Приморского края Владимир Миклушевский не раз подчёркивал, что один из важных показателей в работе врачей – это снижение смертности. С этой же целью власти приобрели два медицинских вертолёта, увеличив в 10 раз число лётных часов санитарной авиации. В феврале 2016 г. в край поступили 9 реанимобилов для службы материнства и детства.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Владивосток.

События

Строить мосты доверия

В День пожилого человека, который отмечался в первый день октября, на базе одной из лучших московских городских клинических больниц № 50 открылся центр функционального долголетия.

Инициатива такой акции принадлежит учёным кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Института повышения квалификации ФМБА России. Как рассказал заведующий кафедрой профессор А.Ильницкий, задача такого центра – научить и врачей и пациентов

культуре диалога. К сожалению, в медицинских учреждениях мало разговаривают с пожилыми людьми, а диалог – возможность добиться доверия к доктору. Превентивная гериатрия – это новое направление в работе наших геронтологов, врачей, занимающихся проблемами возрастных пациентов.

В рамках клиники ГКБ № 50, где станет работать центр, врачи будут читать лекции, проводить беседы. При центре функционального долголетия организуют клубы для пациентов, которым расскажут, как пра-

вильно себя вести в жизни, питаться, измерять давление. Ведь приходя к врачу, люди порой не могут ничего объяснить ему внятно, поскольку погружены в хаос коммерческой информации и им трудно ориентироваться. Знания пациентов о своём здоровье, которые они получают в центре функционального долголетия, помогут снизить в стране число инфарктов, инсультов, онкозаболеваний, в этом твёрдо уверены учёные.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Новости

Оптимизация коснётся
и Росздравнадзора?

Министр открытого Правительства РФ Михаил Абызов сообщил о возможности объединения Роспотребнадзора и Росздравнадзора. Это может произойти в рамках программы оптимизации работы надзорных ведомств.

«Нам надо оптимизировать их структуру. Цель – повышение качества госнадзора и контроля, снижение ущерба, рисков, давления на бизнес... Мы обсуждаем много вариантов совершенствования деятельности надзорных ведомств», – сказал М.Абызов. В то же время он отметил, что уменьшение числа надзорных ведомств не является самоцелью.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Быстро и анонимно

В Челябинске подошла к концу Всероссийская акция тестирования на ВИЧ-инфекцию. Процедуру прошли 2827 южноуральцев.

Вопреки опасениям организаторов, их земляки соглашались на процедуру охотно, их даже не пугала очередь у пункта тестирования.

«Горожане живо откликнулись на наш призыв быстро, анонимно сдавать анализ на ВИЧ. Количество людей, прошедших тестирование, превысило наши ожидания. После завершения акции мы будем вовлекать в нашу программу трудовые коллективы, чтобы люди на своих рабочих местах смогли обрести уверенность в своём здоровье», – подвела итоги главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекций Минздрава Челябинской области, главный врач областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Маргарита Радзиховская.

Всероссийскую акцию по экспресс-тестированию организовал Минздрав России, и проходит она в разных регионах страны. Стартовало тестирование в августе в Иркутске. Затем эстафетную палочку приняли Сибирь и Алтай. В Барнауле было зарегистрировано рекордное количество участников – 3377 человек. Затем акция перешла на Урал. В целом она пройдёт в 10 наиболее проблемных регионах страны, где уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией постоянно растёт.

Закончится акция в начале ноября в Нижнем Новгороде.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Снегоболотоход с красным крестом

В Петропавловске-Камчатском для станции скорой медицинской помощи приобрели снегоболотоход «Кержак». Он предназначен для перевозки людей и грузов в условиях бездорожья, снежной целины, болот и даже впасть через небольшие водные преграды.

Кабина вездехода заимствована у автомобиля «газель» с сохранением всех свойств по удобству. Установлен усиленный на 30% по теплоотдаче радиатор и более мощный генератор, для которого не страшно попадание воды. На вездеходе применены ведущие мосты трактора. Благодаря шинам сверхнизкого давления машина может преодолевать тяжелейшее бездорожье.

По словам врачей, приобретение такой машины для станции СМП – значимое событие. Раньше во время пурги медики обращались за помощью к спасателям. Теперь они в любых условиях будут обходиться сами. Вездеход позволит им во время плохой погоды одновременно доставить в больницу сразу двух лежащих больных. В состав бригады скорой помощи входят водитель, врач и два фельдшера.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Петропавловск-Камчатский.

Под особым вниманием

В селе Ситниково Нижнеомского района Омской области открылся частный пансионат для людей, находящихся на заслуженном отдыхе, но по разным причинам оставшихся без попечения родных и нуждающихся в особом внимании.

Пансионат рассчитан на 60 мест – это 30 двухместных комнат с мебелью. Поселившиеся в пансионате обеспечиваются многообразием питанием, а главное – круглосуточной медицинской помощью. А ещё здесь есть не только релакс-комната, но даже кардиозал.

Сейчас в Омской области при поддержке регионального правительства открыты уже 7 частных пансионатов, 6 из которых расположены в сельских районах, и лишь один – в Омске. В них проживают и лечатся в рамках государственной программы «Социальная поддержка населения» 310 человек.

Всего же за последние 4 года в Омской области на поддержку социально-ориентированного бизнеса выдано 82 субсидии, в том числе 18 субсидий предпринимателям 11 муниципальных районов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Стоматологи в дороге

Состоялся выезд передвижного стоматологического комплекса в селе Верхуопье Тульской области. В составе бригады специалисты областной стоматологической поликлиники: два врача-стоматолога терапевтического и хирургического профиля, медицинская сестра-рентгенолаборант. Они провели профилактический осмотр жителей с целью выявления стоматологических заболеваний, в том числе онкопатологии полости рта на ранних стадиях.

Соб. инф.

Тульская область.

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

Профилактика

Один на один
со смертью

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Данный симпозиум посвящён чрезвычайно интересной, специфичной и актуальной теме: профилактике внезапной сердечной смерти, – сказал он. – Ей уделяется крайне мало внимания, как в процессе обучения будущих врачей, так и в системе последилового образования. Весьма нечасто о ней говорят и на различных отечественных конгрессах и конференциях. А ведь по расчётным данным, в РФ внезапно умирает около 230-250 тыс. человек в год. И это уже огромная не только медицинская, но и социальная проблема.

Именно поэтому доктор медицинских наук академик РАН Рафаэль Оганов заострил внимание на важности профилактической работы.

– Старение населения, нарастание распространённости ожирения, сахарного диабета, экономические и психосоциальные стрессы, – всё это ведёт к тому, что распространённость сердечно-сосудистых заболе-

Однако в нашей стране эти проблемы далеки от решения.

Почему же дефибрилляторы, которые мы всегда замечаем в местах массового скопления людей в других странах (в аэропортах, гостиницах, на железнодорожных станциях и т.п.), редко можно увидеть в нашей стране?

– Основная проблема законодательная, – объясняет заведующий лабораторией клинической патофизиологии Научно-исследовательского института общей реаниматологии им. В.А.Неговского Артём Кузовлев.

Суть правовой проблемы заключается в том, что применять любое медицинское оборудование может только человек с медицинским образованием, находящийся при исполнении служебных обязанностей. И вот эту ситуацию необходимо менять по примеру других стран. По словам Артёма Кузовлева, сейчас в Госдуме РФ на рассмотрении законопроект, где предложено ввести понятие «расширенной первой помощи», что позволит



Слово – Р.Оганову

столкнувшись с такой ситуацией, но и смогли быстро и эффективно провести сердечно-лёгочную реанимацию.

– Думаю, каждый врач, столкнувшийся хотя бы раз с пациентом в состоянии клинической смерти один на один, не раз затем анализировал правильность и последовательность своих действий, – комментирует Р.Линчак. – За 10 лет моей практической работы в кардиореанимации, изучения опубликованных данных и опыта коллег, привели к пониманию, что эта тема должна быть на слуху не только среди врачей, но и среди немедицинских работников; к её обсуждению надо привлекать юристов, законодателей.

Если знания и практические навыки по сердечно-лёгочной реанимации, которые закрепят врачи и получают родственники больных, спасут хотя бы одну жизнь – это будет лучший результат, который можно только представить.

Однако проблема, которую мы затрагиваем, безусловно, шире. Спасение жизни – это только одна из трёх стратегий. Намного важнее сделать всё, чтобы не пришлось кого-то спасать, то есть продумать и правильно и эффективно реализовать все мероприятия первичной и вторичной профилактики внезапной сердечной смерти.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Выступает Р.Линчак

ваний будет расти, а бороться станет всё труднее и труднее, – заметил он. – Выход здесь только один: если мы не хотим без конца лечиться и лечить, нужно заниматься первичной профилактикой.

Для этого необходимо постоянное обучение медиков, населения, а также лиц, которые принимают решения на государственном уровне.

Рафаэль Гегамович убеждён: здоровье нации – не только медицинская проблема; за него должно отвечать всё правительство, каждое – в своём секторе ответственности. Не случайно на международном уровне существует такой лозунг: «Здоровье – во всех политиках!»

Сегодня мы понимаем, что многие случаи внезапной сердечной смерти можно предвидеть и успешно предотвращать, – считает Р.Линчак. – Опыт ряда западных стран показывает, что обучение правилам сердечно-лёгочной реанимации, в том числе с применением дефибрилляторов, всего населения, включая школьников и особенно родственников пациентов из групп высокого риска развития внезапной сердечной смерти, существенно повышает шансы на выживаемость.

применять дефибрилляторы уже на этапе первой помощи.

А поскольку пока опыта работы с такими аппаратами у медиков нет, участники симпозиума с интересом включились в практические занятия по проведению базовой и расширенной сердечно-лёгочной реанимации на специальных манекенах, в том числе с применением дефибрилляторов.

А во второй день симпозиума на подобные занятия была приглашена группа людей, не имеющих медицинского образования, – родственники людей, перенёсших инфаркт миокарда и страдающих сердечной недостаточностью, то есть тех пациентов, у которых очень высокий риск внезапной смерти. Крайне важно, чтобы эти люди не только не растерялись,



В аудитории не было равнодушных

Из первых уст

Первая ласточка

Совет Федерации окажет содействие внедрению системы оценки медицинских технологий в России официально на днях, сообщила вице-спикер Совета Федерации Галина Карелова.

По её мнению, это поможет обеспечить пациентов наилучшим лечением за приемлемую цену. «Качественная медицинская помощь должна быть доступна гражданам в любой точке страны. С внедрением инновационных технологий её стоимость будет только возрастать, поэтому особую актуальность

приобретает поиск оптимальной модели оценки и отбора лучших из наиболее безопасных и качественных технологий для внедрения в практику», – заявила она.

По словам Г.Кареловой, параллельно с этим должна формироваться и соответствующая правовая база. Она напомнила, что по инициативе сенаторов в закон «Об обращении лекарственных средств» уже внесено понятие «комплексная оценка лекарственных препаратов», в соответствии с которой происходит отбор лекарств для государственных закупок. «Это пока первая норма,

за которой должны последовать другие», – отметила вице-спикер.

В свою очередь глава социального комитета Совета Федерации Валерий Рязанский подчеркнул важность повышения эффективности средств, которые вкладываются в здравоохранение. И весь мировой опыт, по его словам, указывает на то, что ключевым механизмом для достижения этой цели является внедрение системы оценки технологий здравоохранения.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

Акци

Все спешат на прививку

Руководители Департамента здравоохранения Москвы и центральный аппарат ведомства на личном примере продемонстрировали, что сделать прививку нужно каждому столичному жителю. Решение о коллективной иммунизации было принято ещё в начале противогриппозной профилактической кампании, которая стартовала в городе в начале осени. Своё желание привиться выразило абсолютное большинство сотрудников ведомства.

«Мы должны на личном примере показать, что прививка от гриппа остаётся единственным действенным способом уберечься от этой инфекции, последствия которой могут быть самыми непредсказуемыми. Польза от прививки очевидна – это признано сегодня во всём цивилизованном мире», – отметил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

Глава ведомства также подчер-

кнул, что доволен промежуточными результатами прививочной кампании, которая сегодня развёрнута в столице. За месяц вакцинацию прошли более миллиона человек. «Интерес москвичей к нашей акции – индикатор изменения отношения жителей города к себе и своему здоровью», – подчеркнул А.Хрипун.

Отметим, что в этом году в Москве бесплатную прививку против гриппа впервые можно сделать около

станций метро. Акция организована столичным Департаментом здравоохранения совместно с Московским метрополитеном и Управлением Роспотребнадзора по Москве.

Примечательно, что оборудованные всем необходимым мобильные передвижные пункты начали свою работу в начале сентября нынешнего года. Сделать прививку могут граждане РФ, достигшие 18 лет. При себе нужно иметь паспорт и полис ОМС. После вакцинации выдаётся прививочный сертификат установленной формы. Акция продлится до 1 ноября этого года.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

Инфекции не дают расслабляться

В настоящее время на территории Астраханской области зарегистрировано 24 случая сезонного заболевания лихорадкой Западного Нила, в том числе 2 случая среди детей до 14 лет.

Такие данные были приведены на очередном заседании коллегии регионального Министерства здравоохранения Астраханской области, которое обсудило вопросы о состоянии инфекционной заболеваемости населения области и о ходе реализации прививочной кампании против гриппа в 2016 г.

Итоги государственного статистического наблюдения за ин-

фекционными и паразитарными заболеваниями за январь – август 2016 г. озвучила начальник отдела эпиднадзора Управления Роспотребнадзора по Астраханской области Наталья Никешина.

В 2016 г. здесь не регистрировалась заболеваемость по 28 нозологическим формам, среди которых полиомиелит, дифтерия, корь, краснуха, столбняк, тулярия, лептоспироз, малярия и др. Снизилась заболеваемость по 30 нозологическим формам инфекционных болезней из 75, в том числе острыми вирусными гепатитами – в 1,6 раза, дизентерией – в 2,03 раза, скарлатиной – в 1,48 раза, сифилисом – в 1,54 раза, педикулёзом – на 9%.

Заболеваемость корью в Астраханской области удалось победить благодаря высокому уровню охвата прививками. Привито 98% детей и 96% взрослых, подлежащих вакцинации.

Особое внимание сегодня уделяется подготовке к сезону ОРВИ и гриппа. По данным НИИ гриппа, в приходящем эпидемическом сезоне на территории Российской Федерации можно ожидать в обычный период с конца января – февраля эпидемию смешанной этиологии средней интенсивности.

Алексей ГЕРБИНСКИЙ.
МИА Сити!

Астрахань.

Однако

Вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи в минувшем году в России скончались 712 человек, в нынешнем – уже 352. Такие данные предоставила пресс-служба Следственного комитета РФ со ссылкой на выступления главы ведомства Александра Бастрыкина на коллегии по расследованию преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

«В прошлом году потерпевшими от ятрогенных преступлений (связанных с некачественным оказанием медицинской помощи) признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибли 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 г. из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказа-

Цена ошибки



Юбилей

Поздравляем!

Коллектив ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России» сердечно поздравляет с юбилеем проректора по учебной работе **ГИЗАТУЛИНУ Людмилу Алексеевну**, внёсшую большой вклад в организацию и совершенствование системы последипломного образования медицинских работников ФМБА России, и желает ей доброго здоровья, семейного благополучия и новых творческих успехов на благо отечественного здравоохранения.



Признание

«Первые лица» — в Чеченской Республике

Знаковое для всей системы здравоохранения Чеченской Республики событие произошло в... Москве: главный врач Республиканской детской клинической больницы Чечни Казбек Межидов, заслуженный врач республики, кандидат медицинских наук, стал лауреатом Всероссийской премии в области перинатальной медицины «Первые лица – 2016».

Церемония вручения состоялась 30 сентября в Москве. Премия присуждается за достигнутые результаты в снижении показателей младенческой смертности.

– Надо отметить, что это признание труда всей перинатальной службы региона, которая достигла хороших результатов благодаря постоянной поддержке со стороны главы республики Рамзана Кады-

рова и непрерывному контролю Министерства здравоохранения Чечни, – сказал во время вручения Казбек Межидов. – За последние годы мы достигли снижения младенческой смертности в два раза.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.

Сотрудничество

Диалог Москва — Тегеран

Официальная делегация Исламской Республики Иран посетила Городскую клиническую больницу № 1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения Москвы.

Министр здравоохранения и медицинского образования Ирана Хасан Гази-Заде, директор Института Пастера республики Мостафа Ганеи и Чрезвычайный и Полномочный Посол Исламской Республики Иран в Российской Федерации Мехди Санеи на встрече с представителями российского и московского здравоохранения обсудили вопросы диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян и первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Мухтасарова представили иранским коллегам

московский опыт по созданию эффективно работающей «инфарктной сети» в столице, новый проект по борьбе с инсультами, рассказали о системе направления в стационар пациентов сосудистого профиля, их диагностики и лечения в московских многопрофильных клиниках.

Особый интерес иностранных гостей вызвал Региональный сосудистый центр, работающий в «Первой градской» больнице. Они познакомились с работой приёмного отделения Сосудистого центра, рентгенохирургическими методами диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, кардиореанимации и кардиологии для больных с острым инфарктом миокарда, а также осмотрели отделения нейрореанимации и неврологии для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Марк ВИНТЕР.

ния медицинской помощи, – 142 ребёнка», – цитирует А.Бастрыкина официальный сайт Следственного комитета.

По словам чиновника-силовика, в первом полугодии нынешнего года в следственные органы поступило более 2,5 тыс. сообщений о врачебных ошибках и ненадлежащем оказании медпомощи, по результатам рассмотрения которых было возбуждено 419 уголовных дел.

При этом председатель Следственного комитета обратил внимание, что в ряде регионов, в частности в Республике Башкортостан и Ульяновской области, следователи выносили необоснованные процессуальные решения либо бездействовали. В связи с этим А.Бастрыкин потребовал от подчинённых «всестороннего исследования обстоятельств гибели пациентов в каждом конкретном случае».

Он отметил, что для оперативного

получения информации о подобных преступлениях необходимо заключать с Росздравнадзором и региональными департаментами здравоохранения соглашения о сотрудничестве, в рамках которого ведомства будут информировать следователей о случаях нарушения закона. «Данный опыт был распространён. И вот подобные соглашения заключены уже в 27 следственных управлениях, ещё в 15 проходят согласование», – подчеркнул А.Бастрыкин.

Примечательно, что в начале осени этого года Татьяна Кузнецова, жена пациента, погибшего из-за врачебной ошибки, отсудила у Барнаульской станции скорой медицинской помощи 300 тыс. руб. Причиной смерти её мужа стал неправильный диагноз. Вместо остеохондроза, который диагностировала врач, у мужчины оказалась острая коронарная недостаточность.

Борис БЕРКУТ.

Перспективы

В одиночку эту болезнь не одолеть

Российские и китайские специалисты обсудили вопросы лечения и реабилитации наркозависимых

В Федеральном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Министерства здравоохранения РФ состоялась встреча с делегацией из Китая. На этом мероприятии обсуждалась тема: «Экспертные консультации по вопросам обмена опытом и сотрудничества в области антинаркотической деятельности».

Отвечая на вопросы гостей, директор НИИ наркологии – филиала ФМИЦПН – Татьяна Клименко отметила, что Минздрав предложил провести центру пилотные исследования в нескольких регионах РФ, в том числе и в Московской области, о состоянии дел в области реабилитации наркозависимых. Основная проблема здесь – отсутствие связи между лечебными учреждениями и государственными организациями, которые занимаются реабилитацией больных. Задача – объединить этот процесс, и план, как это сделать, уже существует. Сейчас в реабилитационных центрах используется 12-шаговая американская программа (12 этапов к выздоровлению), которая практикуется во всём мире, но отечественные специалисты используют и другие программы.

Вторая проблема – появление новых психоактивных веществ и методы их выявления. У их потребителей развиваются очень сложные психические расстройства, что требует нового подхода к лечению. Сложно и детектировать эти вещества – когда проводятся скрининговые исследования, нет пока простых способов их выявления. При скрининговых обследованиях используются экспресс тесты, большинство из которых – китайского производства. К сожалению, такие тесты есть практически на все наркотики, но только не на новые психоактивные вещества. Сейчас на российских заводах идёт разработка тестов на эти вещества, но и на китайских производителей также в этой области возлагаются большие надежды.

В ноябре в ФМИЦПН будет объявлен конкурс на лучшие реабилитационные программы среди негосударственных центров – Клименко выразила надежду, что китайские реабилитационные центры захотят



Встреча проходила в дружественной обстановке

принять в нём участие. Кстати, многие отечественные центры дают до 70% ремиссии у пациентов, но, к сожалению, не все.

Председатель правления Национального антинаркотического союза Никита Лушников продолжил поднятую предыдущим спикером тему, заявив, что основной задачей союза является выявить наиболее эффективные реабилитационные центры в стране, чтобы объединить их для взаимодействия с государством. Также союз занимается трудоустройством «выпускников» этих центров. В связи с преобладанием синтетических наркотиков реабилитационное сообщество очень нуждается в поддержке представителей медицинской науки, в частности – психиатрии.

Заместитель министра здравоохранения Московской области Валентина Гребенникова напомнила, что проблемы использования фармацевтических веществ, негативно влияющих на здоровье граждан, в России и Китае одинаковы. В процесс химической зависимости вовлекается очень много молодых людей. В России выстроена система, которая работает на предупреждение использования этих веществ – здесь задействованы силовые структуры, работает система здравоохранения на лечение лиц, активно использующих эти вещества, и система реабилитации тех, кто проходит этап выздоров-

ления. К сожалению, ежемесячно на рынке появляются десятки, а то и сотни новых видов психотропных веществ. Всё это усложняет диагностику и лечение, поэтому только вместе можно добиться успеха. «Негосударственная система реабилитации очень хорошо развита, вы широко используете технику арт-терапии – хотелось бы, чтобы поделились своим опытом с нами», – отметила в своём выступлении В.Гребенникова.

Интересным опытом негосударственной реабилитации поделился руководитель Координационного центра по противодействию наркомании Синодального отдела по благотворительности Владыка Методий. Сейчас Русская православная церковь активно занимается социальной деятельностью. Особое внимание уделяется работе с алкогольной и наркотической зависимостью. Уже создано около 70 реабилитационных центров, которые в настоящее время объединяются в одну систему наркологической помощи России. За год через эти центры проходит примерно 1000 человек, нуждающихся в помощи. Благодаря действующим здесь программам до 70% послушников выходят в ремиссию, что вполне сопоставимо со светскими реабилитационными учреждениями. Церкви необходимо взаимодействовать с государством, поскольку наркозависимые нуждаются и в

медицинском наблюдении. Но также важно, чтобы была официально признанная церковная методика работы с наркозависимыми. Китайскую делегацию заинтересовали российские способы выявления и тестирования наркозависимых, их методы лечения и последующая реабилитация, а также способы определения психопатологий у больных. Гости рассказали о 4 видах лечения наркоманов в Китае: это самостоятельное лечение, когда человек осознаёт свою зависимость и сам пытается от неё избавиться, лечение в коммуне таких же наркозависимых, лечение в лечебном учреждении и реабилитация. Все больные наркоманией в Китае находятся на государственном учёте, им запрещено водить автомобили и другие средства передвижения.

В ходе встречи были также затронуты вопросы о наркологических учреждениях России, их видах, ведомственной принадлежности, координации их деятельности, подготовке кадров; о наркологической помощи в России, методах, применяемых для лечения лиц, употребляющих синтетические наркотики, формах и методах реабилитации; о химико-токсикологических исследованиях психотропных веществ (предварительные и подтверждающие методы исследования, валидность экспресс-тестов на определение наркотических средств, методы химико-токсикологических исследований при массовых исследованиях).

Делегаты из Китая с удовольствием осмотрели экспонаты Музея истории и развития центра. Генеральный директор центра Зураб Кекелидзе ознакомил гостей с историей центра, которая ведёт своё начало от созданного в 1889 г. в Москве Центрального полицейского приёмного покоя для душевнобольных, преобразованного затем в Пречистенскую психиатрическую лечебницу для заключённых.

По итогам встречи российской и китайской сторонами было выражено намерение развивать двусторонние контакты в сфере научной и клинической наркологии.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

МИА Сити!

Москва.

События

Министр здравоохранения Вероника Скворцова приняла участие в работе первого дня конференции «БИОТЕХМЕД». Этот форум прошёл при поддержке Минздрава, Минпромторга России и госкорпорации «Ростех».

В кризис – бурный рост биомедтехнологий

В рамках деловой программы конференции «БИОТЕХМЕД» делегация Минздрава России во главе с министром В.Скворцовой осмотрела выставочную композицию конференции, включающую стенды десятков российских и зарубежных фармацевтических компаний.

В ходе своего выступления на пленарном заседании конференции, которое было посвящено взаимодействию государства и бизнеса для развития рынка биомедицинских технологий в Российской Федерации, министр В.Скворцова отметила важность развития биомедицинских технологий, в том числе в целях политики импортозамещения.

«Уже сейчас мы существенно менее зависимы от иностранного рынка. К примеру, за прошедший период, с 2008 г., у нас появились собственные препараты биоаналогического типа, включая таргетные молекулярные препараты, связанные с персонифицированной медициной, а также генно-терапевтические препараты, не говоря уже о биоаналогах в большом количестве и моноклональных телах. То же самое произошло и с медицинскими изделиями – хоть и с некоторыми отставаниями от лекарственных препаратов, однако за последнее время и в этом вопросе произошёл колоссальный рывок. Например, если 2 года назад среди 1,9 млн эксплуатируемых медицинских изделий в нашей стране всего 18,5% были отечественными, то в этом году уже 35%», – сказала В.Скворцова.

Говоря о дальнейших перспективах развития отрасли биомедицинских технологий, министр здравоохранения РФ В.Скворцова особо обратила внимание на принятие в июне 2016 г. Федерального закона № 180 «О биомедицинских клеточных продуктах», подготовка к принятию которого заняла около 5 лет.

– В этом году был принят закон, регулирующий биомедицинские клеточные и тканевые продукты. Реализация этого закона начнётся с 1 января 2017 г. Однако уже сейчас у нас наработано около 26 биомедицинских клеточных продуктов высочайшего современного уровня. Фактически с 1 января следующего года начнётся регистрация этих продуктов, которые хорошо себя проявили ещё на стадии экспериментов, – добавила В.Скворцова. Министр также заметила, что в настоящее время разрабатывается закон, который позволит создавать более обширные системы биобанков для правильного хранения биологических материалов.

Соб. инф.

«Круглый стол»

Женщины перекурили мужчин

В Красноярске специалисты краевого Центра медицинской профилактики организовали «круглый стол» по теме «Рост курения среди женщин. Проблемы и пути решения».

Повод для диалога медиков, педагогов и политиков более чем серьёзный. По данным Центра медпрофилактики, созданные в Красноярском крае службы медицинской помощи для желающих бросить курить – в центрах здоровья, Краевой клинической больницы и ряде других медицинских учреждений – работают в целом с хорошими результатами. Анализ результатов лечения табачной

зависимости показал, что среди курильщиков, пролеченных на базе Краевой клинической больницы, полностью избавились от данного вида аддикции 41%, среди пациентов центров здоровья – 28%. Как результат масштабной работы по реализации антитабачного закона, доля курящих среди жителей Красноярского края за последние годы стабилизировалась на уровне 33%.

Однако в 2015 г. социологический опрос показал, что начала расти доля женщин среди курильщиков, а распространённость табакокурения среди женщин в Красноярском крае за последние 5 лет увеличилась на 10% (с 19,8% в 2011 г. до 30,0% в 2015 г.).

Как отметили участники «круглого стола», в значительной мере этому способствует активная рекламная деятельность табачных компаний, которые стали ориентироваться именно на женскую и юношескую аудитории, предлагая тонкие, лёгкие, а также электронные сигареты и выдавая их за менее опасные.

Кроме того, специалисты отмечают, что, несмотря на официальный запрет рекламы табака и демонстрации сцен курения во вновь созданных фильмах на телевидении и в театральные спектаклях, сцены курения есть практически во всех постановках, что, по сути, является откровенной рекламой табака. В то же время

социальной антитабачной рекламы на телевидении практически не увидишь.

Обеспокоенные ситуацией с женским курением, участники встречи по итогам обсуждения направили депутатам Государственной Думы РФ от Красноярского края предложение сформировать запрос в Роскомнадзор. Надзорное ведомство должно провести анализ количества сцен курения во вновь созданных фильмах, транслируемых на федеральных телеканалах, а затем инициировать поправки в федеральный закон № 15 о более жёстких формулировках по запрету демонстрации сцен курения и более строгого наказания за нарушение данной нормы закона.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Стратегия «открытых дверей», которую активно демонстрируют больницы и поликлиники системы здравоохранения ОАО «РЖД», не вчера сломав преграды для получения медицинской помощи «сторонними» пациентами, вряд ли будет полно-маштабно реализована без регулярного обновления и наращивания материально-технической базы негосударственными учреждениями здравоохранения.

Банальную истину в очередной раз проиллюстрировали значимые события для медицины Забайкальской магистрали и всего Забайкальского края. В стенах читинской «дорожки» состоялась ввод в эксплуатацию самого нового в своём классе магнитно-резонансного томографа мощностью 1,5 Тесла, приобретённого за средства железнодорожной компании, а также открытие после реконструкции и ремонта 40-коечного нефрологического отделения.

Церемониальный ритуал разрезания «красной ленточки» по сему поводу врачи-железнодорожники приурочили к деловому визиту в Читу первого заместителя начальника Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД» кандидата медицинских наук Сергея Алексеева. Сергей Анатольевич и проинформировал участников



Один из корпусов дорожной больницы на терапевтической площадке, где завершилась череда больших ремонтов

Перемены

РЖД попали в «десятку»!

Стагнация в развитии лечебным учреждениям Российских железных дорог не грозит

ния им такой диагностической процедуры.

– Исследования на основе ядерного магнитного резонанса в дорожной клинической больнице на станции Чита-2 проводятся в течение 16 лет, и за прошедшее время имеющийся в распоряжении рентгенологов аппарат МРТ физически и морально устарел. Поэтому подарок компании «РЖД» попал в самую «десятку». Качество изображений теперь сравнимо с реальными фотографиями анатомических срезов, – сообщил «Медицинской газете» начальник Забайкальской дирекции здравоохранения заслуженный врач РФ Михаил Фалилеев.

На открытии обновлённого отделения для пациентов с не-

фрологических и эндокринными проблемами, помимо руководства Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД», начальства Забайкальской железной дороги, присутствовала временно исполняющая обязанности губернатора Забайкальского края Наталья Жданова. Ежегодно в этом подразделении ДКБ лечится, в том числе по полисам ОМС, около 1000 человек со всего региона. Именно здесь больным сахарным диабетом производят установку инсулиновых помп, что относится к высокотехнологичной медицинской помощи.

Площади нефрологического отделения преобразились неузнаваемо: в палатах, рассчитанных на одного, двух и четырёх человек, оборудованы не только санузлы, но и душевые кабины, имеются телевизоры. Созданы условия для комфортного пребывания лиц с ограниченными физическими возможностями. По словам директора дорожной клинической больницы на станции Чита-2 кандидата медицинских наук Петра Громова, с открытием реконструированного отделения завершился цикл всех больших ремонтов в 5-этажном корпусе на терапевтической площадке.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Чита.

Фото автора
и Андрея КРЕЧЕТОВА.



С.Алексеев и П.Громов открывают нефрологическое отделение

торжества о том, что пуско-наладочные работы аппарата МРТ были проведены в рекордно короткие сроки.

Что же до разрешающей способности самого современного представителя тяжёлой диагностической техники, впервые установленного на хирургической площадке ДКБ, то она в разы превышает мощность старого аппарата, который функционирует в терапевтическом блоке, находящемся на значительном удалении от «хирургии». Второй плюс, взаимосвязанный с первым, – отпавшая отныне необходимость в транспортировке части стационарных больных для выполне-



Сеанс МРТ на новом аппарате

Профилактика

Преодолевающая барьеры

В ожидании «очередного пришествия» гриппа

Руководитель Роспотребнадзора Анна Попова настоятельно призывает население Российской Федерации пройти вакцинацию против гриппа. Предстоящий сезон гриппа, пик которого ожидается после новогодних праздников, вызывает у главного санитарного врача России неподдельную обеспокоенность в связи с ожидаемым появлением «старого знакомого» штамма вируса гриппа A/Hong Kong (H3N2). Человечество знакомо с этим штаммом более 100 лет, но сильнее всего он запомнился тем, что в конце 60-х годов прошлого столетия вызвал сильнейшие эпидемии с тяжёлыми формами течения заболевания, особенно у детей и людей старших возрастных групп, а также с большим количеством неблагоприятных исходов. За давностью лет даже отголосков коллективного иммунитета к данному штамму уже не сохранилось, поэтому необходимо хорошо подготовиться к его «очередному пришествию».

В целом, по словам главы Роспотребнадзора, Всемирная организация здравоохранения предполагает в сезоне 2016-2017 гг. циркуляцию в северном полушарии трёх штаммов вируса гриппа. Кроме «гон-конгского», к нам пожалуют также знакомые штаммы A/California (H1N1) и B/Brisbane.

В соответствии с этим составом вакцинных штаммов в России актуализированы препараты для иммунопрофилактики гриппа. За счёт средств федерального бюджета закуплены и переданы в регионы 30 млн доз отечественных вакцин для взрослого населения и 17,7 млн доз для детей.

Прививочная кампания уже началась и, по планам ведомства, она должна завершиться к 1 ноября. В общей сложности в этом году планируется привить за счёт бюджета РФ 40% населения страны. К настоящему времени вакцинацию прошли 12% – это 17,6 млн человек.

А.Попова подчёркивает важность информационно-просветительской работы с населением, и в этом направлении большая роль отводится медицинским работникам:

– Эпидсезон 2016-2016 гг. был очень ярким. К сожалению, не обошлось без потерь. Но вместе с тем хорошо проведённая кампания по вакцинации против гриппа и сформированная таким образом высокая иммунная прослойка обеспечили то, что во всех субъектах Российской Федерации период высокого эпидемического подъёма не

превышал двух недель. Также этому способствовало то, что нам удалось преодолеть психологический барьер, и россияне стали надевать маски, заходя в общественный транспорт или бывая в местах массового скопления людей. Наши призывы услышали родители, которые перестали водить заболевших детей в школы и детские сады. Необходимо продолжить разъяснительную работу, не жалея на это времени, потому что её хорошие результаты очевидны.

Формирование коллективной иммунной прослойки против гриппа – задача, бесспорно, важная для популяции в целом. Но коль скоро российское здравоохранение взяло курс на персонализированную медицину, как вписывается в эту концепцию вакцинопрофилактика? Отвечая на вопрос корреспондента «Медицинской газеты» о воз-

можности персонализированного подхода к иммунизации, руководитель Роспотребнадзора А.Попова сказала:

– В Российской Федерации уже около 30 лет занимаются изучением напряжённости иммунитета у детей к той или иной инфекции до проведения прививки. На это выделяются средства из бюджета, потому что данная информация крайне важна. Когда-то наши американские коллеги, узнав про такие исследования в нашей стране, высказали удивление: это же дорого, зачем тратить деньги на изучение напряжённости иммунитета, если деньги тратятся на собственно иммунизацию? Они не поняли нас. И тем не менее мы продолжаем это делать. Что касается взрослых, у них тоже есть такая возможность: если человек сомневается в необходимости прививки и хочет перед вакцинацией проверить напряжённость своего иммунитета, он вправе это сделать, благо существуют тест-системы, которые определяют в крови наличие антител к тому или иному возбудителю.

Елена ЮРИНА.

МИА Сито!

– Владимир Григорьевич, если учесть, что вы ещё и выпускник Смоленского мединститута – 1968 г., то человека, более чем вы знающего жизнь факультета-юбилера, в университете просто-напросто не найти. Давайте вспомним его основателей.

– Педиатрический факультет в нашем мединституте был открыт согласно приказу Минздрава РСФСР № 32 от 05.02.1966. Но приказ-то был издан на основании ходатайства руководства вуза, возглавляемого профессором Г.Стариковым. Григорий Михайлович возглавлял институт с 1950 по 1978 г., и за 28 лет так сумел развить его материально-техническую и научную базы, что обоснования при открытии педфака в Смоленске, которые были выдвинуты ректором перед Минздравом, были приняты без сомнений и проверок, что называется, сходу. К тому же объективная необходимость о состоянии здоровья детей в регионе и окружающих Смоленщину областях, сильно пострадавших в войну, требовала резкого усиления врачебного внимания. В 50-60-е годы младенческая смертность по стране составляла более 230 случаев на 1000 родившихся детей! Однако не только этим определялась потребность системной подготовки новых профессиональных и квалифицированных кадров, которые могли бы своевременно выявлять заболевания у детей различного возраста, проводить профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, но ещё и тем, что в СГМИ фактически уже существовала педиатрическая школа доктора медицинских наук Анны Тимофеевны Петряевой. Надо было лишь её узаконить юридически, что и осуществил упомянутый выше приказ Минздрава об открытии в Смоленске педиатрического факультета.

Профессор А.Петряева (1894-1992) – легенда не только смоленской, но и советской педиатрии. В медицину она пришла профессиональным педагогом, к тому же имея опыт сестры милосердия в госпиталях Петрограда в 1915 г. Отрабатыв 6 лет учителем в городе Балаково, А.Петряева в 1919 г. поступила на медицинский факультет Саратовского университета, который окончила в 1924 г. Затем трудилась врачом-педиатром в Архангельске. С 1930 г. – в СГМИ, где в 1934 г. возглавила кафедру педиатрии, в 1938 г. – защитила докторскую диссертацию, в 1944 г., после освобождения Смоленска, работала заведующей кафедрой детских болезней. В 1959 г. Анне Тимофеевне присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР, среди её наград – медаль «За доблестный труд в Великой отечественной войне» и орден Ленина. Более 50 лет своей жизни Анна Тимофеевна посвятила развитию и становлению педиатрической службы на Смоленщине, под её руководством было защищено 2 докторских и 21 кандидатская диссертации. Горжусь, что получил «отлично», сдавая А.Петряевой педиатрию.

Яркой звездой педиатрии и великолепным организатором службы охраны здоровья женщин и детей стала воспитанница профессора А.Петряевой Антонина Георгиевна Грачёва. Окончив с отличием в 1952 г. наш институт, в 1960 г. – аспирантуру, защитив в 1962 г. кандидатскую диссертацию, Грачёва в 1963 г. была приглашена на работу на кафедру детских болезней СГМИ, а в 1966 г., когда открылся педиатрический факультет, ей была поручена организация новых для Смоленска кафедр – кафедр пропедевтики и факультетской педиатрии. После защиты докторской диссертации и получения звания

Юбилей

Предназначение факультета – Готовить... Волшебников



потому, что факультет дал им путёвку в профессию, но и помог найти себя в большой медицине. Сегодня собеседник «Медицинской газеты» – почётный профессор СГМУ, доктор медицинских наук, заслуженный работник высшей школы РФ Владимир ПЛЕШКОВ. В 1990-1994 гг. В.Плешков был деканом педиатрического факультета, затем возглавлял вуз в качестве ректора, с 2008 г. он президент СГМУ.

профессора Антонина Георгиевна несколько раз возглавляла государственные экзаменационные комиссии в Ленинградском педиатрическом и Втором московском медицинском институтах, а в 1980 г. была утверждена заместителем министра здравоохранения РСФСР. На этом посту она трудилась 10 лет. По её инициативе и непосредственному участию было подготовлено постановление Совмина республики о приоритетном решении задач охраны материнства и детства среди других служб здравоохранения, благодаря реализации которого в регионах были построены десятки детских больниц, поликлиник, родильных домов, домов ребёнка, в том числе и Российской клинической детской больницы (РДКБ) в Москве. В 2008 г. Антонина Георгиевна избрана почётным профессором Научного центра здоровья детей РАМН и награждена дипломом «За особые заслуги в охране здоровья детей».

Активно укрепляли и укрепляют традиции смоленской педиатрической школы, творчески работая в СГМУ, профессора и доктора медицинских наук Валентина Егоровна Шарабаро, Владимир Владимирович Бекезин, Анна Андриановна Яйленко, Татьяна Ивановна Легонькова, Ирина Леонидовна Алимова, Татьяна Григорьевна Авдеева, Ирина Евгеньевна Торшина, Раиса Яковлевна Мешкова, Антонина Ивановна Грекова, Татьяна Владимировна Микишева, Ольга Борисовна Новикова и многие-многие другие представители нашей медицинской науки. Всех не перечислишь, ведь на факультете-юбилере сегодня 46 кафедр!

– **Хозяйство! Самое время вспомнить о ваших коллегах-деканах...**

– Первый год существования факультета его по совместительству возглавлял опытный декан лечебного факультета Николай Фёдорович Шеломанов, затем в течение 24 лет (!) педфаком руководил доцент Валентин Иванович Асмоловский, от которого я принимал эстафету. Когда меня в 1994 г. избрали ректором, деканом стал профессор Валерий Степанович Забросов. С 1998 г. деканом факультета вплоть до прошлого года был доцент заслуженный врач РФ Анатолий Андреевич Тарасов, сейчас организацией профильного преподавания любовью дисциплины учебного плана

Педиатрический факультет Смоленского государственного медицинского университета отмечает золотой юбилей. За годы существования факультета лечебно-профилактические учреждения Советского Союза, в том числе и Российской Федерации, получили 7 тыс. высококлассных специалистов детского здравоохранения. Это массовый, как принято сейчас говорить, выход продукта. А что за ним? Если говорить о научной работе, то, как сообщил декан факультета доктор медицинских наук Денис Сосин, воспитанниками педфака защищено 112 кандидатских и 19 докторских диссертаций, издано более 400 монографий, книг, учебников, пособий и рецензий, главная тема в которых – эффективное лечение детей. Профессор Антонина Грачёва, заместитель министра здравоохранения в 80-х годах прошлого века, отвечавшая в Минздраве за сохранность здоровья женщин и детей; Леонид Стречунский (1952-2003), основатель и директор НИИ антимикробной химиотерапии (Смоленск), доктор медицинских наук, член-корреспондент РАМН; Людмила Козлова, заместитель председателя Комитета Совета Федерации РФ по социальной политике, профессор, заслуженный деятель науки РФ, – тоже учились на педиатрическом факультете СГМУ, состоялись здесь как врачи, педагоги, учёные, руководители и благодарны ему, как и другие звёзды российской педиатрии, не только

на факультете, связанной с особенностями детского возраста, улучшением материально-технической базы кафедр, эффективно занимается молодой доктор медицинских наук Денис Владимирович Сосин.

– **Владимир Григорьевич, задача перед профессорско-преподавательским коллективом во все времена стояла одна: готовить на педиатрическом факультете, образно говоря, врачей-волшебников, которые должны уметь лечить, а чаще – спасать детей, готовить докторов, несущих ответственность за будущее государства. Но: у**



Легенды российской педиатрии Анна Петряева (слева) и Антонина Грачёва

каждого времени – свои особенности в организации учебного процесса и научно-исследовательской деятельности!

– Со дня основания факультета подготовка будущих педиатров проводилась в соответствии с требованиями высшей школы и запросами практического здравоохранения. За прошедшие 50 лет очень многое претерпело изменения. Начиная с 1996 г., обучение студентов-педиатров осуществлялось в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности «педиатрия», который пересматривался каждые 5-6 лет.

С ноября 2010 по 2015 г. педиатрический факультет проводил подготовку студентов по Федеральному государственному образовательному стандарту высшего

профессионального образования. В настоящее время обучение идёт уже по новому стандарту высшего образования по специальности 31.05.02 «педиатрия» с квалификацией «врач-педиатр общей практики». Изменения коснулись и учебных планов. Так, за прошедшее время увеличилось количество изучаемых дисциплин с 30 (при организации факультета) до 46 на данный момент. За счёт введения в образовательный процесс специализированного вариативного компонента у студентов появилась возможность формирования индивидуальной образовательной программы.



За полувековую историю существования факультета значительно возросло количество часов, выделенных на освоение педиатрических дисциплин. Это способствовало появлению таких кафедр, как инфекционные болезни у детей, поликлиническая и неотложная педиатрия, иммунология и аллергология. Замечу, что значительно расширились виды профессиональной деятельности выпускника. Скажем, вкуче с основным медицинским образованием приветствуется активное занятие научно-исследовательской работой. Изменения в учебном плане затронули и методику проведения итогового контроля знаний студентов. Поменялось не только количество, но и организация проведения курсовых и государственных экзаменов.

По завершении обучения студенты сдают междисциплинарный экзамен по специальности с обязательным участием своих будущих работодателей. После получения диплома врача-педиатра выпускники проходят обязательную аккредитацию как специалисты.

Сейчас на факультете мы обучаем около 650 студентов. В процессе подготовки на первых двух курсах студент получает знания по гуманитарным, естественно-научным, математическим и медико-биологическим дисциплинам, складывая из этого своё базовое образование, информационный «фундамент» специалиста. Начиная с третьего курса, на факультете проводится профильная подготовка и обучение клиническим дисциплинам. Студентов учат собирать и проводить анализ информации о состоянии здоровья детей, профессиональному алгоритму решения практических задач, а также навыкам профессионального врачебного поведения и заполнению медицинской документации.

На сегодняшний день профильными педиатрическими кафедрами на факультете являются кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии, кафедра поликлинической педиатрии, кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии, факультета дополнительного профессионального образования, кафедра детской хирургии, кафедра инфекционных болезней у детей. Дальнейшая подготовка и совершенствование мастерства медицинских кадров, обучение врачей-педиатров, сертификация специалистов происходят на базе кафедры педиатрии дополнительного профессионального образования.

В настоящее время педиатрический факультет СГМУ имеет высокоинтеллектуальный и творческий потенциалы. Удельный вес преподавателей с учёной степенью составляет 73%. В обучении врачей-педиатров участвует профессорско-преподавательский состав университета, насчитывающий более 600 человек, среди которых 72 профессора, 92 доктора медицинских наук, 181 доцент и 392 кандидата наук. На 5 профильных кафедрах работают 10 докторов медицинских наук, 24 кандидата наук, большинство из них – выпускники факультета, что обеспечивает не только высокий учебно-методический уровень преподавания, но и преемственность в процессе обучения будущих детских врачей. На всех кафедрах факультета активно функционируют студенческие и научные кружки, что даёт возможность кафедральным коллективам подобрать будущих ординаторов и аспирантов и подготовить новые молодые кадры.

Основные направления научно-профилактической деятельности кафедр педиатрического профиля: проблемы детской кардиологии, диагностики и эффективности антимикробной терапии бактериальных инфекций у новорождённых и детей других возрастных групп при различных заболеваниях, проблемы эктопатологии, детской эндокринологии и прежде всего метаболического синдрома и костного метаболизма. Изучаются вопросы пульмонологии, нефрологии, иммунологии и аллергологии, гастроэнтерологии, инфекционных болезней и хирургических заболеваний.

Профессорско-преподавательским составом факультета по-

стоянно издаются методические пособия, монографии, которые способствуют повышению эффективности учебного процесса и улучшению качества образовательной деятельности. Издано около 500 учебно-методических пособий и рекомендаций, опубликовано более 5 тыс. статей и тезисов, 18 монографий и 20 руководств, 11 учебников, оформлено 16 изобретений и 35 рационализаторских предложений.

– Как используется потенциал преподавателей в лечебной деятельности?

– Кафедры педиатрического факультета тесно связаны с практическим здравоохранением Смоленска и области. Базами педиатрического факультета являются крупные клинические больницы, родильные дома, поликлиники, диспансеры, женские консультации. Сотрудничество кафедральных коллективов с практическим здравоохранением сопровождается систематическим обсуждением и внедрением в практику научных достижений кафедр, единством подходов к диагностике и реабилитации больных, внедрением профилактических мероприятий. Преподаватели клинических кафедр принимают активное участие в лечебно-диагностическом процессе. Заведующие кафедрами, профессора и доценты проводят обходы с анализом лечения больных, ведут консультативные приёмы. Преподаватели-клиницисты выезжают в Брянскую, Орловскую, Калужскую, Тульскую, Псковскую, Московскую и другие

– Ещё одна сторона деятельности коллектива факультета – это международное сотрудничество...

– В университете разработан план развития международного сотрудничества. У студентов, интересующихся зарубежным опытом организации педиатрической помощи, есть реальная возможность проходить производственную практику при участии ведущих зарубежных специалистов клиник городов-побратимов Хагена (Германия), Тюля (Франция), Крагуеваца (Сербия) и в педиатрических отделениях клиник городов: Тренто, Больцано и Мерано (южный Тироль, Италия), Варшавы (Польша). За последние 10 лет более 150 студентов, аспирантов и ординаторов факультета, в сотрудничестве с международным управлением под руководством доцента В.Зайцевой, приняли активное участие в международных проектах.

Профессиональная подготовка студентов факультета всегда вызывает одобрение зарубежных врачей и профессоров, что выражается в привлечении студентов к выполнению различных лечебно-диагностических мероприятий. Сотрудничество нашего университета с Германо-российским форумом им. Р.Коха и И.Мечникова позволяет успешно проводить стажировку наших доцентов и профессоров факультета. По мнению президента форума, зарубежного члена Российской академии наук профессора Хельмута



Конференция начинает свою работу

Деловые встречи

«Неделя медицинского образования – 2016»

В Первом Московском государственном университете им. И.М.Сеченова состоялась церемония торжественного открытия VII Всероссийской конференции «Неделя медицинского образования – 2016».

В ней приняли участие: Игорь Каграманян, первый заместитель министра здравоохранения РФ, Исаак Калина, руководитель Департамента образования Москвы, Алексей Хрипун, руководитель Департамента здравоохранения Москвы, Леонид Рошаль, председатель совета Национальной медицинской палаты, Пётр Глыбочко, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений России, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, а также ректоры медицинских вузов.

По сообщению пресс-службы Первого МГМУ, на конференции в Сеченовском университете собрались более 1200 участников, среди которых 100 представителей зарубежных научно-образовательных центров.

С каждым годом растёт значимость и масштабность мероприятия: двухдневная конференция переросла в формат недели медицинского образования. Эксперты отмечают, что конференция становится площадкой, на которой формируется новый подход к медицинскому образованию, его будущее.

Это подчеркнул и П.Глыбочко, открывая мероприятие. «За прошедшие годы конференция обрела ключевое значение не только как место встречи и общения профессионалов, но и как площадка для представления лучших образовательных практик с их последующим тиражированием на местах», – сказал он.

И.Каграманян в своём обращении отметил, что вопросы повышения качества подготовки специалистов для системы здравоохранения приобретают наивысший приоритет, поскольку как никогда в настоящий момент верно выражение «кадры решают всё». Система непрерывного медицинского образования, подготовки специалистов напрямую связаны с доступностью и качеством оказания медицинской помощи населению, имеют ключевое социальное значение для страны. «Недаром термин «образовательно-кадровый континуум» родился именно в рамках конференции «Медицинское образование» в Первом МГМУ. Уже традицией стало, что здесь определяется вектор развития на ближайший год всего медицинского образования страны», – подчеркнул спикер.

И.Калина в своём выступлении акцентировал внимание на совместном проекте Первого МГМУ им. И.М.Сеченова и Департамента образования Москвы «Медицинский класс в Московской школе». «Важно, чтобы выпускник школы не просто знал, а глубоко понимал суть медицинской профессии, был



Во время встречи не было равнодушных

профессионально ориентирован и обладал мотивацией в будущем реализовать себя в выбранной профессии врача. Только тогда система здравоохранения Москвы и России в целом пополнится высококлассными специалистами, профессионалами не только по образованию, но и по призванию», – заявил он.

А.Хрипун продолжил тему непрерывного медицинского образования и рассказал о том, что Департамент здравоохранения Москвы и Первый МГМУ им. И.М.Сеченова занимаются возрождением института университетских клиник на территории столицы. По его словам, университет является бесспорным лидером в этом процессе, задавая тон и подавая пример остальным медицинским вузам. Также он сообщил, что сегодня состоится рабочее заседание, где будет обсуждаться вопрос оперативной аккредитации молодых медиков, а именно создание единой оценочной базы.

По мнению Л.Рошалья, данная конференция является площадкой, где профессиональное сообщество может обсудить наиболее острые, злободневные вопросы, выработать общую позицию, сформировать единые стандарты.

Деловая программа конференции началась с выступления П.Глыбочко на тему «Современная модель медицинского образования». В своём выступлении он отметил, что сейчас в Сеченовском университете внедряется новая модель высшего медицинского образования, основанная на трёх ключевых направлениях: врач-исследователь, врач-преподаватель и врач-управленец. Именно такой подход отвечает современным вызовам к системе здравоохранения и подготовке специалистов.

«Диверсификация образовательной модели в вузе должна заключаться в пересмотре подходов к формированию новой роли врача-специалиста. Воспитание врача-исследователя, профессионала, обладающего новыми знаниями высокотехнологичной помощи, принципами персонализированной и трансляционной медицины с обязательной интеграцией с передовыми научными исследованиями

и реальной практикой в клинике, есть задача современной модели медицинского образования. Реализация этих принципов подготовки, на наш взгляд, сможет создать эффективную непрерывную и саморегулирующую систему научно-образовательного континуума, отвечающую на новые вызовы и задачи развития нашей страны», – подчеркнул ректор Первого МГМУ.

Завершилось заседание вручением ежегодной премии в сфере медицинского и фармацевтического образования России «За лучшую практику учебно-методического сопровождения образовательных программ». Награды получили 11 авторских коллективов со всей России.

В ближайшие дни в рамках конференции в стенах университета выступят признанные эксперты по важнейшим медицинским темам, будут обсуждаться итоги прошедшей летом первой аккредитации выпускников медицинских вузов, разработка сетевых образовательных программ и многое другое. Стоит отметить, что во время конференции работает выставка, демонстрирующая возможности и оснащение Федерального методического центра аккредитации специалистов, созданного на базе Первого МГМУ, пользующаяся особым вниманием посетителей. У них есть возможность лично ознакомиться с высокотехнологичным оснащением медицинских площадок, опробовать свои практические навыки на современных симуляторах и тренажёрах, увидеть всю процедуру аккредитации, разбитую на этапы. Подобная открытость системы, доступность всем желающим для знакомства с возможностями и оснащением должны сделать процедуру прохождения аккредитации максимально понятной и прозрачной как для будущих участников, так и для представителей профессионального сообщества.

Кроме этого, в рамках конференции был дан старт ежегодной эстафете «Вузовская наука. Инновации».

Подготовил
Алексей ПИМШИН.



Ассистент кафедры госпитальной педиатрии Ольга Сосина, декан доктор медицинских наук Денис Сосин, заместитель декана доктор медицинских наук Надежда Крутикова, секретарь Елена Киреева

области для оказания консультативной лечебно-диагностической помощи детям. Результатом такой плодотворной работы с практическим здравоохранением является существенное улучшение показателей здоровья детей.

Ряд сотрудников являются главными специалистами Департамента Смоленской области по здравоохранению, руководителями лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений, членами аттестационной комиссии Департамента Смоленской области по здравоохранению. По гигиене детей и подростков – это Т.Авдеева, по инфекционным болезням у детей – А.Грекова, по детской эндокринологии – И.Алимова, по неонатологии – М.Каландия, по неврологии – Е.Кислякова, по аллергологии-иммунологии – Р.Мешкова, по кардиологии – И.Цветная. Главными врачами ЛПУ стали педиатры-выпускники: кандидат медицинских наук, заслуженный врач России В.Олейникова (Городская детская больница, Смоленск), кандидат медицинских наук В.Макарова (Областная детская клиническая больница), кандидат медицинских наук О.Дайнеко (Дом ребёнка «Красный Бор»), Н.Сулимова (Реабилитационный центр «Феникс»).

Хана, педиатрический проект является одним из самых успешных и перспективных совместных российско-германских проектов в области медицины, его расширение планируется за счёт введения новых педиатрических специализаций и привлечения молодых учёных.

Для белорусских студентов в Витебском государственном педиатрическом университете, вузе-партнёре СГМУ, который систематически проводит акцию «Дни педиатрии», по приглашению руководства вуза читают лекции наши профессора: В.Бекезин, Т.Авдеева, А.Айленко и Т.Мякишева.

Как видите, жизнь педиатрического факультета СГМУ интересна своей насыщенностью, учебными, научными и воспитательными мероприятиями. А главное – эффективная педиатрическая и лечебная работа создаёт для будущих врачей достаточную и прочную базу знаний и умений для самостоятельной профессиональной деятельности, учит их использовать передовые научные достижения современной медицины для охраны здоровья детей.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 72 (2011)

Термин «экология» был предложен в 1866 г. крупнейшим немецким зоологом (биологом-дарвинистом) Эрнстом Геккелем (1834-1919). Термин образован из двух греческих слов: «ойкос», что означает дом, жилище, и «логос» – наука, изучение.

Экологически зависимые составляют болезни: системы кровообращения; нервной системы и органов чувств, психические расстройства; органов дыхания; органов пищеварения; крови и кроветворных органов; кожи и подкожной клетчатки; эндокринной системы, расстройства питания, нарушение обмена веществ; мочеполовых органов (в том числе патология беременности); врождённые аномалии; новообразования: рта, носоглотки, верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов, лёгких и др., органов пищеварения, мочеполовых органов. Нередко отдельные нозологии экологически зависимых болезней «перетекают» в экологически обусловленную патологию (природно обусловленные и антропогенные) и социально значимые болезни. Часто экологически зависимая патология, связанная с воздействием антропогенных загрязнителей имеет единую этиологию, патогенез и клинические проявления, принципы лечения с профессиональными заболеваниями, обусловленными воздействием тех же химических соединений.

Интоксикация соединениями ртути

Ртуть (Hg) — единственный из металлов, который при нормальных условиях находится в жидком агрегатном состоянии. При комнатной температуре представляет собой тяжёлую серебристо-белую заметно летучую жидкость, пары которой чрезвычайно ядовиты. В природе ртуть встречается как в самородном виде, так и образует ряд минералов. Это относительно редкий элемент в земной коре со средней концентрацией 0,08 частей на миллион. Однако ввиду того, что она слабо связывается химически с наиболее распространёнными в земной коре элементами, ртутные руды могут быть очень концентрированными по сравнению с обычными породами. Наиболее богатые ртутью руды содержат до 2,5% ртути. В России известно более 20 месторождений ртути, промышленные запасы составляют более 15 т.

Чаще всего ртуть получают путём восстановления из её наиболее распространённого минерала — киновари (сульфид ртути). Этот способ применяли алхимики древности. Уравнение реакции горения киновари: $\text{HgS} + \text{O}_2 \rightarrow \text{Hg} + \text{SO}_2$.

Соединения ртути (оксиды и соли) и сама ртуть применяются в технике, для изготовления измерительных приборов – барометров и манометров, вакуумных насосов, источников света, в химической промышленности, медицине. Ртуть применяется в изготовлении термометров, парами ртути наполняются ртутно-кварцевые и люминесцентные лампы. Ртутные контакты служат датчиками положения. Сплав ртути с таллием используется для низкотемпературных термометров. Металлическая ртуть служит катодом для электролитического получения ряда металлов, хлора и щелочей, в химических источниках тока (например, ртутно-цинковых), в источниках напряжения и др. Также ртуть используется для переработки вторичного алюминия и добычи золота. Кроме того, металлическая ртуть применяется для получения целого ряда важнейших сплавов. Раньше различные амальгамы металлов, особенно амальгамы золота и серебра, широко использовались в ювелирном деле, в производстве зеркал и зубных пломб, но в связи с высокой токсичностью ртути к концу XX века были практически вытеснены из этих сфер (замена амальгамирования на напыление и электроосаждение металлов, полимерные пломбы в стоматологии).

Жёлтый оксид ртути входит в состав глазной мази и мазей для лечения кожных заболеваний. Хлорид ртути, который называется сулема, также является очень токсичным. Сулема применялась в медицине как дезинфицирующее средство, в технике она используется для обработки дерева, получения некоторых видов чернил, травления и чернения стали. В сельском хозяйстве сулема применяется как фунгицид. Бромид

ртути применяется при термохимическом разложении воды на водород и кислород (водородная энергетика).

Амидохлорид ртути (белый преципитат ртути) входит в состав некоторых мазей. В ветеринарии амидохлорид ртути применяется как средство против паразитарных заболеваний кожи. Нитрат ртути применяется для отделки меха и получения других соединений этого металла. Токсичность нитрата ртути примерно такая же, как и токсичность сулемы. Многие органические соединения ртути используются в качестве пестицидов и средств для обработки семян в составе вакцин (консервирующий компонент).

В Средние века отравление ртутью получило название «болезнь сумасшедшего шляпника», так как ею заболевали мастера,

применявшие ртутные препараты при изготовлении фетровых шляп. Это может вас удивить, но в XIX веке в Англии никто этому не удивлялся. Почему одного из персонажей знаменитой книги Льюиса Кэрролла «Алиса в стране чудес» звали так странно – Сумасшедший Шляпник? На самом деле его не совсем адекватное поведение в книге объяснялось профессиональным занятием: шляпники подолгу контактировали с нитратом ртути, применявшимся при изготовлении войлочных шляп (особенно широко в XVIII-XIX веках). Мастера получали ртутные отравления, вплоть до развития слабоумия. В Англии того времени было расхожим выражение «ненормальный как шляпник».

Около 120 человек, производивших в прошлом веке золочение куполов Исаакиевского собора в Петербурге, получили смертельное отравление. Купола золотили, натирая металлическую кровлю амальгамой золота – раствором золота в ртути. Смертельное отравление было вызвано парами ртути, которыми ежедневно дышали рабочие. Ни они сами, ни руководители работ, плохо зная токсические свойства ртути, не обратили своевременно внимания на тревожные симптомы начавшегося отравления: отсутствие аппетита, головные боли и желудочные расстройства.

Болезнь Минамата – синдром, вызываемый отравлением органическими соединениями ртути, преимущественно метилртутью. Была впервые обнаружена в Японии, в префектуре Кумамото в городе Минамата в 1956 г. Симптомы включают нарушение моторики, парестезию в конечностях, ослабление зрения и слуха, а в тяжёлых случаях – паралич и нарушение сознания, завершающиеся летальным исходом. Причиной возникновения болезни послужил продолжительный выброс компанией Chisso в воду залива Минамата ртути, которую донные микроорганизмы в своём метаболизме преобразовывали в метилртуть. Далее по пищевой цепочке метилртуть попадала в рыбу. Отравления людей были связаны с употреблением в пищу рыбы, выловленной в заливе.

Другой шокирующий случай отравления ртутью произошёл в Ираке в начале 1970-х годов: 6 тыс. человек, евших хлеб из зерна, обработанного ртутными препаратами, были госпитализированы, 500 из них погибли. Семена, обработанные гербицидом на основе метилртути, были изначально предназначены для посева, но каким-то образом попали в хлеб. Подобные отравления произошли в Гватемале и Пакистане. В 1967 г. высокое содержание ртути в рыбе привело к запрету на промышленный лов в 40 шведских озёрах. По той же причине лов рыбы был запрещён в некоторых озёрах Северной Америки.

Предельно допустимая концентрация ртути в воздухе рабочей зоны – 0,01 мг/м³. В организм ртуть проникает через органы дыхания, желудочно-кишечный тракт. Определение уровня ртути в моче имеет большое практическое значение. В то же время следует учитывать, что количество ртути в моче не соответствует тяжести интоксикации, а зависит в основном от концентрации её во вдыхаемом воздухе. То есть человек может быть «носителем» ртути без риска развития интоксикации.

Патогенез. Ртуть относится к группе тиоловых ядов. Попадая в организм, соединяется с белками, циркулирует в виде альбуминатов, нарушает белковый обмен, течение ферментативных и рефлекторных процессов, является источником афферентных импульсов, поступающих в кору головного мозга. По классу опасности ртуть относится к первому классу (чрезвычайно опасное химическое вещество). Ртуть реагирует с SH-группами белковых молекул, среди которых – важнейшие для организма ферменты. Ртуть также реагирует с белковыми группами – COOH и NH₂ с образованием прочных комплексов – металлопротеидов. А циркулирующие в крови ионы ртути, попавшие туда из лёгких, также образуют соединения с белковыми молекулами. Нарушение нормальной работы белков-ферментов приводит к глубоким нарушениям в организме, и прежде всего – в центральной нервной системе, а также в почках.

Острые отравления неорганическими соединениями ртути (дихлорид, цианид, нитрат ртути) происходят при ошибочном приёме их внутрь или использовании в суицидальных целях. Наиболее токсичен при этом дихлорид ртути (сулема). Смертельная доза су-

и выраженность вегетативных нарушений. Стадия умеренно выраженных изменений обычно развивается у тех, кто имеет большой стаж работы в контакте с ртутью или в случае позднего начала лечения больных с признаками интоксикации. У больных появляются резкая слабость, упорные головные боли, бессонница, повышенная раздражительность, плаксивость, склонность к депрессивным реакциям. Постепенно нарастают симптомы эмоциональной лабильности: беспричинный смех, застенчивость, повышенная смущаемость. Больной становится робким, рассеянным, ему трудно выполнять работу в присутствии посторонних. Всё это наблюдается на фоне выраженного функционального расстройства нервной системы, протекающего по типу астено-невротического или астено-вегетативного синдрома и напоминает симптоматику «ртутного» эретизма.

Характерным симптомом для хронической интоксикации ртутью является тремор пальцев вытянутых рук, который носит постоянный характер и выявляется чаще всего при общем волнении больного. При прогрессировании интоксикации тремор становится крупноразмашистым, мешает выполнять

Экопатология

лемы – 0,5 г. Приём сопровождается жгучей болью во рту, глотке, пищеводе, в области желудка, по ходу толстой кишки. Отмечаются головная боль, обильное слюноотечение, неприятный запах изо рта, покраснение и кровоточивость дёсен, стоматит, некротические налёты на слизистой оболочке языка, зева и глотки. Возможен отёк гортани. Наблюдаются тошнота, длительная упорная рвота, понос со слизью и примесью крови. Часто повышается температура тела. В тяжёлых случаях развивается некротический нефроз.

В сравнительно лёгких случаях отравления через 2-3 недели нарушенные функции восстанавливаются. При острых отравлениях ртутью, особенно при попадании в желудок её диссоциирующих солей (диоксид ртути, оксидианид ртути, нитрат ртути), одновременно с введением унитиола дают антидот металлов (Стржижевского), 100 мл этого антидота нейтрализуют до 4 г сулемы. Перед приёмом антидота дают выпить 200-300 г воды, подкислённой уксусом или лимонной кислотой. Спустя 10 минут через зонд промывают желудок слегка подкислённой водой, к которой можно добавить 100 мл того же противоядия, до появления чистых вод. После промывания через зонд вводится слабительное.

При отсутствии антидота следует немедленно обильно промыть желудок водой с 20-30 г активированного угля или белковой водой (2 взбитых яичных белка на 1 л воды), после чего дать молоко, взбитый с водой яичный желток, а затем слабительное, прополоскать рот 5%-ным раствором перманганата калия или раствором бертолетовой соли. Одновременно с перечисленными мерами дезинтоксикации начинается борьба с острой почечной недостаточностью. Рекомендуются физиотерапевтические методы лечения: сероводородные ванны, гальванические ванны с гипосульфитом натрия или серой, ультрафиолетовое облучение в сочетании с тёплыми хвойными ваннами. Целесообразно лечение на курорте (Мацеста, Пятигорск и т.д.) серными и сероводородными ваннами. В рацион питания рекомендуется включать липотропные вещества и пектины.

Сроки лечения и реабилитации больных, как при острых, так и при хронических отравлениях затягиваются на длительное время. Это связано с тем, что соединения ртути медленно выводятся из организма.

Хроническая интоксикация возникает у работающих в условиях длительного контакта со ртутью. В зависимости от степени выраженности патологического процесса в клиническом течении хронической интоксикации ртутью различают три стадии: начальную (функциональную), умеренно выраженных изменений и выраженную. Начальная стадия или стадия «ртутной» невралгии отличается малосимптомностью и быстрой обратимостью. У больных отмечаются общее недомогание, головная боль, плаксивость, снижение памяти, нарушение сна. Ночной сон, как правило, тревожный, прерывистый, нередко с устрашающими сновидениями, днём присутствует сонливость, даже во время работы. Всё это сопровождается неприятными ощущениями металлического вкуса во рту, обильным слюноотечением.

При осмотре обращают на себя внимание эмоциональная неустойчивость больного

точные движения. Синдром раздражительной слабости сопровождается повышением возбудимости вегетативной нервной системы, в первую очередь её симпатической части. Это проявляется лабильностью пульса, склонностью к тахикардии, артериальной гипертензии, неустойчивостью сердечно-сосудистых реакций, появлением ярко-красного стойкого дермографизма, эритемных пятен на груди, шее при волнении, повышенной потливостью. Вегетативные нарушения сочетаются с расстройствами эндокринных желёз (щитовидной, половых). У женщин чаще наблюдается гиперменорея, переходящая в гипоменорею. К числу постоянных симптомов интоксикации ртутью относятся изменения дёсен: разрыхлённость, кровоточивость, в дальнейшем переходящие в гингивит и стоматит.

Третья стадия – стадия выраженных изменений, токсической энцефалопатии. Больные отмечают появление упорных головных болей без чёткой локализации, жалуются на постоянную бессонницу, нарушение походки, слабость в ногах. Наблюдаются состояния страха, депрессии, снижение памяти и интеллекта. Возможны галлюцинации. Интенционное дрожание пальцев рук нередко сопровождается хореоподобными подергиваниями в отдельных группах мышц. Дрожание имеет тенденцию к генерализации, распространяется на ноги (тремор вытянутых приподнятых ног при горизонтальном положении туловища). Также отмечается микроорганическая симптоматика: анисокория, сглаженность носогубной складки, отсутствие брюшных рефлексов, разница в сухожильных и периостальных рефлексах, нарушение мышечного тонуса, гипомимия, дизартрия. Может развиваться шизофреноподобный синдром.

Появляются галлюцинаторно-бредовые явления, страх, депрессия и «эмоциональная тупость». Отмечаются психосенсорные расстройства, изменение схемы тела, сумеречное сознание. Токсические энцефалопатии трудно поддаются даже активному длительному лечению. В литературе описаны единичные случаи ретробульбарных невритов, периодическое сужение полей зрения. При длительном воздействии ртути иногда обнаруживаются отложения ртути в хрусталике («меркуриалентис»).

Профилактика. Дополнительными медицинскими противопоказаниями для работы с ртутью являются хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи, болезни зубов и челюстей (хронический гингивит, стоматит, периодонтит), хронический гастрит, заболевания печени и желчевыводящих путей, периферической нервной системы, наркомании, токсикомании, хронический алкоголизм, шизофрения и другие эндогенные психозы.

Лечение. С учётом степени выраженности патологического процесса лечение должно быть комплексным, дифференцированным. С целью обезвреживания и выведения ртути из организма рекомендуется применение антидотов: унитиола, сукцимера, натрия тиосульфата. Наиболее эффективен унитиол, сульфгидрильные группы которого вступают в реакцию с тиоловыми ядами, образуя нетоксичные комплексы, которые выводятся с мочой. К комплексообразующим соединениям, способствующим выведению ртути из организма, относится D-пеницилламин,

однако применение его из-за побочных явлений ограничено. В комплекс лечебных мероприятий целесообразно включать средства, способствующие улучшению метаболизма и кровоснабжения мозга. При выраженной эмоциональной неустойчивости и нарушении сна показаны препараты из группы транквилизаторов, одновременно назначают небольшие дозы снотворных средств (фенобарбитал, барбамил). Медикаментозную терапию следует сочетать с применением гидропроцедур (сероводородные, хвойные и морские ванны), ультрафиолетового облучения, лечебной физкультуры, психотерапии.

Интоксикация хлорорганическими соединениями, диоксинами

Применение их в хозяйственных целях может приводить к сильному загрязнению среды и нежелательным последствиям. В своё время открытие инсектицидных свойств дихлордифенилтрихлорэтана (ДДТ) было оценено Нобелевской премией. Его мировое производство в течение почти 30 лет достигало ежегодно 100 тыс. т, а применение спасало урожаи многих сельскохозяйственных культур, а также и лесные насаждения. Препараты ДДТ создавали помехи в экосистемах для экономически вредных консументов, защищали урожаи, но сам ДДТ и некоторые примеси в препаратах, помимо токсичности для теплокровных животных, обладают способностью прогрессивно накапливаться в звеньях пищевых цепей. Есть данные, что при попадании препаратов, близких к ДДТ, в воду в количестве 0,014 части на миллион его содержание в планктоне составляет уже 0,5 части, а в мышцах рыб – 221 часть, то есть возрастает более чем в 104 раза. Неожиданно ДДТ обнаружили в тканях пингвинов в Антарктиде, где его никогда не применяли. Сейчас его использование запрещено.

Диоксины – это группа веществ, которые называют суперэкоотоксикантами в силу их чрезвычайно высокой токсичности и биологической активности, включает дибензо-1,4-диоксины (ПХДД), дибензофураны (ПХДФ) и бифенилы (ПХБФ), а также сотни хлор-, бром- и хлорброморганических циклических эфиров. Диоксины образуются во многих технологических процессах – от целлюлозно-бумажного, металлургического и других производств до биологической очистки сточных вод и хлорирования питьевой воды, сжигания отходов, сгорания топлива в двигателях.

Эти вещества по своей токсичности превосходят соединения тяжёлых металлов, хлорорганические пестициды (ДДТ, гексахлоран и пр.), а по канцерогенности – ароматический углеводород бензпирен.

Интоксикации хлорорганическими соединениями известны в течение длительного времени. Так, в начале 30-х годов фирма Dow Chemical разработала метод получения полихлорфенолов для консервации древесины, ставших известными как «дауциды», а уже в 1936 г. в штате Миссисипи были обнаружены случаи хлоракне среди рабочих, использующих дауциды. В это же время началось развитие крупнотоннажных химических производств, при которых образуются диоксины. На одном из таких заводов всемирно известной фирмы Monsanto в США в 1949 г. отмечено поражение рабочих диоксинами (пострадало 288 человек).

Тогда же в результате неконтролируемого синтеза трихлорфенола произошло загрязнение диоксинами территории завода фирмы BASF в Людвигсхафене (Западная Германия) и при этом заболело 75 человек. Спустя почти 40 лет в крови этих людей были выявлены высокие концентрации маркёрного соединения диоксиновой группы – 2,3,7,8-тетрахлордibenzo-п-диоксина (ТХДД). В 1961-1962 гг. и в 1965-1967 гг. в Уфе на предприятиях «Химпрома» были отмечены массовые поражения рабочих при производстве гербицида 2,4,5-трихлорфеноксиуксусной кислоты. Также поражения хлорорганическими соединениями характерны для рабочих заводов по производству хлорорганических соединений в Дзержинске (Нижегородская область) и Чапаевске (Самарская область).

Осенью 1964 г. ВВС США приступили к массированным военным действиям с использованием гербицидных дефолиантов во вьетнамских джунглях, где скрывались вьетнамские партизаны (операция Ranch Hand). В ходе этой войны было применено около 96 тыс. т гербицидов, из них 57 тыс. т соединений, содержащих, по разным оценкам, от 170 до 500 кг диоксинов. Пострадало не только мирное население, но и сами американские солдаты, проводившие эту «экологическую» операцию. В середине 60-х годов упомянутая выше фирма Dow Chemical финансировала так называемые «научные исследования», в ходе которых диоксины наносили на кожу заключённым.

Болезнь Юшо. В 1968 г. в юго-западной Японии (деревня Юшо) зарегистрирована

массовая вспышка отравлений после употребления в пищу коммерческого рисового масла, которое случайно было загрязнено ПХБ и ПХДФ – пострадало 1786 человек. Этот эпизод получил название «болезнь Юшо» или «масляная болезнь». Аналогичный случай имел место и позже на Тайване, когда в 1979 г. пострадало около 2600 жителей области Ю-Ченг.

Наиболее известна своими масштабами и трагическими последствиями химическая катастрофа в Севезо (Италия) летом 1976 г., на заводе фирмы ICMESA по производству трихлорфенола. В результате взрыва несколько килограммов ТХДД заразило обширную территорию. Пострадало около 1000 человек; число новорождённых детей с врождёнными аномалиями развития увеличилось на протяжении 2 лет в 15 раз. В 1993 г. была установлена прямая зависимость между выбросом диоксинов и ростом злокачественных опухолей в Севезо.

Хлорорганические соединения относятся к сельскохозяйственным ядохимикатам. У человека контакты с этими соединениями происходят при их производстве и применении. Описано довольно много признаков и симптомов хронической интоксикации, которые зависят от пути поступления токсинов в организм: кожные проявления – хлоракне, гиперпигментация, гиперкератоз; печёночный синдром – фиброз печени, поражение поджелудочной железы, повышенное содержание трансаминазы и триглицеридов в крови, повышенное содержание холестерина, потеря аппетита и похудение, расстройство пищеварения (рвота, тошнота, нарушения стула, непереносимость алкоголя и жирной пищи); сердечно-сосудистый синдром – одышка и сердцебиение при незначительной нагрузке и преходящие боли в области сердца: миокардиодистрофия, артериальная гипотония; респираторный синдром – поражения верхних дыхательных путей, хронический токсический бронхит, который характеризуется диффузной атрофией слизистой оболочки, снижением скоростных показателей вентиляции, повышением вязкостного сопротивления.

Синдром иммунологической недостаточности – снижение активности фагоцитоза, компенсаторное повышение фибронектина, понижение показателей Т-клеточного иммунитета, повышение количества натуральных киллеров и В-лимфоцитов; полиневритический синдром – слабость, парестезии и боли в конечностях, снижение мышечного

тонуса и мышечной силы, заторможенность или полное отсутствие сухожильных рефлексов, диффузное снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей по типу «высоких перчаток», часто этому сопутствуют вегетативные расстройства: акроцианоз, акрогипергидроз, гипотермия конечностей.

Астено-вегетативный синдром – сексуальные расстройства (падение либидо, импотенция), головокружение, понижение работоспособности, расстройство сна, повышенная потливость; объективно: тремор пальцев рук, неустойчивость в позе Ромберга, нарушение координации при пальценосовой пробе; исследование корковой нейродинамики указывает на признаки раздражительной слабости, ослабление процессов внутреннего торможения, нарушение подвижности и уравновешенности основных нервных процессов; нарушение вегетативно-сосудистой регуляции – артериальная гипотония, патологические сосудистые реакции на термические раздражители. Вопрос о том, являются ли хлорорганические соединения причиной онкологических заболеваний, окончательно не решён. Но имеющиеся материалы свидетельствуют о подъёме уровня заболеваемости раком органов респираторного тракта, пищеварительной системы и других локализаций у рабочих хлорных производств.

Хлорорганические соединения способны влиять и на репродуктивную систему. У рабочих, занятых в производстве хлорфеноксигербицидов, полихлорбензола отмечены снижение либидо и импотенция, а у их жён заметно участились случаи самопроизвольных абортов. Экспериментально было доказано, что хлорорганические соединения попадают в организм потомства с молоком матери. В районах, загрязнённых хлорорганическими соединениями, отмечен высокий уровень их содержания в грудном молоке.

Это приводит к тому, что дети уже в раннем возрасте могут заболеть хлоракне. Кроме того, такие дефекты развития, как «заячья губа», анэнцефалия и некоторые другие, признаны прямым следствием воздействия хлорорганических соединений на организм. В связи с опасностью отравления хлорорганическими соединениями все виды работ с ними проводятся с обязательным использованием средств индивидуальной защиты (спецодежды, спецобуви, респиратора, противогаса, защитных очков и т.д.).

(Окончание следует.)

Ущемлённые паховые грыжи у детей

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

(Окончание. Начало в № 75 от 05.09.2016.)

Хирургическое вмешательство проводят под общим обезболиванием после общепринятой схемы премедикации.

Оперативное лечение

Операцию по поводу ущемлённой грыжи проводит наиболее квалифицированный врач отделения, а по дежурству – старший хирург бригады с обязательным наличием ассистента.

Производят косой послойный разрез передней брюшной стенки над и параллельно паховой связке, обнажают апоневроз наружной косой мышцы и наружное отверстие пахового канала. Тупым способом освобождают место перехода апоневроза в паховую связку. Осторожно выделяют грыжевой мешок (отграничивают его марлевыми салфетками) и вскрывают между пинцетами. На этом этапе у новорождённых и грудных детей часто происходит самопроизвольное вправление содержимого органа грыжевой мешок выделяют, прошивают у основания и удаляют. Яичко возвращают в мошонку, пластику пахового канала производят по Ру-Краснобаеву. При необходимости вправления грыжевого содержимого следует рассечь наружное паховое кольцо и апоневроз наружной косой мышцы живота. Если ущемлённые органы (петля кишки, придатки матки и др.) жизнеспособны, их вправляют в брюшную полость, обрабатывают и удаляют грыжевой мешок. Пластику пахового канала производят по Мартынову – Жирау. У девочек паховый канал зашивают наглухо отдельными шёлковыми швами в 2 слоя.

При нежизнеспособности ущемлённого органа производят герниолапаротомию (рассекают брюшную стенку от пахового канала



Рис. Алгоритм экстренной операции

сверху на 5-7 см). Осторожно подтягивают изменённую кишку, производят ревизию и резецируют в пределах здоровых тканей, отступая на 10-15 см от линии странгуляции.

Очевидные перспективы снижения травматичности оперативного лечения детей с ущемлёнными паховыми грыжами об-

условлены расширением показаний к эндохирургическим вмешательствам. Необходимо учитывать, что данные технологии могут быть реализованы в специализированных стационарах (отделениях) с соответствующим уровнем материально-технического оснащения и персоналом, располагающим опытом эндохирургических вмешательств у детей с несложными паховыми грыжами.

Алгоритм обоснования лечебной тактики при ущемлённых паховых грыжах у детей представлен на рисунке.

Послеоперационное лечение

Ребёнку назначают на 2-3 дня антибактериальную терапию. Для профилактики отёка мошонку подтягивают кпереди повязкой, применяют физиотерапию (соллюкс). Активность ребёнка не ограничивают, разрешают поворачиваться в постели, самостоятельно садиться на 2-е и 3-и сутки после операции. Больной получает обычную (по возрасту) диету. Детей первых месяцев жизни прикладывают к груди матери через 5-6 часов после операции.

Для предупреждения осложнений со стороны раны у грудных детей следует при загрязнении менять наклейку. Швы снимают на 5-6-е сутки после операции, и на следующий день ребёнка выписывают из стационара.

Развитие инфильтрата послеоперационной раны определяет необходимость назначения поля УВЧ и продления курса антибиотиков. При нагноении послеоперационной раны у ребёнка резко ухудшается общее состояние, повышается температура тела. Изменяются данные анализов крови (лейкоцитоз со сдвигом в формуле влево). При подозрении на возникновение нагноения следует (кроме антибактериальных и общеукрепляющих мероприятий) пугочатым зондом развести склеивающиеся края раны и поставить на одни сутки тонкий резиновый дренаж. Как правило, этого бывает достаточно для ликвидации осложнения. В ряде случаев требуется снятие швов и разведение краёв всей раны.

Дети школьного возраста после выписки домой освобождаются от занятий на 7-10 дней и от физической нагрузки на 2 месяца. В последующем необходимо диспансерное наблюдение хирурга за ребёнком, так как в 3,8% случаев возникают рецидивы грыжи, требующие повторной операции.

Профилактика ущемлённых паховых грыж

Основу профилактики ущемления паховых грыж составляет своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение пациентов, начиная с периода новорождённости.

Проведение операций при паховой грыже на основе стационарозамещающих технологий является высокоэффективным с позиций организации лечебного процесса, позволяет минимизировать материальные затраты семьи, экономить финансовые ресурсы медицинской организации, а также снизить негативное влияние психоэмоциональных факторов, связанных с госпитализацией детей.

Под редакцией директора НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессора Владимира РОЗИНОВА.

В архитектурный ансамбль столичного Нового Арбата вошло очень красивое здание – Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии, призванный решать непростые задачи. На недавно прошедшем президиуме Госсовета Президент РФ В.Путин говорил о необходимости развивать наши курорты. Сегодня мы беседуем о них с директором центра, главным специалистом по санаторно-курортному лечению Минздрава России, доктором медицинских наук, профессором Мариной ГЕРАСИМЕНКО.

Самый надёжный фундамент

– Марина Юрьевна, коллегам вашего учреждения предстоит взяться за решение весьма и весьма непростых проблем. И я в курсе, что вы не сомневаетесь в успехе. И всё же, в чём вы видите главное преимущество ваших коллег, которое станет залогом полноценной творческой жизни коллектива, без чего невозможен этот успех?

– На этот вопрос отвечу коротко: я уверена в том фундаменте, на котором стоит наша специфическая наука. А чтобы понять это, оглянемся на три века назад, когда в России зародилась курортная медицина, и с тех пор лучшие врачебные умы продвигали в жизнь курортологию, её основы и принципы. Специальность претерпела, как и сами учреждения этого профиля, много переименований, структурных перестроек, сотрудники пережили многих директоров, но каждый учёный, руководитель вносил свою лепту. Если в первое время в учреждении уделяли внимание лечебной гимнастике, массажу, протезному делу, спортивной медицине, обучали и помогали жить военным инвалидам, развивали и внедряли физиотерапию, то с годами задачи усложнились. На стадии организации институтов улучшалось их оснащение, внедрялась новая техника, изучались современные факторы медицинской помощи, такие как магнитотерапия, лазеротерапия, принципы долечивания и восстановления пациентов. Настало время, и начали развивать и внедрять в работу методы физиотерапии, бальнеологии, открывать новые отделения, издавать научные труды. В последние годы произошло объединение первичной и вторичной профилактики в охране здоровья человека и медицинской реабилитации. За плечами моих коллег, как и у меня, большая научная школа, много учеников, большой опыт педагогической работы. Благодаря всему этому сегодня наше учреждение – не просто головной институт по проблеме, это современный мощный лечебно-диагностический центр, являющийся одним из старейших, ему скоро исполнится 100 лет, я горжусь им. Кроме того, он один из лучших по оснащённости, его научные направления разнообразны, а наши специалисты – высокие профессионалы. Сегодня нам доверена разработка Государственного реестра курортного фонда РФ, являющегося базой, регулирующей процесс санаторно-курортной отрасли. Всё это и является основой наших сегодняшних достижений и залогом будущих успехов.

– Хотите напомнить, что сегодня вы – флагман важного направления в реабилитационной и курортологической службе в стране?

– В настоящее время – да. Название центра возлагает на нас большую ответственность. Наши учёные работают в разных направлениях: ведут разработки проектов нормативных документов, актов, занимаются клинической апробацией, вырабатывают кли-

нические рекомендации, которые касаются санаторно-курортного дела. Благодаря немедикаментозным методам лечения человек может самостоятельно справиться с болезнью. Мы занимаемся также и образовательной деятельностью: у нас есть учебно-методический центр, который готовит врачей и физиотерапевтов, курортологов, специалистов по лечебной физкультуре, мануальной терапии и, конечно, наша ведущая деятельность – лечебная. Хочу похвастаться – в этом году мы стали намного больше: если раньше у нас был только реабилитационный комплекс в Перхушково и санаторно-курортный комплекс в Геленджике – это наше базовое учреждение, которым руководит доктор меди-

цины, они нуждаются в реабилитации. Наша задача – предложить такие методики, которые максимально помогут восстановить человека, чтобы он мог вернуться к труду, самостоятельно себя обслуживать. Одно из серьёзных заболеваний века – остеопороз. Министерство здравоохранения поручило нам провести клиническую апробацию методов реабилитации этих больных и больных с компрессионными переломами позвоночника. Все новинки помогут пациентам заниматься восстановлением функций самостоятельно у себя дома, а это уже социально значимая проблема.



интересные разработки, но они – «вещь в себе», а когда разные специалисты собираются, рассказывают об этом, их знания обогащают друг друга. Это та самая школа, которая корнями уходит в прошлое, мы стараемся её возродить. Даже в революционное время были так называемые университетские кружки, где молодые обменивались своими идеями, что потом становилось общеизвестным. Сейчас появляются те ребята, которые хотят учиться, у них есть должный объём знаний, они смотрят на мир ещё открытыми глазами, важно научить их работать комплексно и правильно.

У нас уникальный курс по бальнеологии и физиотерапии, есть

Ориентир

Восстановительная медицина: лидер остаётся лидером

В этом учреждении разрабатывают главные приоритеты современной реабилитации

цинских наук М.Никитин, то сейчас к центру присоединились ещё 5 санаториев Минздрава России. Причём эти санатории одни из лучших: здесь отработывают базовые научные методики для Кавказского региона.

Мы – первопроходцы

– Успех в любой работе всегда связан с багажом знаний, опытом специалиста, но вы ещё подчёркиваете, что хороших результатов достигаете благодаря тому, что центр – многопрофильное учреждение...

– Считаю это огромным плюсом. К нам на реабилитацию попадают пациенты, перенёсшие острые повреждения кровообращения, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, диабетом, нарушениями костно-мышечной системы, гинекологическими и другими недугами. Мы сумели в своих филиалах сохранить квалифицированные кадры и дорожим этим капиталом. Сколько угодно можно говорить, что у нас красивое современное здание, прекрасное оборудование, но если в центре, в регионах нет настоящих профессионалов, то кому это чудо научно-технического прогресса нужно.

Сегодня наша задача – отработать новые методики, новые подходы к курортологии, реабилитации и главное – научить врачей использовать их в своей работе, внедрить в санаторно-курортные учреждения. В нашей стране сохранилась великолепная школа по курортологии. Благодаря её достижениям мы сумели провести два международных конгресса по санаторно-курортному лечению, на которых был отмечен высокий научный уровень, и мы получили право провести в России II мировой конгресс по гидрологии и бальнеологии. Это есть конкретное признание больших достижений отечественной курортологии. Сейчас нам нужно добиться того, чтобы все лучшие методики применялись в нашей стране.

– А можно конкретно назвать те научные методики, которыми вы сегодня гордитесь, считаете самыми интересными?

– У нас проходит сейчас клиническая апробация доступных методик по лечению и реабилитации больных с энцефалопатией. Сегодня в стране много пациентов, перенёсших мозговые

– Вы используете в ходе восстановления и давно отработанные методики. А не слишком ли их много?

– Нет. Во-первых, у наших специалистов большой опыт работы, ведь у человека всегда несколько патологий, а потому не одному, а нескольким врачам приходится им заниматься.

– Вы правильно заметили, что ваш центр подобен многопрофильной больнице, где «под рукой» все специалисты, а значит и помощь более эффективна...

– Задача специалистов центра – найти эффективные, но ускоряющие пути к выздоровлению методы, чтобы за две недели провести максимальный курс лечения, научить его поддерживать своё здоровье, а к нам приходило на контрольный осмотр. Вот налицо высокотехнологичная помощь. Сегодня порядок оказания той же медицинской реабилитации диктует необходимость в современном оборудовании, и мы им располагаем.

– Марина Юрьевна, в последние годы реабилитационное направление в медицине было не на слуху, оно со времён заката Советского Союза как бы утратило свою актуальность, популярность, «любовь» к нашим санаториям среди населения угасла. И вдруг снова такое возрождение, импульс которому призван дать и ваш центр. Чем вы это объясните? Именно перед вами стоит нелёгкая задача – поднять авторитет, вернуть пациентов к тем важным оздоровительным мероприятиям, доказать лишней раз, что в медицине XXI века восстановление и реабилитация – важнейшая основа здоровья.

– Изменилось время. Считаю, что это большая заслуга Минздрава России, оно уделяет внимание данному направлению медицины. За последние годы в стране появилось огромное число сосудистых, перинатальных и иных центров, развивались высокие технологии, однако не менее важной задаче, помогающей человеку встать на ноги, реабилитировать его было уделено мало внимания, для этого как раз и нужны такие учреждения, как наше, поскольку мы – один из способов поддержания здоровья человека

– Наверное, настало время востребованности данного направления, его особой актуальности?

– Накопилось много проблем, понимание, осознание того, что должен быть законченный этап лечения. Вот один из примеров. У нас в последние годы сложилась не вполне нормальная ситуация, когда люди потянулись на зарубежные курорты. Мы не противники их, но, к сожалению, большинство не знают, что короткие поездки – неделя, 10 дней – это тот небольшой период, за который не проходит процесс акклиматизации, кроме того, пищевая нагрузка, излишнее солнце – всё это человек получил во время отдыха, а на самом деле оно полезно не для всех.

– Но и в дореволюционной России такой отдых и лечение были тоже в моде.

– Прежде чем поехать, больной обследовался у врача и получал его рекомендации, а сейчас это просто туризм. В санатории же человек и отдыхает, и лечится одновременно, хорошо, что такой вид отдыха есть и он развивается, наш же приоритет – дать человеку новое мировоззрение о своём здоровье и путях его укрепления. Для нас важно понятие «комплексная реабилитация» – комплексный подход к санаторно-курортному лечению. Мы считаем, что в этом комплексе обязательны водные, бальнеологические процедуры, должна быть адекватная лечебная физкультура. У нас очень хорошие мануальные терапевты, сейчас открыт и центр арт-терапии, который возглавляет наш профессор Г.Гигинишвили – врач и художник, предложенные им методики стали настоящими помощниками при выздоровлении больных людей.

– Не менее важной задачей коллектива является профессиональное обучение врачей, передача им знаний о тех методиках, которые помогают возвращать людей в строй.

– Здесь несколько составляющих. Идёт дополнительное профессиональное образование – профподготовка и переподготовка, специализация и усовершенствование. В центре есть клиническая ординатура, мы проводим конференции, семинары, работают школы здоровья. У нас открыт уникальный клуб здоровья «Клубус», где молодые специалисты из разных институтов собираются, чтобы обсудить интересующие их вопросы, проблемы. Это междисциплинарное объединение. Я активно поддерживаю данное начинание, поскольку у многих молодых есть

курсы по лечебной физкультуре, массажу и реабилитации, где врач может прослушать лекции по любым каналам, приехать к нам, пройти тестирование и получить специализацию.

О врачах замолвим слово...

– А почему сегодня так мало врачей идёт в эту специальность, их больше влечёт пересадка органов, сосудистая хирургия, косметология?

– В нашей профессии много «семейственности», я это подерживаю, поскольку считаю, что, если родители у человека врачи, он с детства невольно соприкасается и с образом жизни, и с профессиональными проблемами родных, у меня у самой родители были врачами. В нашем центре сегодня много высокотехнологичного оборудования, а молодым это интересно, мы не мешаем им работать, хочешь – дерзай, занимайся пациентами, наукой, главное – чтобы они не только работали, но и постоянно учились. У нас есть с кого брать пример. В центре работают уникальные специалисты. Недавно мы проводили чемпионат по массажу, его вдохновитель и организатор – руководитель отделения, врач, председатель Ассоциации массажистов России профессор М.Ерёмушкин.

К сожалению, врачи в поликлиниках и стационарах сейчас знают меньше о возможности курортологии, чем раньше. Наша задача – помочь им. Сидя в поликлинике во время приёма больного, поставив ему диагноз, доктор теперь может, заглянув в разработанную в центре компьютерную «Открытую страницу», получить ответ на свой вопрос и порекомендовать человеку, на какой курорт ему лучше поехать подлечиться.

– Марина Юрьевна, став администратором, вы не оставили работу врача?

– Я не мыслю себя вне практической работы, не теряю с больными связь. У нас еженедельно проводятся профессорские обходы, я участвую в них непременно, осматриваю пациентов, консультирую их, для меня это обязательно. Я всегда помню, что, прежде всего, я – врач.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Новое научное направление – трансляционная медицина – в прямом смысле слова было выстрадано мировой фундаментальной наукой, и появление его стало неизбежным. На стыке XX и XXI веков стало ясно, что само по себе щедрое финансирование фундаментальных исследований ещё не означает появления новых медицинских технологий, направленных на диагностику, лечение и профилактику заболеваний.

Иными словами, наука биомедицинского профиля существовала сама по себе, а практическая медицина – сама по себе, и многие инновационные разработки либо проделывали слишком долгий путь, либо вовсе не доходили до здравоохранения. Трансляционная медицина призвана сократить дистанцию между исследовательскими лабораториями, где рождаются идеи и изобретения, и медицинской практикой.

Приросли Сибирью

Не осталась в стороне от мирового тренда и отечественная наука. В числе учреждений, достойно представляющих Россию в этой сфере, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России.

Здесь в 2006 г. на базе межкафедральной биохимической научно-исследовательской лаборатории был создан научно-исследовательский институт молекулярной медицины и патобиохимии. Одна из его задач – выполнение фундаментальных и прикладных исследований по направлению «Молекулярная медицина и трансляционная медицина», которые проводятся в рамках междисциплинарных проектов с участием фундаментальных и клинических кафедр КрасГМУ в сотрудничестве с ведущими российскими и зарубежными научными центрами.

Для достижения этой цели Красноярский медуниверситет создал инфраструктуру и все условия для исследовательской деятельности и подготовки кадров по молекулярной и трансляционной медицине. С 2012 г. НИИ молекулярной медицины и патобиохимии работает в режиме Центра коллективного пользования РФ по направлению «Живые системы» для реализации междисциплинарных научно-исследовательских и образовательных проектов, а с 2009 г. на его базе работает научно-образовательный центр «Трансляционная медицина».

Безусловно, всё это потребовало от университета немалых организационных усилий и финансовых средств, однако, по словам **ректора КрасГМУ, доктора медицинских наук, профессора Ивана Артюхова**, вложенные ресурсы не были напрасными:

– В странах Европы, США, Японии наука всегда концентрировалась вокруг университетов. В нашей же стране вузовская наука традиционно считалась «младшей сестрой» академической науки, и потому структура научной среды у нас иная: образовательные учреждения – отдельно, академические институты – отдельно. Красноярскому краю в этом смысле изначально было сложнее, у нас в регионе традиционно развивались энергетика, машиностроение и ракетостроение, а вот медицинская наука представлена в единственном учреждении – КрасГМУ. Поэтому медуниверситет пошёл по пути аккумуляции медицинской науки в своих стенах, объединив исследовательскую деятельность, образование и практическую

медицину для получения максимального результата. Наша задача – сделать так, чтобы от идеи в науке до появления новых медицинских технологий, производства лекарственных веществ или изделий медицинского назначения все звенья были в одной непрерывной цепочке, включая фундаментальную часть и производственные мощности. По опыту КрасГМУ, именно научно-образовательные центры более всего соответствуют целям трансляционной медицины как комплекса организационных

Большая доля проектов выполняется с участием партнёров из ведущих российских и зарубежных научных центров и университетов Японии, Германии, Италии, Бразилии, Великобритании. В частности, НИИ является базой для реализации проектов в рамках Российско-Японского партнёрства в области интегративных нейронаук (КрасГМУ – Университет Канадзавы), ориентированного на изучение новых молекулярных механизмов развития головного мозга, патогенеза аутизма. А в феврале 2016 г. в

была отмечена Премией Правительства РФ в области науки и техники для молодых учёных.

Одно из направлений исследований – изучение механизмов межклеточных, нейрон-астроглиальных – взаимодействий в центральной нервной системе, молекулярных механизмов развития головного мозга, функционирования и контроля проницаемости гематоэнцефалического барьера, механизмов ангиогенеза, развития нейровоспаления и нейродегенерации с применением современных моделей

коллектива университета можно гордиться. Многие из результатов фундаментальных исследований, выполненных коллективом НИИ молекулярной медицины и патобиохимии, уже сегодня становятся основой для новых клинических алгоритмов. Так, например, расшифровка механизмов влияния митохондриальной среды на процессы нейрогенеза при физиологическом старении и при нейродегенерации альцгеймеровского типа стала отправной точкой для разработки и внедрения новой технологии нейрореабилитации.

В рамках проекта по оценке роли эндотелиальной дисфункции в развитии бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни лёгких, реализованного совместно с научно-образовательным центром «Пульмонология», а также в развитии сердечно-сосудистой патологии различного генеза разработаны новые диагностические алгоритмы, позволяющие эффективно и достоверно оценивать состояние сердечно-сосудистой системы у этой категории больных.

Проект, выполняемый совместно с кафедрами педиатрии и детских инфекционных болезней, позволил идентифицировать новые маркёры повреждения нейроваскулярной единицы головного мозга у детей, перенесших перинатальную ишемию или нейроинфекцию. В ходе исследований, которые проводятся на базе НИИ сотрудниками кафедры медицинской и биологической физики совместно с красноярскими хирургами, офтальмологами, дерматологами и оториноларингологами, создана серия приборов для мониторинга состояния органов и тканей в абдоминальной хирургии, кардиохирургии, диагностики катаракты, оценки состояния кожи при алопеции, мониторинга продуктов дизметаболических расстройств при сахарном диабете.

Работы, выполняемые в Российско-Итальянской лаборатории медицинской генетики представителями научной школы красноярских аритмологов, обеспечивают внедрение в клиническую практику современных протоколов молекулярно-генетической диагностики жизнеугрожающих аритмий, других социально значимых заболеваний.

Нельзя не упомянуть о двух малых инновационных предприятиях КрасГМУ – ООО «Молекулярно-клеточные технологии» и ООО «Флуорит». Они обеспечивают реализацию стадии НИОКР, то есть доводят научную идею до прототипов изделия медицинского назначения (модель гематоэнцефалического барьера *in vitro*) или прибора (медицинский спектрофлуориметр), готовят их к процедуре регистрации и сертификации.

Становление и нынешняя деятельность НИИ молекулярной медицины и патобиохимии Красноярского государственного медицинского университета являются примером того, как команда молодых исследователей формирует новые стандарты организации междисциплинарных исследований в сфере биомедицины, реализует концепцию трансляционных исследований, развивает эффективное научное и образовательное партнёрство на национальном и международном уровне.

Есть ли от этого польза собственно науке? Безусловно. Но в ещё большей степени выигрывает медицина, получающая результаты научных исследований в виде новых технологий быстро и напрямую, что называется, из рук – в руки.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Из рук — в руки

Модель КрасГМУ: достижения науки больше не оседают «под сукном» на долгие годы



Иван Артюхов

мероприятий, способствующих внедрению научных достижений в клиническую практику.

Преимущество – во взаимодействии

Подробнее о деятельности НИИ молекулярной медицины и патобиохимии КрасГМУ рассказала его руководитель, **заведующая кафедрой биохимии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии, доктор медицинских наук, профессор Алла Салмина**.

В институте несколько отделов и лабораторий, в том числе отдел физиологии и патологии нервной системы, который является филиалом федерального Научного центра неврологии (Москва). В настоящее время приборная база НИИ и квалификация его сотрудников обеспечивают выполнение современных методов исследования: моделирование заболеваний центральной нервной системы, моделирование *in vitro* и оценка проницаемости гематоэнцефалического барьера *in vitro* и *in vivo*, комплексное нейрореповеденческое тестирование животных, иммуногистохимия, иммуноблоттинг, иммуноферментный анализ, медицинская протеомика, культивирование клеток и тканей, микроскопия, молекулярно-генетические методы, анализ экспрессии генов, микрофлюидика, электрофизиология клетки, оптогенетика, медицинское приборостроение – аппаратно-программные комплексы для медицинской диагностики, спектрофлуориметрия, оптическая спектроскопия, лазерная доплеровская флоуметрия, оптическая голография и интерферометрия.

составе НИИ начала работу Российско-Итальянская лаборатория медицинской генетики (совместно с Институтом медицинской генетики MAGI), задача которой – предложить способы своевременной и точной диагностики наследственных заболеваний у детей и взрослых.

Особенностью работы НИИ молекулярной медицины и патобиохимии по реализации концепции трансляционных исследований является кооперация между фундаментальными и клиническими подразделениями вуза (более 20 кафедр КрасГМУ принимают активное участие в реализации проектов) и внешними партнёрами. Сотрудники НИИ прошли долгосрочные стажировки в ведущих научных центрах Российской Федерации и за рубежом. И в настоящее время в аспирантуре в Японии обучаются три молодых красноярских исследователя, а в институте работают двое иностранных учёных из Ирана и Индии.

Кроме того, база НИИ молекулярной медицины и патобиохимии используется для проведения практических занятий по курсу «Молекулярная и трансляционная медицина» на русском и английском языках у студентов старших курсов КрасГМУ. С 2014 г. на базе НИИ проходит ежегодную практику участники международной сетевой образовательной программы в области медицины G-MedEx, реализуемой совместно с Университетом Нигаты (Япония). Ежегодно НИИ выступает организатором научно-практических конференций и тренинговых семинаров по актуальным вопросам нейробиологии, клеточной биологии, медицинской биотехнологии, молекулярной и трансляционной медицины с участием российских и зарубежных коллег.

Результаты и перспективы

Под руководством профессора Аллы Салминой в НИИ молекулярной медицины и патобиохимии КрасГМУ создана и развивается ведущая научная школа Российской Федерации по направлению «медицина», дважды получившая государственную поддержку от Совета по грантам Президента РФ. Здесь выполняются проекты, поддерживаемые грантами РНФ, РФФИ, Фонда Бортника, федеральных целевых программ, государственным заданием Министерства здравоохранения РФ, а также международных фондов. В 2011 г. работа этого коллектива

заболеваний головного мозга (болезнь Альцгеймера, перинатальное гипоксическое повреждение головного мозга, аутизм, депрессия и др.).

Другое направление – изучение механизмов регуляции секреции и биологических эффектов окситоцина на ранних этапах развития центральной нервной системы в контексте реализации социального поведения и его нарушений при заболеваниях головного мозга. Результатом этого совместного российско-японского проекта станут новые фармакотерапевтические подходы в лечении аутизма.

В течение нескольких лет в фокусе исследований НИИ – разработка новых моделей гематоэнцефалического барьера *in vitro* для решения задач нейрофармакологии, разработка современных биоскафолдов с контролируемыми параметрами для культивирования мультиклеточных ансамблей.

Совместно с клиницистами сотрудники института занимаются созданием новых приборов и методов оптической биопсии для медицинской диагностики. Существенный блок исследова-



Алла Салмина

ний представлен работами по идентификации молекул-маркёров патологических процессов для персонификации диагностики в педиатрии, неонатологии, пульмонологии, кардиологии. Материалы опубликованы в ведущих российских и зарубежных журналах, в том числе в Nature, Nature Communications, J.Alzheimer's Disease, Current Topics in Medicinal Chemistry, Neuromolecular Medicine и др.

По мнению **ректора КрасГМУ Ивана Артюхова**, достижениями

В 2002 г. Всемирная организация здравоохранения приняла резолюцию «Качество здравоохранения – безопасность пациентов», в которой особо подчёркивалось, что, несмотря на возрастающий интерес к теме безопасности лечения, в мире ещё нет чёткого осознания важности проблемы нежелательных лекарственных реакций и ошибок при оказании медицинской помощи. В России эту проблему стараются избежать, её очень редко обсуждают. Медицинские ошибки принято скрывать, и собственной российской статистики в этом плане фактически нет, отметила Анна КУЗЬМИНА, специалист Центра по мониторингу эффективного, безопасного и рационального использования лекарственных средств Информационно-методического центра по экспертизе, учёту и анализу обращения средств медицинского применения Росздравнадзора на семинаре «Мониторинг безопасности лекарственных препаратов». В ходе мероприятия эксперт рассказала о наиболее часто встречающихся медицинских ошибках при применении лекарственных препаратов.

Исходя из конкретной ситуации

Согласно определению, которое сегодня использует Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) медицинской ошибкой при применении лекарственного препарата называется любое потенциально предотвратимое действие, которое может привести к его неверному использованию или нанести вред больному. В России формулировка этого понятия несколько иная. В Правилах надлежной практики фармаконадзора ошибкой применения лекарственного препарата называется любая непреднамеренная ошибка работника системы здравоохранения, пациента или потребителя в назначении, отпуске, дозировке или введении лекарственного препарата. Как пояснила эксперт, это означает, что ответственность разделяют не только врачи, но и производители, администраторы лечебных учреждений, а также работники аптек и пациенты.

Всего ВОЗ определяет 5 категорий медицинских ошибок, среди которых: выбор лекарства, выдача препарата, производство препарата либо подготовки к использованию, введение лекарства, мониторинг (наблюдение за состоянием пациента, который принимает препарат).

По словам А.Кузьминой, каждой категории соответствует ряд различных терминов, кодирующих факт медицинской ошибки. При этом, исходя из конкретной ситуации, одна и та же медицинская ошибка может относиться к разным категориям. Эксперт пояснила свои слова примерами из практики. Так, неправильное использование ЛС, связанное со схожестью названия препаратов, может происходить на этапах назначения, отпуска, подготовки к использованию и введения. То есть если врач по невниманию или какой-то другой причине выписал пациенту не тот препарат, это – ошибка назначения, если работник аптеки неправильно прочитал рецепт – в выдаче, если медсестра при подготовке раствора невнимательно прочитала название на упаковке и выбрала не то лекарство – на уровне подготовки к использованию. Пациент также может ошибиться в названии и случайно принять не тот препарат, который ему необходим.

Почему этому вопросу уделяется столь пристальное внимание за рубежом? По данным FDA, в США ежегодно в результате ошибок при применении лекарственных препаратов умирают около 7 тыс. пациентов. Этим же фактором обусловлено более полутора миллионов нежелательных реакций в этой стране. По подсчётам Всемирного альянса по безопасности пациентов в 2010 г. затраты, связанные с нарушениями лекарственной терапии, могут составлять до 22 млрд евро в год во всём мире. Тем не менее, как подчеркнула эксперт, истинное число медицинских ошибок неизвестно и сравнивать результаты разных исследований достаточно сложно.

Прежде всего это связано с существенными различиями в составе изучаемых групп и методов

Проблемы и решения

Работа над ошибками

Неправильно назначенное лекарство опасно для пациента

исследований. Так, по информации Европейского медицинского агентства, при оказании амбулаторной помощи ошибки в выборе лекарства составляют порядка 7,5% случаев, в стационарах с этой проблемой сталкивается каждый 10-й больной. В аптеке возможность получить не тот препарат незначительна и составляет порядка 0,8%.

– Не все медицинские ошибки приводят к неблагоприятным последствиям для пациента. Так же, как и не все нежелательные реакции являются следствием неверного использования лекарств, – отметила А.Кузьмина. – Необходимо стараться снизить их число, по возможности выявлять и предотвращать, но полностью избежать вряд ли удастся.

В частности, об этом свидетельствуют результаты исследования, проведённого в Великобритании. Оно представляло собой ретроспективный анализ правильности назначения лекарств врачами общей практики. Период наблюдения составил 15 месяцев, всего 1777 пациентов амбулаторного звена были включены в это исследование.

При анализе более 6 тыс. выданных рецептов ошибки были выявлены в каждом 20-м назначении, то есть у каждого 8-го пациента. При этом по оценке исследователей, подавляющее число медицинских ошибок могло нанести только лёгкий или умеренный вред здоровью больного. Рекомендации, которые несли потенциальный серьёзный вред (такие, как имеющаяся у пациента повышенная чувствительность к выписанному препарату, назначение ЛС с высоким риском развития нежелательных реакций без имеющихся на то показаний и т.д.) были выявлены в 1 из 550 назначений.

Всего в ходе исследования было выявлено 13 таких рецептов. Казалось, немного, но, если экстраполировать результаты исследования на всю популяцию Великобритании (в 2012 г., на момент его проведения, в этой стране было выдано около миллиарда рецептов), получится, что почти 2 млн жителей могли пострадать в результате серьёзных ошибок при назначении лекарств. В России, где большинство врачей не утруждают себя выписыванием рецептов и отправляют своих пациентов в аптеки с клочками бумаги, на которых неразборчивым подчерком написаны названия препаратов, масштабы проблемы сложно представить.

Не всё так просто

О медицинских ошибках надо сообщать так же, как о нежелательных реакциях, это регламентировано федеральным законом

«Об обращении лекарственных средств», напомнила эксперт. Однако врачи неохотно делятся этой информацией, опасаясь ненужных разбирательств. «Напоминаем практикующим врачам, что извещение о нежелательной реакции не может быть основанием для наказания и преследования. И не может быть использовано в качестве доказательства при возникновении судебных исков в связи с врачебными ошибками», – пояснила А.Кузьмина.

За период с 2000 по 2009 г. FDA получило свыше 95 тыс. сообщений о медицинских ошибках. По результатам расследований

аллергических реакций, но и острой токсичности данной группы препаратов. Ни в одном из 64 случаев у пациентов в анамнезе не была указана аллергия на местные анестетики.

Экспертный анализ имеющихся данных показал, что кардиотоксические эффекты данной группы препаратов встречаются чаще, чем тяжёлые аллергические реакции. При этом они могут проявляться при их использовании в обычных терапевтических дозировках и симптомы, возникающие при кардиотоксическом действии, сходны с симптомами анафилактического шока (снижение артериального

давления, брадикардия, спутанность сознания).

Однако подходы к лечению этих двух состояний различаются, и неправильная постановка диагноза может оказать существенный эффект на исход терапии, подчеркнула А.Кузьмина. В связи с этим Росздравнадзор издал письмо с рекомендацией, с которой в дальнейшем согласился Минздрав. В письме ведомство рекомендовало всем производителям лекарственных препаратов с действующими веществами класса местных анестетиков включить в инструкцию предупреждение о том, что местная анестезия должна проводиться только в соответствующем помещении при доступности оборудования и лекарственных препаратов, необходимых для реанимационных мероприятий и мониторинга сердечной деятельности. Кроме того, специалисты, проводящие местную анестезию, должны быть ознакомлены с системными побочными эффектами данной группы препаратов – анафилактическим шоком и острой кардиотоксичностью.

Эксперт также привела данные российского исследования, посвящённого оценке частоты медицинских ошибок при применении бета-лактамов антибиотиков. Оно представляло собой ретроспективный анализ спонтанных сообщений, поступивших в базу данных Росздравнадзора за период 2012-2014 гг. В качестве «подозреваемого» был указан один из зарегистрированных в России антибиотиков группы бета-лактамов. Всего было проанализировано 3798 сообщений. Для верификации случаев медицинских ошибок эксперты использовали утверждённые в РФ инструкции по медицинскому применению этих ЛС, а также существующие стан-

дарты оказания медицинской помощи по отдельным нозологиям.

В результате случаи медицинских ошибок были выявлены в 262 спонтанных сообщениях, что составило 28% от их общего числа. При этом в 4,5% всех спонтанных сообщений было допущено 2 и более ошибок. Отправители самостоятельно указывали на ошибки в 29 сообщениях.

Одним из наиболее частых видов медицинских ошибок при применении бета-лактамов антибиотиков было их использование по незарегистрированным показаниям. При этом в 60% случаев врачи назначали эти препараты

для лечения вирусных инфекций. Среди других незарегистрированных показаний часто фигурировали такие, как лихорадка, кашель, боль в горле. В отдельных казуистических случаях больные использовали препараты вообще без каких-либо показаний. К примеру, прежде чем начать давать препарат ребёнку, родители «испытывали» его на себе. Не без последствий. В результате таких экспериментов папа заболевшего ребёнка с тяжёлым ангионевротическим отёком был экстренно госпитализирован в реанимационное отделение.

На втором месте – различные нарушения дозового режима, на них приходится около трети всех случаев неверного использования антибиотиков. Эксперт подчеркнула, что такие нарушения, как снижение кратности приёма антибиотиков, необоснованное снижение длительности терапии, применение препаратов в низких дозах, в международной практике относятся к серьёзным медицинским ошибкам, поскольку это чревато развитием резистентных штаммов микроорганизмов. Тройку «лидеров» замыкают ошибки, связанные с назначением препарата при наличии противопоказаний.

Наибольшая доля медицинских ошибок приходится на самые часто используемые в клинической практике бета-лактамы антибиотиков – пенициллины, частота неверных назначений в данном случае достигает 37%. Медицинские ошибки при использовании цефалоспоринов и карбапенемов встречается с одинаковой частотой и составляет около четверти всех случаев назначения этих препаратов.

– Каких-то единых рекомендаций по снижению количества медицинских ошибок не существует, но на основании анализа имеющихся данных разрабатываются меры по минимизации риска в отношении конкретных выявленных случаев. Для того чтобы врачи могли самостоятельно контролировать риск при фармакотерапии, они должны обладать актуальной информацией о безопасности лекарств и наиболее часто встречающихся ошибках при их применении. Как показывает наш опыт работы, спонтанные сообщения являются основным источником такой информации, – заключила эксперт. – Прогресс в этой борьбе возможен лишь в том случае, если работа над ошибками будет носить непрерывный, систематический характер, и только при условии тесного сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами: от пациентов до международных организаций.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».



Эксперименты

Клетки-помощники

Исследователи Вашингтонского университета в Сент-Луисе (США) применили экспериментальный метод лечения больных острым миелоидным лейкозом, в котором использовали инъекции естественных иммунных клеток здоровых людей, так называемых «естественных убийц», предварительно химически «обученных» распознавать онкологические клетки. В результате экспериментального лечения 4 из 9 пациентов с острым миелоидным лейкозом, получивших терапию, в течение 6 месяцев вошли в полную ремиссию.

Учёные отметили, что полученные результаты являются предварительными, а лечение пока остаётся экспериментальным, однако, учитывая негативный прогноз этих больных, результаты весьма обнадеживают. Отметим, что все 9 пациентов уже прошли химиотерапию, однако лейкоз либо не поддался лечению, либо вернулся сразу после того, как терапия была закончена.

Как пояснил профессор онкологического центра в Нью-Йорке Чжэ Парк, необходимо продолжить эксперименты, чтобы понять, как долго должна длиться такая терапия, какова оптимальная доза инъекций и

как часто необходимо их повторение. И тем не менее Парк назвал первые результаты эксперимента «обнадеживающими и воодушевляющими».

Как известно, острый миелоидный лейкоз представляет собой злокачественное перерождение клеток крови, который в основном поражает людей зрелого возраста (средний возраст пациентов составляет 63 года). Точных данных по распространению болезни в России нет, однако известно, что в этом году в США будут диагностированы почти 20 тыс. пациентов и более 10 тыс. человек умрут от этой болезни.

Химиотерапия является основным методом лечения больных лейкогией, но её эффективность составляет меньше 30% пациентов. Кроме того, химиотерапия высокими дозами уничтожает костный мозг, который потом приходится трансплантировать от здорового донора.

Исследователи под руководством адъюнкт-профессора медицины Вашингтонского университета Тодда Фенигера экспериментировали с клетками, предоставленными близкими родственниками пациентов. Эти клетки в течение ночи содержали в смеси трёх иммунных химических систем, так называемых нейролекинах, активирующих

клетки-киллеры в организме. Такая процедура существенно расширяла функциональные возможности естественных клеток-киллеров, которые в нормальном состоянии не всегда оказываются эффективными. После этого их вводили в кровь раковых больных. Поскольку клетки не являются естественными продуцентами пациентов, они проходят курс химиотерапии, чтобы их собственные иммунные системы не отвергали пришлых помощников.

«Это даёт выращенным «убийцам» самостоятельно размножаться и уничтожать раковые клетки, – пояснил Т.Фенигер. – Примерно через 2-3 недели они устраняются иммунной системой пациента. Минус в том, что клетки имеют ограниченное время для работы, но, с другой стороны, они не остаются балластом в теле пациента».

Следующим шагом исследований, станут долгосрочные испытания новой терапии на большем количестве пациентов при самой высокой дозе клеток-киллеров. Исследователи также планируют изучить работу этих клеток в сочетании с другими методами лечения.

Марк ВИНТЕР.

По информации
Healy Day.

Исследования

В помощь сердцу

Учёным из Университета Миннесоты (США) удалось создать растущие искусственные кровеносные сосуды и успешно провести эксперимент с их применением на овцах. Такие сосуды могут оказаться огромным подспорьем в лечении детей с врождёнными дефектами сердца, которым для установки или замены синтетических графтов приходится делать по 5 и более операций на открытом сердце. С трансплантатами, которые могут расти в теле и регенерировать, лишних хирургических вмешательств не потребуется, а значит, не возникнет и связанных с ними возможных осложнений.

Сотрудники университета сперва вырастили в условиях лаборатории сосудообразные трубки. При этом они воспользовались донорским биоматериалом от овцы – именно из этих клеток были созданы будущие сосуды. После этого, примерно через 5 недель, исследователи с помощью специального дезинфицирующего средства «вымыли» донорские овечьи клетки, оставив только «каркас»

трубок. На следующей стадии эксперимента трубками заменили часть лёгочной артерии – главной магистрали малого круга кровообращения. Такие манипуляции были проделаны с тремя ягнятами.

Собственные клетки этих ягнят, что интересно, заново заселили в установленные трубки, дав им возможность расти, а также исключив отторжение новых тканей как враждебных для организма.

Все три особи выросли во взрослых овец, их состояние оценивается как нормальное. Соавтор работы Роберт Транквило заявил, что это первый случай, когда врачи имплантируют готовый материал в тело пациента, и этот материал может там расти. Он добавил, что это был «идеальный союз» технологий культивирования тканей и регенеративной медицины, когда ткань была выращена в лаборатории, а затем естественные процессы, происходящие в теле пациента, сделали её вновь живой.

В дальнейшем учёные планируют перейти к клиническим испытаниям с участием людей.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По материалам журнала
Nature Communications.

Рейтинг

Медицинское издание The Lancet провело в 188 странах исследование, которое отразило, насколько жители этих стран здоровы. Список возглавила Исландия, в конце оказались в основном страны Африки, Россия же заняла место ближе к концу, немного уступив Украине и опередив Белоруссию.

Состояние здоровья людей в странах оценивалось на основе 33 показателей. В этот список вошли, например, ожирение, смертность – как детская, так

Ближе к концу

и материнская, заболеваемость ВИЧ, туберкулёзом, малярией и гепатитом, потребление алкоголя, курение, суициды, аварии, доступ к контрацепции, гигиена и даже домашнее насилие, а также смертность в результате любого насилия и войны. Исследователи брали пиковые значения этих показателей за период с 1990 по 2015 г., и разница лучшего и худшего значения использовалась в

качестве шкалы для выбранного показателя.

В тройке лидеров оказались Исландия, Сингапур и Швеция, следом за ними с небольшим отставанием – Андорра, Великобритания, Финляндия, Испания и Нидерланды. Россия не вошла и в первую сотню: 119 место. 118 место у Украины, 120 – у Белоруссии. Исходя из рейтинга, в Гондурасе, Иране и на Самоа,

а также в Киргизии и Сирии ситуация со здравоохранением и безопасностью обстоит лучше, чем в России.

Хуже – лишь в Египте, Ираке, Индии и странах Африки. Замыкают перечень Сомали и Центральноафриканская Республика.

Такую позицию Россия, как утверждают эксперты, заняла прежде всего благодаря злоупотреблению алкогольной продукцией

и её качеству в нашей стране. Больше, чем в РФ, его употребляют только в Белоруссии. Сложная ситуация также складывается с насилием, смертностью от войн, ВИЧ, суицидами. Немного лучше дело обстоит с курением и заболеваемостью туберкулёзом. Эксперты отмечают, что, если бы показатели брались без учёта 1990-х годов, когда Россия переживала не лучшие времена, возможно, она заняла бы другое место в рейтинге, выше нынешнего.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации The Lancet.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера) приглашает на постоянное трудоустройство

ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

Предоставляются:

- ▶ единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО – Югре» № 53-оз от 16.06.2016.
- ▶ служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: **sovhospital@совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.**

Однако

В шкуре козла

Немецкий исследователь Кристоф Хельмчен и его коллеги получили Шнобелевскую премию – 2016 за новый метод лечения зуда – «зеркальное почёсывание». Премию в области биологии получил британский исследователь.

Таким образом, награда по медицине отправилась в Германию к К.Хельмчену и его команде, которые показали, что можно уменьшить зуд на правой стороне тела, если чесать левую часть тела, глядя в зеркало.

Победителем в области репродукции стал египетский уролог Ахмед Шафик, который установил, что способность крыс к размножению зависит от материала нижнего белья, которое на них надето. Так, желание размножаться существенно снижается, если на них надеть нижнее бельё с добавлением синтетики. И наоборот, совершенно другое воздействие оказывает бельё из натуральных материалов.

Премию по биологии получили британские учёные, создавшие искусственные конечности, позволяющие имитировать движения козы. Британский исследователь прожил в Альпах три дня в шкуре козла на специальных протезах, питаясь травой. Ещё один британец, преподаватель Оксфордского университета Чарльз Фостер получил премию за свои попытки вжиться в образ барсука. Он рассказал об опыте выкапывания норы и поедания дождевых червей. Кроме того, Чарльз пытался побыть яком, лисицей и другими животными, чтобы увидеть мир их глазами.

Профессор психологии из американского Университета Вандербильта (штат Теннесси)

Борис БЕРКУТ.

По информации
Improbable research.

А как у них?

Аутисты в израильской армии

Военная служба открывает гражданам Земли Обетованной широкие перспективы

Сразу же следует заметить, что аутизм аутизму рознь. В том смысле, что у этой болезни, проявляющейся ещё в детстве, разные степени. При самой глубокой, 1-й степени, дети не реагируют на обращения, не смотрят целенаправленно, не обращаются друг к другу. Изменение привычного, более или менее налаженного быта выводит таких больных из себя. О привлечении аутистов 1-й степени к постоянной трудовой деятельности, а тем более к армейской, пусть даже нестроевой службе, речи никогда не шло и не идёт.

Аутистов 2-й степени, несомненно, можно и нужно социализировать. Хотя они тоже подвержены страхам и самоагрессии. Представить их в обстановке, требующей жёсткой дисциплины и субординации, сложно. И тем не менее они могут быть задействованы на таких работах, как уборка, покраска, мойка посуды и сервировка столов.

Аутисты 3-й, а тем более 4-й степени отрешёнными и замкнутыми не выглядят. Считается, что у аутистов этих степеней особенно развиты аналитические качества. Они никогда не пропустят малейших изменений в серии карт одной и той же местности, анализе аэрофотосъёмки.

Разумеется, в ЦАХАЛ (Армия обороны Израиля) инвалиды, к которым относят и аутистов, не призываются. По большому счёту армия в инвалидах не нуждается. Но вот они в армии нуждаются. Более того, в ряде случаев армейская служба им крайне необходима. В еврейском государстве, вынужденном постоянно противостоять не только далеко не дружелюбным соседям, но и террористам различного толка как внутри страны, так и за её пределами, ЦАХАЛ воспринимается как детище всего народа и одновременно каждого гражданина. Непрошедшие армейскую

службу чувствуют несомненную ущербность.

Хотя к тем, кому военно-медицинские комиссии определили низкие профили и отказали в мобилизации, это относится в последнюю очередь. Вероятно, здесь к месту будет заметить, что даже многие представители антисионистской ультраортодоксальной религиозной молодёжи (не путать с религиозными ортодоксами-сионистами), воспитанные своими пастырями в духе неприятия Израиля, воссозданного людьми, а не Мессией, добровольно призываются в ЦАХАЛ. И это при том, что, согласно израильским законам, большинству из них разрешено до седых волос учить религиозные тексты. Лично мне приходилось наблюдать на центральной автобусной остановке в Тель-Авиве, как ультрарелигиозные парни и девушки в военной форме, вероятно возвращаясь домой в свои кварталы, переодевались в типичную одежду представителей ультраортодоксальных общин.

Инвалиды – не исключение. Они тоже хотят ощущать себя полноценными членами общества. Что касается конкретно аутистов, то их особенность обращать внимание на мелкие детали и подробности, чрезвычайная сосредоточенность задействованы различными разведывательными службами. Разумеется, молодым аутистам, пожелавшим служить в ЦАХАЛе, предварительно предлагается выполнить специальные тестовые задания, определяющие их аналитические способности и возможности служить в разведке. Обычно прошедших проверки с высокими результатами много не бывает. Но и выполнившим тестовые задания на «удовлетворительно» армия на дверь не указывает. Такие парни и девушки могут, например, работать на складах – сортировать запчасти для военной техники. Или опять же – помогать на кухне. Подход индивидуальный: каждому под-

бирают задание, которое ему по душе и с которым он может справиться.

Заметим также, что в последнее время многие врачи-психиатры описывают аутизм как «нейроразнообразия», иначе говоря, взгляд на мир с неординарных человеческих позиций. По данным профессора психиатрии Монреальского университета Лорана Моттрона, многие аутисты обладают врождённым даром зрительного анализа особой тщательности. В одном из своих научных докладов профессор идёт ещё дальше. Он пишет: «На основе последних данных и личного опыта я полагаю, что настало время думать об аутизме как о преимуществе в некоторых сферах, а не как о тяжёлом кресте». По мнению Моттрона, «в определённых участках мозга аутистов наблюдается активность, отличающаяся по характеру от той, которая происходит у «нормальных» людей, и это сразу приписывают к отклонениям, тогда как следует говорить об альтернативной организации мозга».

Полностью с Моттроном не может согласиться доцент кафедры психологии университета Алабамы Раджеш Кана, который считает аутизм «несомненным нарушением развития». При этом он признаёт, что «психологи и психиатры не должны сосредотачиваться исключительно на негативных сторонах аутизма». Большинство исследователей сходится во мнении, что спектр симптомов аутизма весьма широк, и дать чёткое определение этому заболеванию сложно. И сегодня мы с уверенностью не можем утверждать, страдал ли тот или иной известный человек аутизмом. Ряд психологов и историков медицины отмечает аутистические черты в поведении Исаака Ньютона, Альберта Эйнштейна и Стивена Спилберга.

У страдающих аутизмом сильно развиты участки мозга на тыльной стороне головы. Именно они отвечают за визуальную инфор-

мацию. Упомянутый нами канадский психиатр Л.Моттрон подчёркивает природную склонность аутистов к зрительному анализу, к умственным манипуляциям со сложными трёхмерными объектами. В Израиле с 2008 г. существует программа «Роим рахок» (Смотрящий вдаль) помощи молодым аутистам в возрасте 18-22 лет, пожелавшим пройти срочную армейскую службу. В выпускном классе школы такие добровольцы проходят различные тестовые проверки, затем, в случае получения достаточно высоких оценок, уже завершив школьное образование, они 3 месяца обучаются на специальных технических курсах, с ними часто встречаются психологи. Важно заметить, что аутисты-солдаты на любом этапе обучения или службы могут демобилизоваться без указания причины.

Из аутистов, пожелавших служить в ЦАХАЛе и получивших высокие баллы при выполнении тестовых заданий, создали специальное подразделение электронной разведки – «отряд 9900» – для анализа компьютерных карт местностей и аэрофотоснимков. Военнослужащие-аутисты проводят по 8 часов в день, обрабатывая огромные массивы информации. Качество и скорость работы аутистов-солдат весьма высокие. Они отрабатывают документацию, размещённую на 4 тыс. страниц в 10 раз быстрее, чем обычный военнослужащий. ЦАХАЛ считает проект «Роим рахок» вполне успешным и собирается открыть для аутистов-новобранцев другие должности, например, службу контроля качества военных изделий. Этот же проект предусматривает возможность сверхсрочной службы аутистов в ЦАХАЛе и «Моссаде», но у демобилизованных израильских специалистов широко открыты двери в сферу высоких технологий.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Случай

В Мексике родился первый ребёнок, зачатый с помощью генетического материала трёх родителей. Эта методика помогает людям с опасными генетическими мутациями иметь здоровых детей. Как стало недавно известно, в 2015 г. в Мексике американские учёные успешно провели уникальную операцию по искусственному оплодотворению.

Плодовитое трио

У матери новорождённого мальчика синдром Лея, это заболевание негативно влияет на развитие нервной системы плода. Мутации, отвечающие за возникновение болезни, локализованы в ДНК митохондрий – эти органеллы обеспечивают клетки энергией и обладают собственной ДНК размером всего в 37 генов. Митохондриальная ДНК передаётся детям от матери независимо от основной ДНК, хранящейся в ядре клетки, которую мы получаем в наследство от обоих родителей.

Около четверти митохондрий женщины несли дефектные гены. До этой беременности из-за синдрома Лея у неё уже погибли двое детей. Супруги обратились за помощью к доктору Джону Чжану и его команде в нью-йоркском центре лечения бесплодия.

Д.Чжан работает над митохондриальными заболеваниями с помощью метода «трёх родителей». Существуют несколько вариантов этого метода. Первый заключается в том, что две яйцеклетки, материнская и донорская, оплодотворяются сперматозоидами отца. Затем, прежде чем оплодотворённые клетки начнут делиться, ядро яйцеклетки донора заменяется ядром из оплодотворённой яйцеклетки матери. Эмбрион получает ядерную ДНК родителей и митохондриальную ДНК донора. Учёные полагают, что данный метод позволяет избежать влияния мутаций митохондриальной ДНК со стороны матери.

Однако супружеская пара отказалась от этого метода из-за своих религиозных убеждений. Тогда доктор Д.Чжан использовал другой подход: он выделил ядро из яйцеклетки матери, перенёс его в яйцеклетку донора, а затем оплодотворил полученную яйцеклетку спермой отца. Команда Д.Чжана смогла получить пять эмбрионов, но только один из них развивался нормально, его и поместили в матку пациентки. Через девять месяцев родился ребёнок.

Когда Д.Чжан и его коллеги протестировали митохондрии родившегося мальчика, то обнаружили, что количество митохондрий с мутациями ДНК составляет менее 1% от их общего числа. Доктор считает, что этого недостаточно для возникновения проблем. Критическая точка, когда можно бить тревогу, – это 18% митохондрий с мутациями ДНК. Команда специалистов будет следить за состоянием ребёнка, чтобы убедиться, что мутации останутся на низком уровне.

Этот метод не одобрен в США, поэтому Д.Чжан вместе со своей командой выехал для проведения операции в Мексику. Он уверен, что поступил правильно. «Наше дело – спасать жизни», – говорит он.

Вопрос о безопасности метода трёх родителей остаётся открытым. В последний раз, когда эмбриологи пытались создать ребёнка с использованием ДНК трёх человек, в 90-х годах прошлого века, у некоторых детей стали проявляться генетические нарушения, и поэтому метод был запрещён.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации New Scientist.

Находки

Толстые и ленивые

В Израильском музее Иерусалима впервые демонстрируются останки мумии, принадлежащие жрецу Ирехориу, чей возраст составляет около 2200 лет. Тело хорошо сохранилось, и исследователи смогли детально изучить останки «Алекса» – такое прозвище было дано мумии.

Компьютерная томография останков Алекса показала, что мужчина страдал кариесом, а также закупоркой артерий. Кроме того, у него был обнаружен остеопороз и рецессия дёсен – это указывает на то, что, скорее всего, житель Древнего Египта вёл сидячий образ жизни и злоупотреблял углеводами. Все эти заболевания типичны для современного человека, а обнаружить их у того, кто жил более 2000 лет назад, было неожиданно, пояснили авторы.

Распространено мнение, что жители Древнего Египта были подтянутыми и довольно спортивными – именно такими они изображены на различных предметах искусства, сохранившихся до наших дней. Полученные учёными данные свидетельствуют о том, что такими были далеко не все египтяне. Скорее всего, богатые люди вели малоподвижный образ жизни и довольно много ели, что и приводило к тому, что они начинали набирать вес и сталкиваться с проблемами со здоровьем.

Примечательно, что в 2013 г. другая группа учёных опубликовала результаты исследования 137 мумий. Они выяснили, что 34% из них страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ян РИЦКИЙ.

По информации gizmodo.com.au



Придворный хирург при четырёх королях, ему принадлежит ряд инноваций в области лечения ран, изобретение и усовершенствование хирургических инструментов. Великий хирург создал учение об огнестрельных ранах и доказал, что они относятся к группе ушибленных, а не отравленных, а также отказался от варварских методов их лечения.

Самый замечательный хирург Средневековья француз Амбруаз Парэ (1510-1590) родился в пригороде Лавалья (департамент Майн, между Нормандией и Луарой), в семье бедного сундучного мастера. С детства он отличался любознательностью, ловкостью и прилежанием, проявлял сострадание к ближним. Родители решили дать ему профессию, которая, по их понятиям, позволила бы жить безбедно. Так он попал в обучение к цирюльнику, практиковавшему в небольшом городке Анжере.

Амбруазу, ставшему учеником, приходилось с утра до вечера заниматься всевозможными подсобными делами и многим другим, не имевшим никакого отношения к будущей профессии. Однако учение всё-таки пошло на пользу: освоив способы стрижки и бритья, он увлёкся самым интересным в ремесле средневекового цирюльника – хирургией. Особенно увлекательными стали для него занятия в низшей медицинской школе в Париже, куда он приехал из провинциального Анжера. На способного, подававшего надежды юного цирюльника обратили внимание. Его взяли подмастервем-цирюльником в крупнейшую парижскую больницу Отель-Дье, где он проработал три года, с 1533 по 1536 г., и мало-помалу освоил многие оперативные вмешательства, став искусным хирургом.

Ещё три года своей жизни он посвятил военной хирургии, служа в армии как цирюльник-хирург. Именно здесь он стал отличным мастером своего дела и проявил себя как вдумчивый и изобретательный врач. Наконец, в 1539 г.



Амбруаз Парэ

Имена и судьбы

Великий хирург Средневековья

А.Парэ сдал экзамен на звание «мастер цирюльник-хирург». Продолжая хирургическую практику в войсках, участвовал во многих походах, в то время Европу раздирали бесконечные религиозные войны. Одновременно находил время заниматься анатомией и немало преуспел в этой науке.

Авторитет и известность Амбруаза Парэ возрастали, и в 1554 г. он стал хирургом братства святого Козьмы. Его талант и мастерство получили признание: в 1563 г. он становится главным хирургом больницы Отель-Дье, той самой парижской больницы, где Парэ начинал свою хирургическую деятельность. Приходит признание и от королевского двора: А.Парэ получает титул «первого хирурга и акушера короля».

Вклад А.Парэ в хирургию настолько велик, что его не без основания считают одним из осно-

воположников этой специальности. Именно А.Парэ первым предложил рациональный метод лечения огнестрельных ран («ран, причинённых мушкетными пулями»), которые считались тогда отравленными. Доказав, что это не так, он отверг варварское прижигание их раскалённым железом или заливание кипящим маслом, заменив эти пыточные средства гораздо более гуманными и эффективными.

А.Парэ пришлось столкнуться и с другими методами лечения ран, применявшимися тогда хирургами. Так, сам он писал впоследствии о том, что в 1553 г., во время одной из войн, большинство раненых солдат обращались за помощью не к нему, а к другому хирургу, который лечил раны предварительно «заговорённой» им водой. В Средневековье это был довольно распространённый способ лечения

ампутировать в пределах здоровых тканей и обязательно производить при этом перевязку больших сосудов вместо кровоостанавливающих средств и варварского прижигания раскалённым железом. Вначале, правда, он сам использовал такие методы. Однако затем клинический опыт убедил его в необходимости производить перевязку сосудов. Он захватывал кровеносный сосуд пинцетом, вытягивал его наружу и затем перевязывал льняной нитью, вдетой в предложенную им же особую кривую трёхгранную иглу.

Если перевязка оказывалась неудачной и кровотечение возобновлялось, он вторично накладывал лигатуру, захватывая при этом и окружающие ткани. Словом, именно А.Парэ усовершенствовал и, по сути, внедрил метод перевязки сосудов нитью вместо широко применявшегося перекручивания и при-

производил этого вмешательства) и катаракты. Ему принадлежит усовершенствование техники трепанации черепа и самого трепана, установление рациональных показаний и противопоказаний к этой операции.

А.Парэ предложил использовать застойную гиперемия в случаях замедленного образования костной мозоли при переломах трубчатых костей. Доказал нерациональность производившейся тогда «попутной» кастрации при грыжесечениях. Ему принадлежит идея создания ряда ортопедических аппаратов, среди которых были протезы верхних и нижних конечностей, жестяные корсеты, корректирующая обувь и многое другое. Он разрабатывал также и новые хирургические инструменты.

Все свои сочинения А.Парэ писал на французском языке, а не

(не потому ли о нём вспомнили недобросовестные и неграмотные «целители» уже в наше время?). А.Парэ тоже использовал чистую воду при лечении ран, но, что делает ему честь, решительно порицал всякие заговоры и заклинания, считая их и бесполезными и «совершенно чуждыми христианскому духу». Правда, нельзя не сказать, что необходимым условием заживления ран А.Парэ, как и большинство тогдашних хирургов, считал нагноение, которое должно было очистить рану, удалить из неё все погибшие части, и затем уже образовавшийся дефект восполняла рубцовая ткань. В этом А.Парэ разделял взгляды своих коллег.

В другом медицинском вопросе – распространённой в то время ампутации конечностей – А.Парэ в отличие от своих современников, хирургов и врачей сформулировал новое и очень важное требование:

жигания (хотя его современники и даже некоторые ученики далеко не сразу признали это нововведение). Он предложил использовать двойную лигатуру сосудов не только при ампутациях, но и при аневризмах. Характерно также, что А.Парэ настаивал на необходимости щадить артериальную стенку при лигатуре: сосуд в этих случаях перевязывали вместе с окружающими тканями на матерчатом валике.

А.Парэ был первым, кто описал перелом шейки бедра. Одним из первых обратил внимание на необходимость предупреждения чрезвычайно частого тогда гноерофия (сепсиса). Его важная заслуга перед хирургией состоит ещё и в том, что он разработал и успешно применял ряд новых оперативных вмешательств. Так, Парэ первым произвёл резекцию локтевого сустава и описал операции камнесечения (хотя сам и не

на латыни, принятом тогда языке науки. После выхода в свет трудов А.Парэ медицинский факультет Парижского университета, относившийся к бывшему цирюльнику с плохо скрываемой ненавистью, выдвинул против него множество обвинений. Среди прочих и такие, что его труды написаны на французском языке, а не на латыни, что в них употребляются постыдные слова для обозначения частей половых органов, что автор использует яды – сурьму, серу, ртуть и применяет метод перевязки сосудов вместо древнего способа прижигания. Однако попытка Парижского медицинского факультета дискредитировать Амбруаза Парэ не удалась, и впоследствии факультет вынужден был признать его выдающимся специалистом по хирургии.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Былое

История не донесла до нас многих знаменательных дат и имён достойнейших людей. Однако в анналах сохранились имена первых курильщиков и день, в который европейцы познакомились с этой пагубной привычкой. Веками люди спорили, что есть табак – дар божий или искушение сатаны. Вот некоторые вехи истории курения.

Всё началось на заре Великих географических открытий, а именно со знаменитого плавания Христофора Колумба.

Как свидетельствовал священник Бартоломе де Лас Касас, который в 1514 г. издал судебный журнал Х.Колумба, индейцы «собирали для курения определённые виды трав». Они «поджигают [травы] с одного конца, а с другого – жуют, сосут или втягивают дым, который истощает их плоть и тем самым отравляет их, и при этом они говорят, что не чувствуют утомления».

О заядлом курильщике сэре Уолтере Рейли рассказывали, что когда по возвращении в Англию из Америки он раскурив свою трубку, то его слуга вылил на него пинту пива, решив, что лицо хозяина горит. Возможно, именно У.Рейли привёз в Англию способ употребления табака через трубку. Он даже взял её на эшафот, где его обезглавили в 1618 г.

Индейцы верили, что дым питает духов, живущих в шаманах. Процесс курения изначально был сакральным обрядом и медицинской практикой, а потом превратился в элемент культуры, доступный в основном высшим слоям общества.

Курение являлось частью ритуалов и обрядов в Северной и Южной Америке задолго до того, как табак был культивирован в

Курить или не курить?..

Отношение к этому в истории человечества постоянно менялось

пятом – третьем тысячелетии до нашей эры. Майя, ацтеки и многие другие народы мезоамерики и островов карибского бассейна курили это растение в той или иной форме. Но не только. Табак также жевали, заваривали и пили как чай, вдыхали (нюхательный табак), включали в состав жидкой клизмы или употребляли в виде желе. Но именно курение – сжигание травы для получения дыма – быстро стало частью исцеляющих обрядов: диагностических и лечебных, а также изгоняющих злых духов, которые могли привести к болезни.

Не лишённые остроумия и находчивости лекари Старого Света от всей души советовали курение в качестве наиболее полезного средства от другой напасти, также вывезенной из Америки – сифилиса.

О наносимом курением вреде писать начали относительно рано – и не только с точки зрения медицины. Конечно, курение способствовало отравлению организма – это отмечал ещё Жироламо Бенцони в своей «Истории Нового Света» (1565). В XVII веке Яков I созвал прения, посвящённые курению, в Оксфорде, где противники табака доказывали его опасность, демонстрируя собравшимся изображения почерневшего мозга и внутренних органов курильщиков. Однако предубеждение Якова I в первую очередь объяснялось аморальностью курения.

Известно, что одной из самых первых жертв пагубного пристрастия к табаку стал английский математик,



Эммануэль Готтлиб Лойце «Колумб перед королевой» (1843)

натурфилософ и астроном Томас Гарриот, который быстро пристрастился к курению табачных листьев и умер от рака носа. Курение он называл не иначе как «святым дымом». В Европе запах дыма от курительной трубки считался «запахом джентльмена».

Как отмечают некоторые исследователи, быстрое распространение курения также было тесно связано с его предполагаемой целебной силой. Большинство трудов по истории курения основное внимание уделяют «волшебному табаку», а на удовольствии от курения и его воздействии на человека почти не останавливаются. Несомненно,

табак покорила Старый Свет потому, что люди верили в чудесные целительные свойства этого растения. И в то же время именно курение расслабляло, приносило чувство беззаботности, ощущение благополучия. А главное – это заметили с самого начала – казалось, что оно утоляет голод и позволяет выполнять более долгую и трудную работу. При этом табак завоёвывал людей именно как курительное растение: человечество никогда не обходилось без курения, трав или фимиама, табака или опиума, гашиша, ката...

В России курение прижилось не сразу и даже можно сказать «с боем». В 1634 г. патриарх Мо-

сковский Иоасаф I запретил продажу табака. Курильщикам, и мужчинам, и женщинам, в качестве наказания следовало вырывать ноздри или пороть их до тех пор, пока на спине не останется кожи. А вот Пётр Великий, охочий до всего западного, не только сам пристрастился к трубке, но и весьма способствовал распространению курения.

Османский султан Мурад IV (1623-1640), напротив, был одним из первых правителей, запретивших курение, поскольку считалось, что оно губит душу и тело. Он даже попытался закрыть кофейни, в которых собирались курильщики.

Китайский император Чжу Юцзянь (1627-1644), последний правитель династии Мин, за два года до того как повеситься у подножия горы Цзиншань при виде мятежников, осаждающих столицу, запретил курение табака. Простолудины, нарушившие указ, «должны были наказываться так же, как предатели государства, перешедшие на сторону варварских племён». Этот запрет повторила следующая маньчжурская династия Цин: курение было названо «преступлением даже более страшным, чем пренебрежение стрельбой из лука».

Папа Урбан VIII в своей булле 1642 г. осудил курение, поскольку «люди обоих полов, и даже священники и духовные лица... сейчас не воздерживаются от употребления табака через рот или ноздри даже во время святой мессы». Однако затем католическая церковь, став табачным монополистом, даже запрещала распространение литературы, осуждающей курение.

Отношение к курению в истории человечества постоянно менялось. Но равнодушных к нему не было.

Игорь СИБИРЯКОВ.

На литературный конкурс

Ну и настырный попался!..

Центрфорвард гостей Коленостопов упал в самом центре штрафной площадки хозяев поля.

Стадион тут же почти весь засвистел и заулюлюкал. А судья матча принялся озираться по сторонам, бросая не совсем уверенные взгляды то на своих боковых помощников, то на виновника этого досадного происшествия – полу(и поле-) защитника хозяев – Подковальского.

Боковые судьи, застенчиво потупившись, отворачивались, делая вид, будто бы ничего такого особенного сейчас не произошло, и при этом давая понять, что вообще-то их хата с краю.

Однако полузащитник Подковальский с капитанской повязкой на рукаве решительным шагом уже приближался к судье.

Тогда последний попятился и, вытащив свисток, тихо свистнул в него.

Капитан-полузащитник меж тем, не обратив на это никакого внимания, принялся красноречиво прикладывать руки к груди в области сердца и левого лёгкого, корча при этом не очень понятные гримасы.

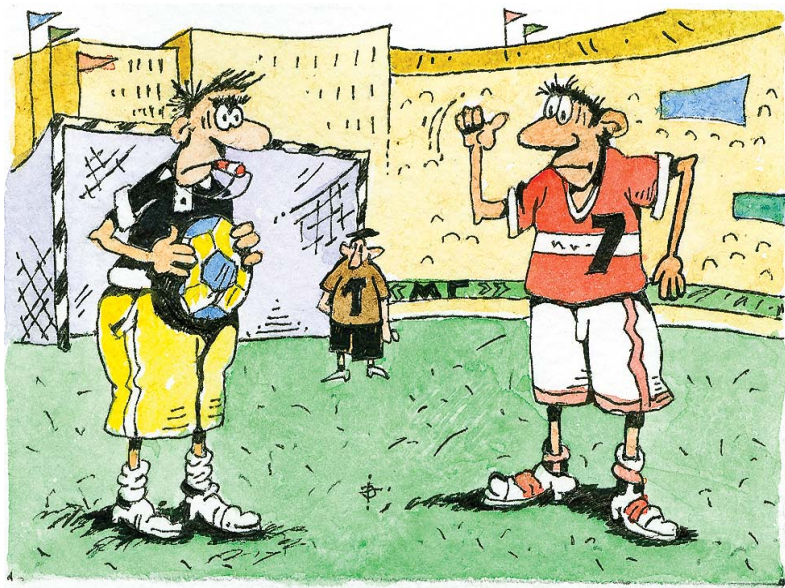
Арбитр, удивлённо уставившись на него, сдвоенным голосом поинтересовался: – Это... это же вы сейчас подкат выполняли, да?

– Какой ещё подкат? – ехидно хмыкнул Подковальский. – Это же я его просто снёс!

– Да?... – недоверчиво уставился на него судья. – Вот оно что!.. Снёс? А куда?

– Подальше от ворот, – разъяснил капитан.

– Ну, что ж, бывает... всякое бывает... – успокоил полузащитника арбитр. – Тем более когда



уже за пределами штрафной площадки...

– Э, нет! – во весь голос возмутился полузащитник. – Я его в самой штрафной срезал, в самом её центре!

– Ну, что ж, вообще-то, всякое бывает... – миролюбиво успокоил его судья. – Каждый может оступиться... ведь мяч-то круглый, а поле мокрое – позавчера, кажется, здесь дождик прошёл...

– Да вы что?! – удивился Подковальский. – Здесь же уже целых три месяца ни капли... полная засуха!

– Вот оно... вот оно что? – не поверил судья. – Тогда, выходит, это просто трава газонная на этом поле очень уж сухая. Вот вы и поскользнулись или даже просто запутались в ней.

– Ну, ты даёшь! – возмутился полузащитник. – Разуй глаза – её, траву эту газонную, в первую очередь на штрафной площадке

давным-давно вытоптали... на тренировках.

– А может быть, всё-таки это он сам? – не сдавался судья. – У него же, у этого Коленостопова ноги слабоваты, особенно когда в бутсах... Вы ведь, наверное, знаете – он как-то всё больше головой? – с надеждой произнёс арбитр матча.

– Фигушки! Это у него-то слабоваты?! У этого бугая?! – расхохотался Подковальский.

И тогда судья не выдержал и возвысил свой голос:

– Это что же вы себе здесь позволяете?! Почему вступаете в упрямые пререкания с арбитром?! Да я... да я вам за это сейчас такое покажу!..

– Это что же? – хмыкнул полузащитник Подковальский.

– Это жёлтую карточку, вот что!

– А что толку? – хмыкнул полузащитник.

– Как это что?! Жёлтую, по-

нимаете, карточку! Понимаете, жёл-ту-ю?!

– Да понимаю я, всё понимаю, вот только... вот только дальтоник я.

– И что? – не понял судья.

– А то, что всё равно я не увижу её. Не разберу, то есть...

– Да?... Вот оно как?... – растерялся судья. Но тут же нашёлся и спросил: – А красную, красную карточку увидите?

– Да показывай мне хоть банковскую, всё равно, если эта карта не моя, то не смогу её разглядеть, ну разве что на ощупь.

– Это что намёк какой-то, да? – начал было закипать от гнева арбитр.

– Ещё чего! – огрызнулся полузащитник Подковальский.

– Так чего же вы тогда хотите? – посмотрев на позабытый в пылу полемики секундомер, поинтересовался судья.

– Чего-чего, хочу, чтобы всё было по чесноку, вот чего – раз я снёс его, этого бугая, в штрафной, ты пеналь-то не зажимай. Назначай пеналь в наши ворота, блин!

«Ну и настырный полузащитник попался!» – вжимая голову в плечи, обиженно подумал арбитр, которому было недвусмысленно предложено, чтобы этот матч, как и местная погода последние три месяца, закончился всухую.

«Ну и настырный судья попался!» – гневно задышав, подумал полузащитник. – «Ну, как зажмёт пеналь, гад?! А ведь меня только что в эту команду гостей пригласили. Мне вот-вот переходить к моим друзьям-соперникам, а этот debil...».

Московская область.

Сокровенное

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Медицинские частушки

Я сидела у врача,
Нервно ножками стуча.
Он же просто оборзел:
Даже глазом не раздел.

* * *

Раз у стоматолога
Встретил я эколога.
Экологией во рту
Отдавало за версту.

* * *

Мне сказал один аптекарь:
– Время – самый лучший лекарь.
Был я круглый идиот,
А теперь наоборот.

* * *

Вот какие, брат, дела:
Меня милка прогнала
Кочерёжкой взашей,
Чтоб не пил лосьон от вшей.

* * *

Родила Маруська сына –
Очень крупного детину.
Доктор взвесил просто так –
Поломал весы, дурак.

Москва.

Умные мысли

Виктор МАКЕЕВ

Что там – за кадром?

● Человек – частица природы. К сожалению, природа сегодня – пресквернейшая.

● Пояс на брюках пошёл по обещанному расписанию.

● Там, за кадром, всё решают кадры.

● Мысль у него мгновенно выросла в кулак.

● Время течёт... Сантехники постарались.

● Не все люди XXI века могут считать свои года.

● Столб любил хвалиться: каким он дубом был!

● Криминалу ничего не стоит победить криминальное государство.

● Следы мыслей – самые долговечные. Потому что не для сыщиков. Талдом, Московская область.

Борт- нянский опера					Историк ... Кассий		Растит. покров, Атака- ма	СКАНВОРД										Авелан					Ваш покор- ный ...	Велас- кес, картина
	Парный танец	Хол. оружие		Фрами- цетин						Раско- лотое бревно					Штат, Мьянма		Невоз- мучи- мость	Отход, ножовка		Писа- тель ... Во		Ткань, Азия		
				Отсут- ствие голоса		Спокой- ствие	Крыло- ореш- ник	Индий- ский тмин		Платок (устар.)		Храб- рый боец (разг.)	Приток Дона	Англ. экипаж				Двою- родный						
	"Бен- тли", модель	Тугопл. металл						Певца ... Гас- парян					Клопи- догрел							Жер- лянки				
					Приток Ама- зонки			Скопл. жид- кости в тканях	Борец на ло- патках				Углуб- ление в земле				Рос. скрипач							
	Фенил- эфрин	Сосуд для питья				Малень- кая лошадь			Инсар, река		Округ, Др. Греция		Рос. акушер	Узбек- ский поэт					...-баты (воин.)					
				Крово- сосы	Воспа- ление радужки глаза			Убыль				Как ... духу				КАФА			АМАДИНА					
	"... на лужай- ке", Липатов					Англ. био- химик			"Король Лир", перс.							МАССАУФДЭРСТЕД			ЗОПИ					
Автор Валерий Шаршуков		Купер, роман		Один из Алеут. остро- вов												НАУТОМЕРХОТАЛФТ			ОРЕУСИ					
																ОГНОРКАМГАЛЕРАСКВЕРТАР			СПЕХОТА					
																КСЕДОСНИПАГКЛАПАНКУМ								
																ОРБЕНИНЛАГОЧИ								
																КРОШЕОГОНЬНАЖИМ								
																ННЕМАНЫГИАРО								

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 75 от 05.10.2016.

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

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

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

Дежурный член редколлегии – В.КОРОЛЁВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-09-00419 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.