

Медицинская

22 августа 2014 г.
пятница
№ 62 (7487)

Газета®

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

Наши коллеги

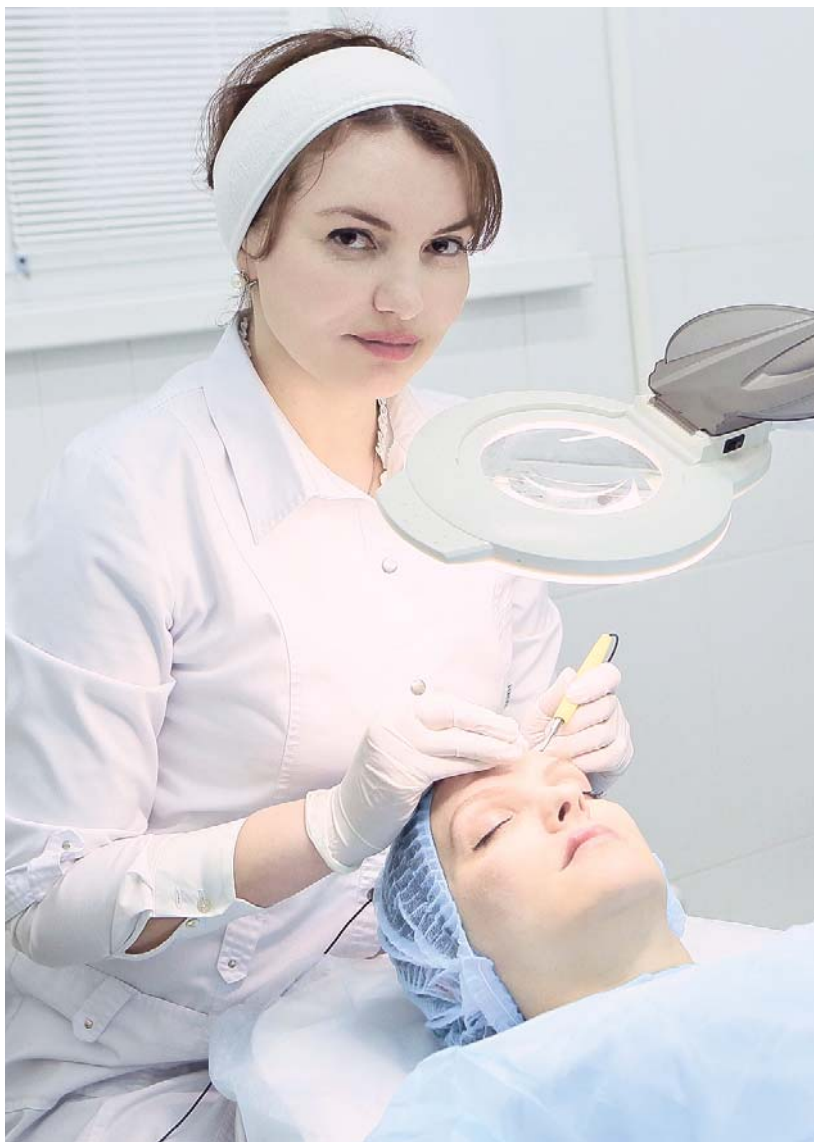
Стала первой в Дагестане

Но на всероссийском уровне пока нет соответствующей номинации

В республиканском конкурсе в Дагестане на звание «Лучший врач» победила Зумруд Бучаева. Когда подошло время всероссийского конкурса, то выяснилось, что такой номинации, как «дерматолог-косметолог», ещё нет в его списке. И это при большом числе врачей такой специализации во всей России и стремительном росте количества подобных частных клиник... В результате её работу всё-таки приняли и рассмотрели в номинации «терапевт». Поскольку она показывала, насколько комплексно относятся к лечению больных с дерматозами, косметическими и врождёнными дефектами в республике. По количеству набранных баллов, а именно так оценивались результаты всероссийского конкурса, Зумруд Камилловна было присуждено заслуженное четвёртое место.

Неожиданно – нет, закономерно

В центре Махачкалы открыты десятки косметологических салонов. Каких только услуг не предлагают в них коммерсанты от медицины! Но на самом деле, если вопрос встаёт об исправлении серьёзного дефекта лица или лечения кожи, то большинство спешат не в них, а в Республиканский лечебно-консультативный центр косметологии. Его и возглавляет заслуженный врач Республики Дагестан, дерматолог высшей категории, косметолог Зумруд Бучаева. Это единственный государственный центр такого профиля в Дагестане. Несмотря на бурное развитие рынка косметологических услуг (как и в других регионах нашей страны), частные кабинеты ещё долго не смогут на равных конкурировать с государственными учреждениями. Всё дело в подходе. Государственные клиники в первую очередь приобретают оборудование, которое стоит не дешево, а зачастую дороже красивых



Зумруд Бучаева не только главный врач, но и практикующий косметолог

интерьеров или шикарных апартаментов. Высокая квалификация персонала и техническая оснащённость позволяют государственным

клиникам заниматься диагностикой и лечением на более высоком, профессиональном уровне.

(Окончание на стр. 7.)

Перемены

Крымчане получают полисы

Как сообщает Федеральный фонд ОМС, на начало августа на территории Республики Крым открыто 13 пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования (из них 3 находятся в Симферополе), а в ближайшее время в республике появятся ещё 10 пунктов.

Предполагается, что это позволит принимать в день до 15 тыс. заявлений на получение полиса ОМС от жителей Крыма. Таким образом, до конца 2014 г.

полисами ОМС должно быть обеспечено практически всё население Крыма.

На сегодняшний день на террито-

рии Республики Крым работают уже две страховые медицинские организации «Крыммедстрах» и «Крымская страховая медицинская организация», которые готовы к этому технически и с правовой точки зрения. Они активно открывают новые пункты выдачи полисов обязательного медицинского страхования, а в ближайшее время в Крыму начнут работать и мобильные пункты выдачи для того, чтобы получение полисов ОМС было доступным, удобным и комфортным для крымчан.

Процедура выдачи полисов ОМС продолжится и после 1 января 2015 г.

Павел ТИХОРЕЦКИЙ.
МИА Сито!

Республика Крым.

Дежурный по номеру: Александр ГОРОХОВ

Министр
здравоохранения
Республики
Саха (Якутия)

Стр. 13.



ЧП

Погром в Либерии

Группа вооружённых людей напала на центр карантина лиц, заражённых вирусом Эбола, в столице Либерии Монровии. Как сообщает информационное агентство France-Presse, все содержащиеся в центре больные оказались вне учреждения.

Согласно рассказам очевидцев, в ночь с 16 на 17 августа боевики сломали ворота карантинного центра и разгромили территорию учреждения. Бегством спаслись 29 пациентов.

По официальной информации ВОЗ на 16 августа, число заболевших в Гвинее – 519 человек, в том числе 380 летальных исходов, в Либерии – 786 (413), в Сьерра Леоне – 810 (348), в Нигерии – 12 (4).

По оценке специалистов ВОЗ, риск передачи вируса Эбола во время авиаперелётов является низким, в связи с особенностями механизма передачи возбудителя. Поэтому ВОЗ не рекомендует вводить ограничения на международные поездки. Ландшафтно-эпидемиологическое районирование поражённых

территорий, проведённое с целью определения первоочередности противоэпидемических мер в зависимости от наличия объектов инфраструктуры, плотности населения, активности эпидемического процесса в поражённых заболеванием странах, позволило разработать комплексный план профилактических мероприятий и определить необходимый объём гуманитарной помощи. Международная гуманитарная организация «Всемирная продовольственная программа ООН» оказывает продовольственную помощь населению в карантинных районах стран, охваченных эпидемией.

Как сообщает Роспотребнадзор, ведомство продолжает вести целенаправленную работу по принятию действенных мер, направленных на защиту населения Российской Федерации от эпидемиологических угроз, связанных с распространением лихорадки Эбола в Западноафриканском регионе.

Пётр ЛИСКИН.
МИА Сито!

О медпомощи пожилым людям
говорили в Воронеже.

Стр. 4.

Внимание: экзотические
паразиты едут в Россию

Стр. 5.

Подбираем школьную форму.

Стр. 6.

Конспект врача. Лабораторные
анализы показателей
гемоглобина крови
и их клиническое значение.

Стр. 8.

О первых шагах эндоскопической
хирургии вспоминает профессор
Алексей Балалыкин.

Стр. 10–11.

Несмотря на растущий курс доллара, многие россияне по-прежнему предпочитают проводить свой отпуск за рубежом. В лидерах по посещаемости остаются Турция, Египет и Таиланд. Между тем отдых в странах с жарким климатом, кроме удовольствий, несёт и разные опасности. «В Амурской области уже начали формироваться очаги экзотических инфекций, которые амурчане привозят из тропиков», — напоминает профессор кафедры инфекционных болезней Амурской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Валентин ФИГУРНОВ.

— Валентин Александрович, какие новые инфекционные болезни к нам завезли, и как с ними бороться?

— Большой поток туристов в Юго-Восточную Азию привёл к тому, что в Амурской области сформировался очаг диروفилариоза. Это тропический гельминт, который широко распространён на юге Китая, во Вьетнаме, Таиланде, Индии и других жарких странах. На вид он тонкий, прозрачный, до 12-15 см в длину, но может вырасти и до 20. Заражение человека происходит трансмиссивным путём — через укусы комаров, а источником заражения кровососущих являются собаки или кошки, реже другие животные.

Возможно, инфекцию занесли в Приамурье с комарами в чемоданах. Или привезли купленного за границей щенка, у которого в крови были яйца. Постепенно зараза распространилась по области. Мы стали её выявлять даже у людей, которые никогда не выезжали в тропики. Однажды мне позвонил хирург из Архары, говорит, мол, так и так, у пациента что-то под кожей ползёт. Оказалось — тропический гельминт! Один из таких «пришельцев», которого врачи городской больницы достали из века жительницы Благовещенска, хранится у меня в лабораторной пробирке. Женщина была уже далеко не первой жертвой тропической паразитарной экзотики. И после этого у нас было ещё несколько подобных случаев.

— А как паразит попадает в глаз?

— Дирофиляриоз ещё называют мигрирующим гельминтозом. В отличие от других известных нам, инфекционистам, тропических паразитов, личинки которых могут ползать под кожей,

Наши интервью

Инфекция, привезённая в чемодане

Амурчане на отдыхе всё чаще становятся жертвами экзотических паразитов



Валентин Фигурнов профессор кафедры инфекционных болезней ИГМА.

диروفилария ведёт себя как Фигаро. Она появляется в виде небольшой опухоли или, реже, нитевидного образования на коже, потом месяца через два исчезает, и вдруг через месяц снова появляется уже в другом месте. Такова его жизнедеятельность: скрученный в колечко паразит объедает подкожные ткани и обкладывает все своими выделениями в одном месте, потом он раскручивается и переползает примерно сантиметров на 15. Снова скручивается, все объедает и может от пятки доползти до самой макушки. И так постоянно. Причём когда он ползёт, человек ничего не чувствует. Не зря в переводе название гельминта означает «злая нить».

Чаще всего диروفиларии локализируются в области головы, шеи, а также на ногах и руках, у женщин могут селиться на коже молочных желёз. Одну из пациенток (она тоже никуда не ездила, заразилась на территории области) комар укусил в нижней части лица. Через некоторое время на месте укуса появилась небольшая и мягкая на ощупь шишечка. Она обращалась и к хирургу, и к стоматологу. Но вра-

чи не могли понять, что это такое. Когда паразит дополз уже до глаза, у пациентки опухло веко, и она пошла к офтальмологу. Доктор посмотрел, а там торчит головка паразита. Разрезали, вытащили и нам принесли.

Ни от человека, ни от заражённой собаки напрямую заражение гельминтом не происходит. Только через укусы комаров! Причём после укуса больного человека комар сам не заражается — только от больных животных. Дело в том, что у собак под кожей десятки, возможно и сотни личинок. К тому же для заражения личинки обязательно должны быть разнополюе, чтобы они откладывали яйца. Тропическая инфекция внедрилась в наших собак. Однако примерно в половине случаев заражение никак не проявляется. Возможно, вы заметите, что собака стала вялой, ест без должного аппетита. И всё!

— А какие-то анализы можно сдать, чтобы выявить диروفиларию у собаки?

— Ни рентген, ни УЗИ не увидят. Намёк могут дать анализ мочи и биохимический анализ крови — будут странные показатели. На-

пример, у собаки при осмотре ветврач может обнаружить шумы в сердце или почечную недостаточность. И у человека этого опасного тропического гельминта тоже очень сложно выявить.

В последнее время климат в Амурской области изменился, промежуток существования комара у нас стал больше. Раньше, например, он кусал собаку, но наступал холод и кровосос погибал. А сейчас осенью стало не так холодно, морозы наступают позже. Получается, комар укусит заражённую собаку, у которой яйца тропического гельминта годами могут жить в крови. Через какое-то время возникнут личинки, и ещё до наступления холодов этот же комар успеет укусить и заразить человека.

— Часто ли встречаются пациенты с загадочной симптоматикой, трудно диагностируемыми болезнями?

— Были в нашей практике и такие случаи. Однажды к нам обратилась амурчанка, которую кто-то укусил во время подводного плавания в Южно-Китайском море. После этого у неё осталась незаживающая ранка. Я внимательно осмотрел эту ранку и удалил оттуда что-то ползущее. А через некоторое время в ранке снова стало расти что-то непонятное. Женщина решила поехать в Китай, где заразилась неизвестной болезнью, там её обследовали, дали какие-то препараты — и всё прошло.

Другой мужчина вернулся домой из тропиков, всё плечо после купания у него покрылось странной язвой. Взяли анализ — вирус герпеса. Только не такой, как бывает у нас на губах от простуды, а в виде язвы с множеством микроскопических пузырьков. Этого пациента мы вылечили.

Какой только заразы из Юго-Восточной Азии не привозят! В прошлом году у нас умер 40-летний мужчина. Во время отдыха ему стало плохо, пока

дoveзли до Благовещенска, был уже в коме. Звонит мне дежурный доктор: «Приезжайте, больной погибает». Оказалась тяжелейшая форма рожи. Это инфекционное заболевание с общей интоксикацией организма и воспалительным поражением кожи. Во время купания в тропическом море он поранил ногу, потом расчесал ранку. И вот такой результат.

— В инфекционной больнице есть необходимые тесты для выявления тропических инфекций?

— На полный спектр тропических инфекций, которых известны сотни, конечно, тестов у нас нет. Отдельные тест-системы очень дорогие. Если бы мы все покупали, то областная инфекционная больница давно бы уже обанкротилась. Ещё раз хочу акцентировать внимание: мы выявляем только самые распространённые инфекции, которые есть у нас и часто встречаются за рубежом.

Поэтому каждый человек должен усвоить главное правило: лучшая защита от любого заболевания — это профилактика. Особенно это актуально для тех, кто отправляется в страны с тёплым климатом, не гнушается питаться в разных забегаловках и любит купаться на отмели, рискуя заразиться мочеполовым шистосомозом и другими опасными инфекциями.

Если после отдыха за границей вы обнаружили непонятные образования под кожей, у глаз, в полости рта или ещё где-либо (это может быть даже мочеиспускательный канал, если вы купались в пресных водоёмах), или у вас появились симптомы, похожие на бронхит или пневмонию, сразу обращайтесь к инфекционисту.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото автора.

Сотрудничество

Рабочая встреча губернатора Тверской области Андрея Шевелёва и ректора Тверской государственной медицинской академии профессора Михаила Калинкина была посвящена развитию новых направлений в региональном здравоохранении.

Новый уровень качества медицинского обслуживания и вопросы повышения квалификации специалистов, активная практика новых технологий лечения и профилактики заболеваний — вот только малая часть проектов, позволяющих решить актуальные задачи внедрения специальной программы в сфере здравоохранения Тверской области. В настоящее время в Тверской ГМА активно ведётся разработка региональной приоритетной программы под названием «Использование инновационных педагогических технологий в повышении качества работы врачей Тверской

Инновации для тверских врачей

В Верхневолжье продолжает развиваться коммуникационная дистанционная сеть

области». Результаты реализации данного проекта получили высокую оценку со стороны руководства области. Как подчеркнул А.Шевелёв, это направление деятельности вуза является оперативным и своевременным ответом на решение самых волнующих вопросов, стоящих перед отраслью здравоохранения.

— Вуз действительно помогает решать задачи, направленные на развитие здравоохранения региона. Под вашим руководством Тверская меакадемия ведёт результативную работу по подготовке и переподготовке кадров, развитию научной школы на базе вуза. Особенно следует отметить

высокий уровень внедрения новых передовых технологий в практическую медицину, в частности широкое использование ресурсов телемедицины как универсального и оперативного способа оказания медицинской помощи в самых отдалённых уголках Верхневолжья, — отметил на встрече глава региона.

Профессор Михаил Калинин, в свою очередь, сообщил, что данная программа является долгосрочной и предполагает дальнейшее всестороннее развитие системы коммуникаций между учреждениями здравоохранения как внутри региона, так и с ведущими медицинскими заведениями страны.

Дальнейшая реализация поставленных целей направлена и на более тесное сотрудничество с мировыми клиническими центрами Германии, Израиля, США, Индии, Шри-Ланка и других стран, с которыми Тверская меакадемия тесно взаимодействует последние годы. Что касается Тверской области, то форма дистанционных технологий позволит не только повысить качество работы региональных медиков, закрепить специалистов на местах, но и существенно стимулировать процессы трудоустройства врачей в районы.

На сегодняшний день коммуникационная дистанционная сеть

действует в 14 больницах Тверской области. Однако этого недостаточно — необходимо активно вовлекать в инновационные процессы абсолютно все медицинские заведения, — уверены участники встречи. Для этого планируется расширение путей финансирования и обеспечения необходимым оборудованием. Глава области уверен ректора академии, что со стороны органов исполнительной власти в этом направлении будет оказана всесторонняя поддержка.

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Приближается новый учебный год. Более 13 млн российских детей 1 сентября сядут за парты и будут проводить в образовательных учреждениях ежедневно от 4 до 8 часов. Поэтому немаловажно, как организовано их питание, во что они обуты, одеты, ведь от этого зависит не только успеваемость, психологический настрой, но и здоровье. Некоторое время назад, после конфликтных ситуаций с ношением в школе хиджабов и прочих несветских атрибутов, заговорили наконец о необходимости возвращения к школьной форме. Теперь дети ходят на занятия не в джинсах и футболках, а в определённой одежде. Но в России более 47 тыс. общеобразовательных организаций. При этом в каждой школе – своя форма. На первый взгляд, ничего в том плохого нет. Кажется, даже наоборот. Но только на первый взгляд. Если обратить взор на качество школьной одежды, то ситуация вырисовывается отнюдь не благодушная, а скорее тревожная, чем обеспокоены и гигиенисты (этот вопрос остро был поставлен на последнем конгрессе по школьной медицине) и родители.

Мама второклассницы Наташи истоптала сапоги, бегая с дочерью по врачам в надежде установить истинную причину недомоганий драгоценного чада, так как из школы периодически звонили и просили забрать девочку домой, поскольку та жаловалась на сильную головную боль и головокружение. Но педиатры, неврологи, кардиологи никакой серьёзной патологии не находили. Неизвестно, сколько бы продолжалась эта история, если бы однажды доктор в очередном лечебном учреждении не поинтересовался, а в какой одежде ходит девочка на занятия. Вот тут и выяснилось, что плохое самочувствие отмечалось в те дни, когда она надевала так нравившуюся ей блузку.

Специалисты утверждают: ношение одежды, не отвечающей санитарно-гигиеническим требованиям, чревато серьёзными последствиями для растущего организма.

Важнейшими критериями, которые характеризуют её безопасность, являются воздухопроницаемость, гигроскопичность, токсичность, напряжённость электрического поля, а также определённый крой (он должен соответствовать анатомическим особенностям ребёнка, позволять свободно совершать движения, а не стеснять их – это важно, прежде всего, для сохранения осанки и свободного кровотока). Например, ношение узких брюк приводит к застою в области малого таза, что является фактором риска развития воспалительных процессов, оказывает повышенное давление на эпигастральную область, а это может провоцировать заброс желудочного сока в пищевод, вызывая изжогу. Рубашки с тугим воротом сдавливают яремную вену и могут служить причиной головных болей, нарушения зрения.

Разумеется, материалы, из которых изготавливается школьная одежда, должны хорошо поглощать влагу и пропускать воздух, иначе ребёнок будет потеть и простужаться.

Конечно же, родители своим детям хотят дать самое лучшее. Но что происходит на деле? Школа утверждает ту или иную модель формы, договаривается с поставщиком или торговой точкой и отправляет туда родителей. Ключевые критерии выбора, как правило, – привлекательный внешний вид и приемлемая цена. По словам исполнительного директора Национального союза производителей школьной формы Александры Алдушиной, на качество мамы и руководители школ смотрят в последнюю очередь или не смотрят вообще. Выбирая школьную форму, администрация образовательного учреждения должна сделать так, чтобы все остались довольны, ведь у семей разный достаток и разные предпочтения. В ряде случаев школы идут по пути наименьшего сопротивления: вместо школьной формы утверждают дресс-код, просто регламентируют устаре, что можно носить, а что нельзя. По сути это не имеет ничего общего со школьной формой.

Но даже, когда заходит речь о качестве, родителей в основном интересуют свойства материалов,

дах России были сделаны закупки изделий, предназначенных для ношения в школе детьми от 7 до 14 лет. Охвачены 53 торговые точки: от рынков, где покупает школьную форму большое количество родителей, до крупных торговых сетей. Для испытания были отобраны 172 образца. Закупки изделий осуществляли не специалисты, а рядовые мамы и папы. Образцы передавались для исследования в испытательный лабораторный центр НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей.

информацией о производителе и составе. Но данная информация для среднестатистического покупателя – пустой звук, даже в том случае, если указаны реальные данные. А мы знаем много примеров, когда производители и поставщики искажают информацию о составе.

Что касается розничной торговли, то она, по словам А.Алдушиной, в большей степени озабочена повышением прибыли. Магазины заинтересованы в реализации товаров с изначально низкой стоимостью, потому что на такой

качеством, включить одежду для обучающихся в перечень социально значимых товаров и услуг с соответствующим ограничением торговой наценки.

Нельзя сказать, что ничего не делается для того, чтобы поставить заслон некачественной продукции для детей. Например, создаётся единый информационный интернет-портал «Школьная форма», где родители, руководители образовательных организаций могут ознакомиться с продукцией лучших отечественных производителей. Однако, по мнению

Проблемы и решения

Больше, чем одежда

Школьная форма и здоровье детей



Заместитель директора фирмы «Смена» Наталия Встовская (на 2-м плане слева) помогает Алле Гусак подобрать форму для дочер Ксюши (слева) и Олеси.

обеспечивающие носкость изделия, удобства в уходе за ними: мнётся ли, легко ли гладится, долго ли держится первоначальный цвет. На санитарно-гигиенические аспекты качества одежды мамы практически не обращают внимания. Они плохо или вообще не информированы о том, что некачественная детская одежда способна причинить серьёзный вред здоровью ребёнка, особенно если дети в ней проводят по 4-8 часов в день.

Любые изделия должны соответствовать требованиям Технического регламента Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков». Но на практике мы имеем совершенно иную картину, – считает А.Алдушина.

В 2013 г. Национальный союз производителей школьной формы провёл исследование: в 26 горо-

Каждое изделие тестировалось по таким показателям, как гигроскопичность, воздухопроницаемость, содержание свободного формальдегида. Результаты оказались неутешительными: 80,4% исследованных образцов (или 139 из 172 изделий) не соответствовали Техническому регламенту Таможенного союза. В основном изделия не отвечали нормативам по гигроскопичности и воздухопроницаемости.

Не сильно изменилась ситуация и в нынешнем году, судя по результатам проводимых контрольных закупок.

Родители находятся в завидном проигрышном положении: неспециалисты самостоятельно не способны определить, безопасно ли изделие для здоровья ребёнка, – утверждает А.Алдушина. – Всё, что в лучшем случае видят мамы в магазине, – это ярлык с

товар можно поставить наценку от 100 до 300%. Как правило, это – одежда из полиэстера, себестоимость которой значительно ниже себестоимости изделий из натуральных или смесовых тканей. Предприятия торговли имеют сертификаты на данную продукцию. Но вместе с тем они осознают, что на сертификацию производитель или поставщик подавали изделия отличного качества, а массовая партия выполнена из дешёвых материалов. Торговля предпочитает закрывать глаза на это, ведь такой товар приносит сверхприбыль.

Сейчас значительно расширился ассортимент материалов, используемых для изготовления изделий для детей, в том числе за счёт увеличения использования химических волокон, – отмечает Ольга Чумичёва, старший научный сотрудник отдела гигиенического нормирования и экспертизы НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, где в течение ряда лет проводились работы по гигиенической оценке предметов детского ассортимента. – Исследования по определению содержания свободного формальдегида в образцах современной детской одежды первого и второго слоя, для которых характерна большая площадь контакта с кожными покровами ребёнка, показали, что в 90% образцов обнаружен формальдегид, причём примерно в 18% он превышает гигиенические нормативы.

Источником поступления формальдегида являются вспомогательные вещества, которые используются в тканях для изготовления одежды в процессе беления, окрашивания и т.д. с целью улучшения потребительских свойств.

Наряду с формальдегидом в окружающую среду могут выделяться и другие летучие соединения, в том числе из предметов, с которыми ребёнок взаимодействует в процессе обучения или игры.

Исследование материалов игрушек в испытательном центре позволило установить, что наибольшее число образцов не соответствовало нормативам по санитарно-химическим показателям безопасности – 24%. Основным веществом, выделяющимся из игрушек, является фенол и его производные.

Всё это, вкуче с другими предметами, в том числе школьной одеждой, создаёт факторы риска для здоровья учащихся.

Необходимо ввести в юридический оборот понятие «школьная форма», – считает А.Алдушина. – В дальнейшем это позволит повысить эффективность государственного и врачебного контроля за её

А.Алдушиной, необходимо ещё и жёсткое федеральное и местное законодательство, препятствующее проникновению на прилавки продукции, небезопасной для здоровья детей.

Два месяца назад Президент РФ Владимир Путин подписал федеральный закон, устанавливающий требования к одежде обучающихся. Казалось бы, можно вздохнуть с облегчением. Но как считают многие, он носит рамочный характер, да и пройдёт немало времени, прежде чем он полностью заработает, так как необходимы подзаконные акты. Согласно ему, регионы вправе самостоятельно устанавливать требования к одежде обучающихся, в том числе к её общему виду, однако конкретную модель будут определять сами школы. Поэтому пока проблема остаётся острой. Вот что пишут сегодня в социальных сетях мамы:

«У нас в школе определённая форма, дали купоны в определённый магазин-ателье, где надо купить эту форму, пришла, посмотрела – качество ткани оставляет желать лучшего, но шито всё хорошо. Договорилась с мастером из этого ателье, что принесу ткань такого же цвета, но хорошего качества, и она сошьёт сыну форму по его меркам. Цена вопроса – 7 тыс. руб.»

«Я в прошлом году дочке купала два костюма: один российского производства, а другой европейского, он в два раза дороже. Так вот, первый она почти всё время носила, а тот из Европы терпеть не могла, поскольку он – полная гадость. Не всё то лучшее, что дороже».

Отечественные производители опасаются, что от нового закона выиграют поставщики импортной продукции, ввозимой в Россию преимущественно из стран Юго-Восточной Азии, а также кустарные фабрики, расположенные на территории РФ. С целью извлечения максимальной прибыли они заинтересованы в снижении себестоимости.

Справедливости ради надо отметить, что в соответствии с «Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012-2017 гг.» предполагается создание Национальной технологической платформы индустрии детских товаров и инфраструктуры детства, которая будет формироваться на базе образовательных и научных организаций, в том числе НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, и крупнейших российских производителей детских товаров. Хочется надеяться, что сумеем сберечь здоровье детей.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Нас очень поддерживает республиканское Министерство здравоохранения, – говорит Зумруд Бучаева. – Министр Танка Ибрагимович Ибрагимов понимает значение косметологии. Как известно, до назначения на высокий пост он руководил кафедрой ортопедической стоматологии в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова. И он как организатор здравоохранения, пришедший на высокую должность из ведущего федерального вуза, осознаёт, насколько востребована косметология в новых условиях, особенно после лечения онкологических заболеваний, реабилитации больных с серьёзными ожогами, при исправлении различных врождённых дефектов, когда от применения технологий косметологической медицины зависит качество жизни больного. Министр поддержал наши предложения по переоснащению после того, как побывал у нас в центре... Медицина, как известно, не стоит на месте. Каждый год появляются всё более передовые технологии. Они проходят проверку в клинических исследованиях, оцениваются методами доказательной медицины, затем внедряются в практику. И для того, чтобы идти в ногу со временем, а не отставать на десятилетия от ведущих клиник, нужно регулярно обновлять имеющееся оборудование...

– Современная косметология – это не только золотые руки врача и знания, которые способны придать прекрасную форму чертам лица и тела, – говорит Зумруд Бучаева, – но и современная аппаратура, сделавшая возможным применение алгоритмов диагностики и лечения, которые были недоступны медикам в прошлые десятилетия. Один писатель-философ сказал: «Человек – общественная личность, его внешность, внешний вид имеют значение и для окружающих». Например, лазерная техника сегодня позволяет почти для каждого случая выбрать

секрета, если скажу, что человек, который следит за своим весом, уделяет время укреплению здоровья, внешне выглядит куда привлекательнее сверстников. А быть красивыми – естественное желание большинства женщин, а сегодня и мужчин. Жаль, что помочь в этом пациентам берутся не всегда те, кто имеет должное образование и опыт в проведении косметологических процедур. Почти любая из них требует определённой квалификации, навыка,

эффекта. Более того, лицо приобрело болезненный вид, она стала стесняться выходить на улицу. Её коллегиально проконсультировали врачи центра косметологии и отделения челюстно-лицевой хирургии Республиканской клинической больницы. Вместе назначили лечение, которое дало результат. А дальше, как ни пыталась Зумруд Камиловна, будучи главным профильным специалистом Минздрава Дагестана, узнать адрес и название показавшего дремучую

лазерную терапию, химические пилинги (поверхностные и срединные), механическую шлифовку, криотерапию, микротоки, ультрафонофорез.

Частные медицинские центры на этапе лицензирования проверяются комиссией на наличие помещения, необходимого оборудования, квалификации специалистов. Но как оно затем используется, насколько компетентны назначения врачей, можно узнать, лишь проверив медицин-

ководителей в республиканском здравоохранении. Это можно оценить и по тому, насколько интенсивно принялась менять стиль работы вверенного ей медицинского учреждения. Она понимала, что необходимо наладить тесную взаимосвязь обновляемой клиники с рядом ведущих республиканских лечебных учреждений. Ведь каждый случай может быть уникальным, и консультации специалистов разного профиля для комплексного лечения зачастую являются безотлагательными. Кроме того, она начинает настойчиво заниматься повышением квалификации персонала. На учёбу едут не только врачи, но и средние медицинские работники. Потому что в нынешних условиях только качество оказываемой медицинской помощи может стать главным преимуществом государственного лечебного учреждения.

Центр держит марку

Не надо быть семи пядей во лбу, чтобы понять, почему частные центры предлагают своим посетителям более комфортные условия консультаций и лечения. Хотя в центре, которым руководит Бучаева, кажется, что более современного интерьера клиники и создать нельзя, на самом деле можно. Так как мы знаем, что нет предела совершенству. Для данной государственной клиники сегодня это не первоочередная задача. У неё достаточно других сильных сторон. Комплексное и многокомпонентное лечение, именно такое предоставляется в центре косметологии, требует высокой квалификации персонала и необходимой диагностической, лабораторной базы, а также аппаратуры для проведения малоинвазивных вмешательств, лазерной терапии и последующей реабилитации. В центре это всё есть, включая ультразвуковую

Наши коллеги

Стала первой в Дагестане



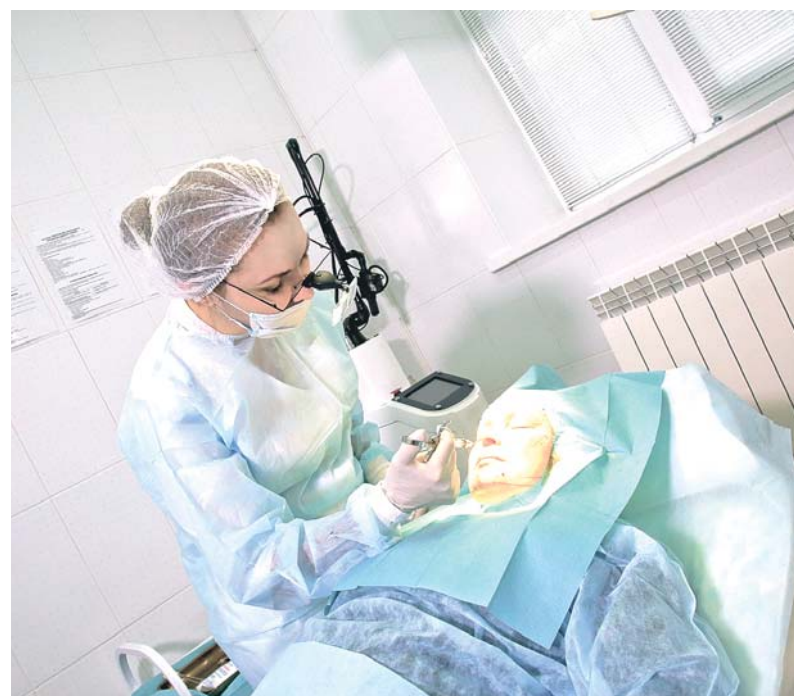
Зумруд Бучаева всегда консультирует самых сложных больных

скую документацию и выполнение санитарных правил. Но в отличие от государственных учреждений в частных клиниках такие проверки проходят редко.

Понимая всё это, вот уже в течение 3 лет еженедельно по понедельникам в 17:00 на канале РГВК «Дагестан» Зумруд Камиловна ведёт передачу «Красота 05.ru». Подать информации о профилактике заболеваний, как это делает она, можно отнестись к академической по форме, но в то же время живой и оригинальной по содержанию. Её слова не оставляют зрителей равнодушными. Поскольку Бучаева рассказывает не о вычитанных в книгах рекомендациях, а о ситуациях, не один раз проверенных на собственном врачебном опыте...



Прессотерапия – одна из методик, освоенных в центре



Проведение лечебной процедуры требует предельной точности

варианты лечения. При этом лазерная, терапевтическая и хирургическая косметология имеет ряд преимуществ: безопасность, бесконтактность, кратковременность процедуры, благодаря чему она заняла одну из главных позиций в комплексе мероприятий для облагораживания внешности человека. Именно в этом главный принцип работы дагестанского центра – комплексный подход к ведению каждого больного. Дерматолог и косметолог должны оценить в целом состояние пациента.

– Не бывает красивым нездоровый человек, – уверена Зумруд Бучаева. – Не открою большого

чтобы не спровоцировать осложнения.

Лечат не только заболевания, но и осложнения

За месяц до нашего посещения в Дагестанский центр косметологии обратилась гражданка Н. с жалобами на крупные плотные образования медно-красного цвета в области носогубных складок и межбровного промежутка. На приёме специалиста выяснилось, что некоторое время назад она воспользовалась услугами косметолога на дому. Хотела выглядеть более привлекательно, а добились противоположного

некомпетентность частнопрактикующего косметолога, его так и не назвали. Специфика Дагестана такая. Здесь не принято жаловаться на знакомых, плохо выполнивших свою работу. Обычно такие случаи заканчиваются всего лишь возвращением клиенту потраченных на процедуру денег.

Но не только лечением осложнений, как мы уже писали выше, заняты врачи центра. Мы познакомились с одной из мам, которая привела на консультацию в лечебное учреждение девочку 18 лет. Хирурги недавно прооперировали её, чтобы устранить дефект заячьей губы. Но нужно было продолжить лечение, в том числе и с помощью косметологических вмешательств. Они прошли успешно. Губа стала симметричной. Косметологи добились, чтобы рот выглядел красиво. Девочка стала более уверенной в себе. И таких примеров в этом коллективе можно привести десятки.

Не меньше пациентов обращается в центр косметологии с дерматологическими заболеваниями. Например, с демодекозом. Он развивается, как правило, при нарушении защитных сил организма в связи с заболеванием желудка и двенадцатиперстной кишки. К этой патологии predisполагают фурункулёз, розовые угри, себорея. Особенно часто заболевание возникает у женщин в возрасте 30–50 лет, преимущественно поражается кожа лица – щёки, лоб, нос, подбородок и края век. Если пациент вовремя не обращается к врачам, то демодекоз переходит в хроническое течение. В его лечении врачи центра рекомендуют диету, антипаразитарные и иммуностимулирующие препараты, фотодинамическую и

ИЗ ДОСЬЕ «МГ»

Зумруд Бучаева – врач-косметолог, дерматолог высшей категории, отличник здравоохранения РФ, заслуженный врач Республики Дагестан. С отличием окончила лечебный факультет Дагестанского государственного медицинского института. После прохождения интернатуры, как и многие врачи, посвятившие себя косметологии, начинала с должности врача-дерматовенеролога в Республиканском клиническом кожно-венерологическом диспансере. Потом были сертификационные циклы и курсы усовершенствования в Российской медицинской академии последипломного образования и Дагестанской государственной медицинской академии.

В 1998 г. назначена главным врачом Республиканского центра косметологии. В том же году была на повышении квалификации в Московском научно-исследовательском институте пластической хирургии и косметологии. Она сразу стала одним из самых активных ру-

аппаратуру экспертного класса, операционный блок. В своём выборе государственного учреждения пациенты исходят, да и будут так поступать в обозримом будущем, из перечисленных достоинств. Не менее важно и следующее – ответственность за результаты работы. Медицинская документация досконально проверяется и ведётся в строгом соответствии с установленными стандартами. Дисциплина и контроль присутствуют, кажется, даже в вещах второстепенных. Центр во всём держит марку одного из лучших лечебных учреждений республики. В планах у главного врача дальнейшее развитие пластической и сосудистой микрохирургии.

Зумруд Камиловна твёрдо убеждена, что государство обязательно должно помогать развитию косметологии и дерматологии. И тот, кто выбрал эту профессию, всегда будет востребован, потому что от них зависит не только настроение людей, но и в значительной степени их здоровье.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Махачкала.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 57 (1824)

Гемоглобин (Hb) (hemoglobinum – лат. hemo – кровь + globus – шарик) – содержащийся в эритроцитах железосодержащий белок, осуществляющий в организме дыхательную функцию – транспорт кислорода из альвеол лёгких в ткани и участвующий в переносе углекислоты из тканей в лёгкие. В этом проявляется основная функция так называемой «красной крови» – эритроцитов. Таким образом, определение содержания Hb в периферической крови имеет весьма важное физиологическое и диагностическое значение, по которому можно судить об общем состоянии организма человека. Это особенно актуально в наше время, характеризующееся распространённостью железодефицитной анемии (ЖДА), преимущественно определяемой у женщин. Кроме того, в такой деятельности человека, каким в настоящее время является спорт высоких достижений, имеет значение определение общего содержания Hb в теле человека (Hbmass) – с целью как оценки состояния организма спортсмена, так и исключения применения им «гемодопингов». Лабораторные методы определения Hb являются темой настоящей статьи.

Hb – это «дыхательный белок» (гемо-протеид), осуществляющий перенос кислорода из лёгких к тканям и углекислого газа из тканей в лёгкие. Биосинтез Hb осуществляется в эритроблестах (80%) и ретикулоцитах (20%) в процессе их созревания, во время которого они утрачивают свойственные клеткам органеллы (ядро, ретикулум, митохондрии), постепенно заменяемые Hb и превращаются в нормальные эритроциты (дискоциты, нормоциты). Hb имеет в своём составе белок глобин и железосодержащую группу – гем, составляющую 4% массы всей молекулы. Именно наличие металла в структуре гема позволяет ему связывать кислород; но для этого молекула гема должна быть соединена с белковой частью – глобином. Синтез гема – это множество последовательных биохимических реакций. Нарушение активности какой-либо понижает образование гема и, соответственно, его ингибиторную активность. Большое влияние на способность Hb связывать кислород оказывает pH среды, изменение которой в кислую сторону при повышенном содержании в крови углекислоты уменьшает сродство Hb к кислороду и способствует диссоциации HbO_2 . Сдвиг pH в щелочную сторону оказывает противоположное действие. Кроме кислорода, гемоглобин способен связывать углекислоту (CO_2), образуя карбоксигемоглобин ($HbCO_2$). Посредством этого механизма из организма удаляется до 15% углекислоты. При незначительном повышении в воздухе угарного газа (окиси углерода CO) гемоглобин образует медленно диссоциирующее соединение карбоксигемоглобин, тем самым утрачивая способность переносить кислород.

Эритроцит представляет собой двояковогнутую клетку, средний диаметр которой равен 7-8 мкм и объём 90 мкм³. Наибольшая толщина равна 2,4 мкм, минимальная (центральная часть «пеллор») – 1 мкм. На высушенных препаратах средний диаметр эритроцита составляет 7,55 мкм, его сухое вещество на 95% состоит из Hb, и лишь 5% приходится на негемоглобиновые белки и липиды (мембрана клетки). Таким образом, в сущности, Hb организма практически представлен эритроцитами. Поэтому важное место в эритропоэзе занимает метаболизм железа, который постоянно потребляется созревающими эритроидными клетками в костном мозгу. Нормальным содержанием эритроцитов в крови для женщин считается 3,9-4,7 млн клеток в 1 мкл (3,8-4,5) × 10¹² кл./л; для мужчин соответственно 4,0-5,5 млн клеток в 1 мкл (4,50-5,00) × 10¹² кл./л.

Жизнь эритроцитов в кровотоке равна 90-120 суткам, и их старение сопровождается изменением морфофункциональных свойств этих клеток, отражающихся в изменении их конфигурации с появлением необычных форм; и если мембрана эритроцита претерпевает нарушение, то клетка принимает форму сферы и затем гемолизируется. После разрушения эритроцита и освобождения Hb происходит отщепление гема от глобина. Полипептидные цепи глобина расщепляются на отдельные аминокислоты, которые затем вновь используются в синтезе Hb. Большая часть освободившегося железа также используется для синтеза гема.

Другим показателем состояния крови (кроветворения) является гематокрит – объёмное соотношение форменных эле-

Лабораторные анализы показателей гемоглобина крови (эритроцитов) и их клиническое значение

ментов крови (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов (40-45%) периферической крови) к плазме крови (55-60%). Принимая во внимание «подавляющее» превалирование эритроцитов среди клеток крови, можно говорить, что гематокрит отражает соотношение объёма эритроцитов к плазме. У взрослого мужчины это соотношение равно 40-54%, у женщины – 36-47% (при средней норме – 0,39-0,49%/л).

Определение концентрации гемоглобина

Hb определяется его концентрацией в цельной крови. Его нормальной концентрацией у женщин считается 120-140 г/л; для мужчин – 130-160 г/л; нормальная концентрация Hb у детей равна женской – 120-140 г/л.

Наиболее распространёнными методами определения концентрации Hb в крови являются колориметрические методы – ввиду их технической простоты и доступности. Метод Сали, или гематитовый метод, основывается на превращении Hb при прибавлении к крови хлористо-водородной кислоты в хлорид гематита (хлоргемин), приобретающий коричневый цвет, интенсивность которого пропорциональна содержанию в крови Hb. Хлоргемин разводится водой до цвета стандарта, соответствующего известной концентрации Hb. Анализ осуществляют в упрощённом колориметре – гемометре Сали, в котором градуированная пробирка имеет шкалу с делениями, соответствующими количеству Hb в граммах на 100 мл крови, то есть – в г%.

Наиболее точным анализом Hb, принятым в большинстве стран в качестве стандартного, является цианометгемоглобиновый метод, основанный на превращении Hb в цианметгемоглобин при добавлении к крови реактива Драбкина: $NaHCO_3 - 1 г, KCN - 0,05 г, K_2(Fe(CN))_6 - 0,2 г$. В эту смесь приливают до 1 л дистиллированной воды. Под воздействием железисто-синеродистого калия Hb окисляется до метгемоглобина, превращающегося затем, при соединении с цианидом калия, в цианметгемоглобин (гемо-глобинцианид). Наиболее употребляемое разведение крови при анализе в реактиве Драбкина – 1 : 250 (0,2 мл крови и 5 мл реактива). Через 20 минут, необходимых для полного превращения Hb в гемоглобинцианид, измеряют экстинкцию при длине волны 540 нм при толщине слоя 1 см против воды на спектрофотометре СФ-4 или ФЭК-М, или им подобном фотоэлектроколориметре. В настоящее время созданы прочные цианометгемоглобиновые стандарты в ампулах, соответствующие точно определённой концентрации Hb. Создаются

колориметры, специально разработанные для определения Hb-глобинометрии. В большинстве из них применяют цианометгемоглобиновый метод.

Однако существенным недостатком метода является использование крайне токсичного вещества – цианида; поэтому не прекращаются поиски бесцианидных реактивов. Другим недостатком метода является его зависимость не только от количества эритроцитов и содержания в них Hb, но и более чем на 50% от количества жидкости (плазмы).

Иногда возникает необходимость (особенно в профессиональном спорте, в котором широкое распространение получило изыскание «гемодопингов», помогающих резко улучшить результаты соревнований) в измерении Hbmass. Гематологи проявляли интерес к применению такого метода в течение полувека, хотя существовала традиционная методика измерения обще-

го содержания гемоглобина с помощью радиоактивной метки ⁵¹Cr, которая долгое время считалась золотым стандартом в гематологии.

В настоящее время в качестве допингов прибегают к физическим, гормональным и гематологическим факторам. К физическим факторам относятся пребывание спортсменов на высокогорье (до 3000 м) или в барокамерах, что стимулирует синтез эритропоэтина и, следовательно, – увеличение общей массы эритроцитов.

К гормональному фактору относится использование биотехнологически синтезированного эритропоэтина, введение которого в известных (значительных) дозах вызывает усиление эритропоэза. В ряде случаев осуществляют сочетание пребывания на высоте (или в барокамере) и введение небольших доз синтетического эритропоэтина.

К гематологическому фактору относят гемотрансфузию донорской или аутокрови (эритроцитарной массы).

Метод использования окиси углерода (CO) впервые был предложен в качестве «индикатора» содержания гемоглобина в 1882 г. M.Grehant (Франция). Высокое сродство связывания CO с Hb гарантирует его быстрое поглощение и распределение по всему кровотоку. Развитие метода не было гладким из-за невозможности точного измерения фракции карбоксигемоглобина (HbCO в пробе крови); но после разработки в 1995 г. CO-оксиметра был опубликован метод Burge и Skinner, получивший название «повторное дыхание». Была предложена формула, в основе которой лежит «принцип разбавления», учитывающая начальную концентрацию CO, связывающуюся с Hb, которая определяется известным объёмом CO, вводимым при повторном вдыхании в замкнутом контуре. Это позволяет газу равномерно распределиться в кровотоке. Как только достигается равновесие в течение всей циркуляции, определяется доля HbCO (%). После этого рассчитывается Hbmass, основанная на объёме CO и изменения Hb в крови до и после повторного вдыхания в замкнутом контуре.

Метод «повторного дыхания» Burge и Skinner оказался весьма точным и надёжным; но он включает 10-минутную процедуру дыхания в упомянутом замкнутом контуре, в течение которой из венозной крови отбираются пробы с помощью введённого в кубитальную вену катетера. Это не позволяет считать метод «рутинным» для использования в оценке Hbmass у спортсменов, и уже существуют дальнейшие разработки по его развитию, что сделало его популярным инструментом в спортивной науке, направленной на

усовершенствование методов выявления различных допингов, в том числе и гемодопингов. Однако, этот метод нельзя использовать в клинике из-за применения в нём угарного газа – существенного компонента так называемого «повторного дыхания».

Повышенное содержание Hb характерно для курильщиков, жителей высокогорий и профессиональных спортсменов. К ложным лабораторным отклонениям при анализах Hb может привести нарушение водно-солевого обмена, например, после тяжёлой физической нагрузки, при перегревании (потеря воды с потом), обезвоживании (диарея, ожог, употребление мочегонных средств): в этих случаях наблюдают эритроцитоз, сопровождающийся повышением показателей Hb. Однако при выявлении Hb выше 180 г/л у мужчин и 170 г/л у женщин следует исключить эритремию, сердечно-лёгочные,

онкологические заболевания, болезни почек – процессы, вызывающие гипоксию ткани почек, что индуцирует повышение выработки эндогенного эритропоэтина.

Но чаще наблюдается обратная картина: **понижение** концентрации Hb менее 120 г/л у мужчин и 110 г/л у женщин, что является основным признаком анемии, кроме случаев, связанных с гемоделицией, сердечной, почечной недостаточностью, сопровождающейся нарушением выделительной функции почек, II и III триместром беременности, а также – при гиподинамии – длительном постельном режиме, невесомости в условиях космических полётов, при избыточном обводнении организма во время интенсивной инфузионной терапии, иногда приводящей к эритроцитопении (пониженным содержанием эритроцитов в кровотоке). Весьма часто это наблюдается при мегалобластных её формах, обязанных дефициту витамина B₁₂ и фолиевой кислоты.

Гипохромные анемии (содержание Hb в эритроците менее 27) – наиболее частые анемии. К этим анемиям относят железодефицитные анемии вследствие нарушения синтеза Hb в эритроцитах костного мозга из-за абсолютной недостаточности железа в организме. Ряд анемий развивается при хронических заболеваниях, приводящих к перераспределению железа при воспалительных процессах: ревматоидном артрите, blastomatoзах, гипопункции щитовидной железы, наследственных гемоглобинопатиях, дефиците витамина B₆, хроническом гемолизе при талассемии и микросфероцитозе и т.п. Выраженный разброс в размерах клеток (анизоцитоз) характерен для всех анемий, связанных с нарушением синтеза Hb и эритроцитов, в первую очередь – ЖДА и B₁₂-дефицитные анемии. Повышение количества ретикулоцитов в крови показательно для гиперрегенераторного характера лечения анемий.

В процессе эволюции человека были созданы «стабильные стандарты» гемопоза, обуславливающие высокую степень адаптации к самым жёстким условиям его существования. Нарушение этих стандартов крайне опасно для нормального функционирования всех систем организма человека.

Геннадий КОЗИНЕЦ,
профессор.

Николай СТУКЛОВ,
профессор кафедры госпитальной терапии
с курсом клинической лабораторной
диагностики медицинского факультета,
руководитель курса гематологии.

Валерий ВЫСОЦКИЙ,
кандидат медицинских наук.

Российский университет дружбы народов.

(Окончание. Начало в № 61 от 20.08.2014.)

Клинический случай 1. Вероятный церебральный васкулит. Артериальный ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии.

Больная Ц., 11 лет. Дебют заболевания с эпилептического приступа: остановка зрения, улыбка и отсутствие реакции на обращенную речь в течение 5 минут. Затем отмечался 30-минутный сон, завершившийся аналогичным приступом (открытие глаз, остановка зрения) с позывами на рвоту. На следующий день отмечались головная боль в правой лобно-височной области, ринит и подъем температуры до 37,8°C. Локальная цефалгия, гипертермия и ринит сохранялись в течение 2 недель. На 14-е сутки заболевания ребенок был госпитализирован. При осмотре неврологом отмечены дизартрия и умеренное снижение мышечного тонуса в левых конечностях. До 28 суток состояние без динамики. На 28-е сутки появился центральный парез лицевой мускулатуры слева и развился генерализованный тонико-клонический приступ, купированный самостоятельно. На 38-е сутки усилилась асимметрия лица, усугубилась дизартрия и появились девиация языка вправо и парез в левой ноге. Очаговая неврологическая симптоматика в сочетании с гипертермией до 38,5°C и правосторонней головной болью сохранялась до 41

дня. С 41-го дня отмечена положительная динамика до полного восстановления неврологического дефицита к 2 месяцам от начала заболевания.

Данные обследования. В клиническом анализе крови до 40-го дня заболевания отмечался лейкоцитоз 13,9-21,6 г/л, увеличение СОЭ 15-25 мм/ч. Биохимический анализ крови, ликворологическое исследование, скрининг на ЦМВ, герпетическую инфекцию, ВИЧ, ЭБВИ, скрининг на аутоиммунные заболевания – без патологии. При генетическом анализе на врожденную тромбофилию обнаружен гетерозиготный полиморфизм гена протромбина G20210A; в коагулограмме через 3 месяца от дебюта – снижение активности протеина S до 48%.

На КТ головного мозга (14-й день заболевания) визуализировался корково-подкорковый гиподенсивный очаг в заднем отделе правой височной доли. МРТ головного мозга (16-й день заболе-

времени катамнез составляет 3 года, клинических признаков неврологического дефицита нет, данные нейровизуализации без отрицательной динамики.

Клинический случай 2. Травматическая экстракраниальная диссекция внутренней сонной артерии. Артериальный ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии. Гематогенная комбинированная врожденная тромбофилия с мутацией фактора V Лейдена.

Больной О. 6,5 года. Жалобы при обращении: нарушение походки, снижение силы и объема движений в правых конечностях, нарушение речи.

Анамнез заболевания. Полгода назад во время бега упал с высоты своего роста, ударился подбородком и повредил мягкие ткани шеи в области угла нижней челюсти слева. Сразу после падения появились сильная диффузная головная боль, сонливость, многократная рвота. С диагнозом «ЧМТ, сотрясение головного

мозга» через 6 часов госпитализирован. Через 12 часов после травмы отмечено ухудшение состояния в виде угнетения сознания до комы 1, генерализованных тонико-клонических судорог. На компьютерной томограмме (1-е сутки) выявлены признаки субархноидального кровоизлияния. На 4-е сутки после травмы: уровень сознания – сопор, отмечены правосторонняя гемиплегия, парез лицевой мускулатуры справа, сенсомоторная

мута- цию Лейдена и имеет фенотипическое выражение в коагулологических и биохимических изменениях, свидетельствующих в «холодном» периоде АИИ о протромботической направленности гемостаза. С учётом сочетания артериальной диссекции и гиперкоагуляционного состояния в соответствии с рекомендациями MSIC обсуждалась необходимость долговременной вторичной профилактики антикоагулянтами. Однако, к сожалению,

Артериальный ишемический инсульт у детей

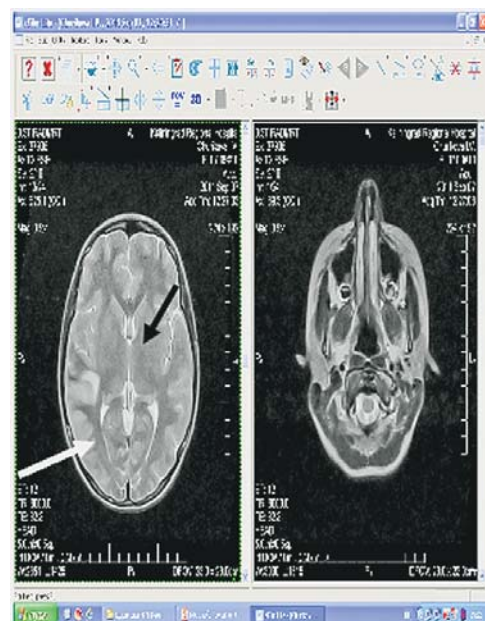


Рис. 1А

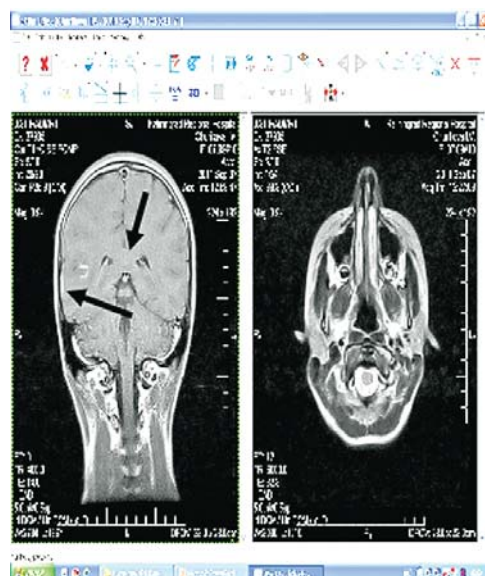


Рис. 1Б



Рис. 1В



Рис. 1Е

вания) демонстрирует очаг повышенной интенсивности в режимах T2 (рис. 1А), DWI и FLAIR той же локализации. После контрастирования в режиме T1 отмечается накопление контраста в стенках правых внутренней сонной артерии и средней мозговой артерии (рис. 1Б и 1В), что свидетельствует о воспалении. МР-ангиография не выполнялась. На МРТ головного мозга через 2 месяца отмечается появление новых очагов ишемии: в корковых отделах полюса правой лобной доли и заднем отделе левой височной доли. При контрастировании в режиме T1 отмечается накопление контраста сосудов бассейна левой средней мозговой артерии (рис. 1Е). На МРТ через 8 месяцев новые очаги и признаки воспалительной церебральной артериопатии не выявлены.

В лечении использовались антиконвульсанты, антибиотики (поскольку исходно подозревался энцефалит), нейропротекторы.

Наиболее вероятной причиной АИИ у данной больной можно считать церебральный васкулит и классифицировать заболевание по 3-му типу в соответствии с классификацией CASCADE (инсульт вследствие билатеральной церебральной артериопатии). Такое заключение основано на обнаружении признаков воспалительной церебральной артериопатии справа в сочетании с клинически значимым ишемическим очагом в бассейне правой СМА, а затем слева в сочетании с клинически немой очагом в бассейне левой СМА. В пользу воспалительного характера артериопатии свидетельствуют также общеинфекционный дебют заболевания, длительный период нестабильности клинической симптоматики и острофазовые показатели воспаления по данным клинического анализа крови. Вместе с тем следует отметить наличие у пациентки врожденной тромбофилии, которая, не являясь пусковым фактором в патогенезе инсульта, считается фоновым отягщающим заболеванием. Исход АИИ у данной больной можно считать благоприятным и расценивать как спонтанное выздоровление. Несмотря на отсутствие иммуносупрессивной терапии через 8 месяцев признаков воспалительной церебральной артериопатии и новых ишемических очагов не выявлено. К настоящему

времени катамнез составляет 3 года, клинических признаков неврологического дефицита нет, данные нейровизуализации без отрицательной динамики.

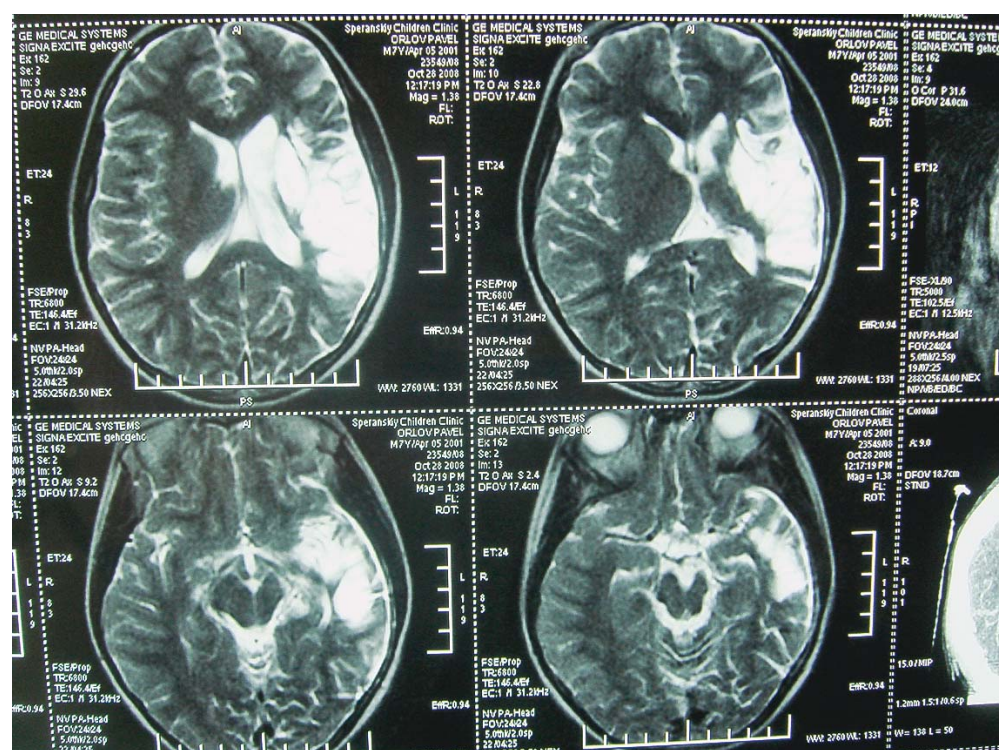


Рис. 2А

афазия. На КТ (5-е сутки) – очаг ишемии в бассейне левой СМА с масс-эффектом. В неврологическом статусе через полгода после травмы: правосторонний гемипарез, сенсомоторная дисфазия.

На МРТ головного мозга в T2-режиме через 7 месяцев после травмы визуализируется обширная зона истончно-глиозной трансформации мозговой ткани в бассейне левой СМА (рис. 2А) и значительное сужение просвета левой ВСА с усиленным сигналом от её стенки и окружающих тканей (рис. 2Б).

При генетическом скрининге на врожденную тромбофилию обнаружены 5 гетерозиготных полиморфизмов в генах: фактора V Лейдена G1691A, фибриногена G455A, ингибитора тканевого активатора плазминогена 675 4G/5G, тромбоцитарных рецепторов (GPIIIA TC, GP1A 807 CT).

В коагулограмме через полгода после инсульта отмечено снижение активности протеина С (63% при норме 70–130%) и протеина S (58% при норме 60–140%), небольшое увеличение уровня D-димера до 609 нг/мл (норма до 400 нг/мл), обнару-

мозга» через 6 часов госпитализирован. Через 12 часов после травмы отмечено ухудшение состояния в виде угнетения сознания до комы 1, генерализованных тонико-клонических судорог. На компьютерной томограмме (1-е сутки) выявлены признаки субархноидального кровоизлияния. На 4-е сутки после травмы: уровень сознания – сопор, отмечены правосторонняя гемиплегия, парез лицевой мускулатуры справа, сенсомоторная

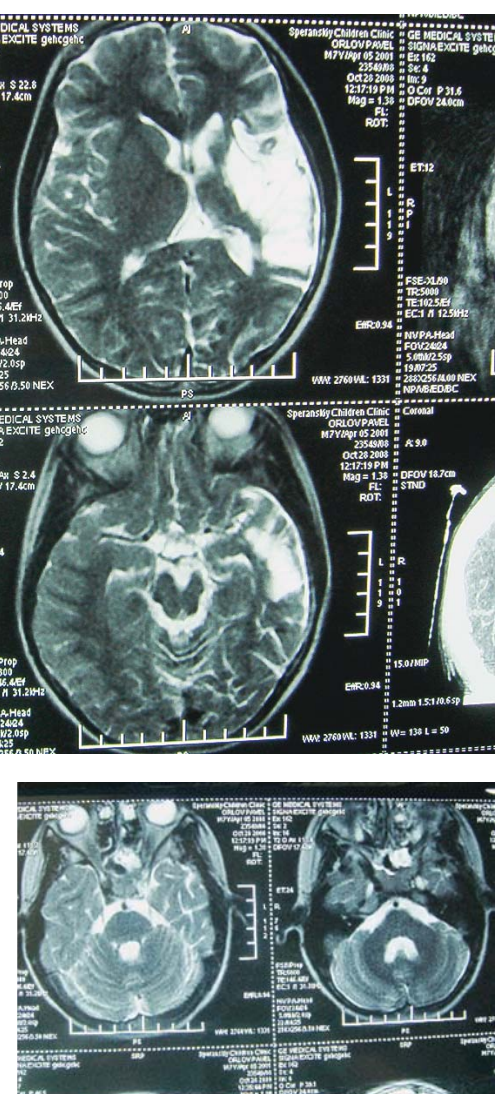


Рис. 2Б

связь с семьей пациента была утрачена (родители были лишены родительских прав), и дальнейшее наблюдение с оценкой катамнеза оказалось невозможным.

Ирина КОМАРОВА,
доцент кафедры неврологии
детского возраста.

Валерий ЗЫКОВ,
заведующий кафедрой неврологии
детского возраста,
профессор.

Российская медицинская академия
последипломного образования.

Многие ведущие хирурги страны считают его своим учителем. Он делал первые шаги в эндоскопической хирургии ещё в 70-е годы прошлого века, в 1992 г. стоял у истоков создания Ассоциации эндоскопии и малоинвазивной хирургии, ставшей основой Российского общества эндоскопических хирургов. И сегодня, несмотря на годы, в его глазах огонь молодого человека и страсть созидателя.

Вице-президент РОЭХ, профессор, лауреат Государственной премии РФ Алексей БАЛАЛЫКИН отвечает на вопросы обозревателя «МГ» Альберта ХИСАМОВА.

— Алексей Степанович, вы ученик знаменитых хирургов — Юлия Ефимовича Берёзова и Виктора Сергеевича Савельева. Трудна ли была дорога в известные московские клиники?

— Как и Виктор Сергеевич, я — тамбовский, родился в Мичуринске. После школы поступил в Ростовский мединститут, а оканчивал медвуз в Одессе. Отработав 3 года сельским хирургом в районном центре Одесской области, в 1966 г. поступил в аспирантуру 2-го Меда. Тогда меня особенно волновали хирургические ошибки в диагностике острого живота, приводящие к ошибкам в тактике с последующими неудачами в лечении. При поступлении пациента с неясными проявлениями перитонита или желудочно-кишечными кровотечениями в то время придерживались классической системы: либо сразу оперировать, либо — если не ясен диагноз — наблюдать за больным в динамике. Последнее было, с одной стороны, обоснованно, с другой — рискованно, особенно при атипических проявлениях острых хирургических заболеваний из-за разных причин: анатомических аномалий, плохого иммунитета, сочетанной хирургической, гинекологической, урологической патологии.

И потому я попросил моего непосредственного научного руководителя Юлиа Ефимовича Берёзова поручить мне исследовательскую работу по лапароскопии. Но он сказал: «Лапароскопия — тема непонятная, а тебе за 3 года надо защититься». И дал мне «лабораторную» работу, а лапароскопическую чуть позже поручил другому аспиранту, врачу из Муромы Вениамину Сотникову. Кстати, в книге по эндоскопии, изданной в том же 1966 г., которую Юлий Ефимович написал в соавторстве с Генрихом Ильичём Лукомским, было написано: «проведение лапароскопии противопоказано при острых хирургических заболеваниях».

И когда я после окончания аспирантуры попал в клинику Савельева в Первой градской, то попросил Виктора Сергеевича разрешить мне заниматься эндоскопией, тем более что в кабинете «хозяйственного» ассистента я обнаружил две коробки, в одной из которых лежал гастроскоп «Олимпус» с 6-сантиметровым металлическим наконечником, а в другой — лапароскоп.

— Разрешил?

— Отпустил на 2 дня в НИИ гастроэнтерологии, где первыми моими учителями были Лев Константинович Соколов и Юрий Васильевич Васильев. Вернувшись в Первую градскую, я начал заниматься эндоскопией, приспособив для этого огромное помещение... перед туалетами. Закатывал туда каталку, аппарат и проводил эндоскопические исследования. Negативную плёнку доставал на «Мосфильме», там же делал позитивы и столь труд-

но делаемые эндофотографии, которые легли в основу первой монографии по эндоскопии.

Через несколько дней шеф меня вызвал: «Ты что больным мешаешь в туалет ходить?» Я всё объяснил, и Виктор Сергеевич попросил доложить результаты. «Делай эндоскопию либо в рентгенкабинете, либо в перевязочной после 3-4 часов, когда все закончат работу». Эндоскопию тогда большинство хирургов не воспринимали серьёзно.

— И когда начали признавать?

— Однажды в 70-е годы при обходе обнаружил больного с

ется 1972 г. Я обнаружил полип в желудке и через катетер с помощью петли из рыболовной лески начал его удалять. Было очень трудно его передавить, позвал на помощь Валентина Михайловича Буянова. Это была первая эндоскопическая петельная полипэктомия. Потом мы узнали, что японцы в это же время сделали две такие операции — с помощью созданной ими электропетли. А мы продолжали использовать подручный материал: брали гитарную струну, вводили её в катетер, делали петлю и подключали к электроножу.

чем Васильевым, и в Институте хирургии им. А.В.Вишневского была сделана первая папиллотомия большого дуоденального сосочка, открывшая проведение разнообразных чрезпапиллярных операций (разрушение и удаление камней, стентирование, назобилиарное дренирование).

— Какие клиники, кроме упомянутых, занимались тогда лапароскопией?

— Новое направление развивалось в 4-м Главном управлении, в клиниках Юлиа Ефимовича Берёзова, Валентина Сергеевича Маята и его учеников. Крупную по

том, что эндоскопия при таких заболеваниях продолжала считаться противопоказанной. К примеру, на заседании Московского общества хирургов о роли эндоскопии при желудочно-кишечных кровотечениях выступили Виктор Иванович Стручков, Эммануил Викентьевич Луцевич, Игорь Николаевич Белов. Зал встретил сообщение молчалим. Я тоже выступил, говорил, что в клинике Савельева мы также применяем эндоскопию при кровотечениях и считаем, что новый метод может решить проблему диагностики в большинстве случаев. Но вышел

Беседы с корифеями

Когда-то в эндохирургии мы были первыми в мире

Устремлённый в будущее разговор о прошлом



вздутым животом и температурой под 39. Перитонит? Думаю, дайка я ему лапароскопию сделаю. Рискнул нарушить все правила, вхожу в живот, а там полно гноя. Делаю лапаротомию — деструктивный аппендицит, перитонит.

В тот же день следующая история: в приёмной красавица-женщина рассказывает о том, что, вернувшись с банкета, поскользнулась дома в ванной, ударилась боком. Пришла показаться, а вдруг что... Я решил и ей сделать лапароскопию и нашёл разрыв печени по всей нижней поверхности и 500 мл крови в животе! Оба раза мне попало от шефа за то, что не диагностировал перитонит и кровь в животе до лапароскопии. Ошибки я признал, но с тех пор новый метод получил в больнице «официальную прописку».

Как исторический воспомина-

Первые операции полипэктомии открывали новые перспективы для применения морфологических методов.

— То есть тогда вы подготовили широкое поле деятельности для морфологов?

— Тогда они не оценили перспектив, связанных с удалением целостного новообразования и потому несколько отстали от зарубежных специалистов с изучением канцерогенеза. А в 1977 г. мы опубликовали первую книгу по эндоскопии органов брюшной полости. Кроме нашей желудочной полипэктомии в 70-е годы произошли и другие исторические события в эндоскопии — полипэктомия в толстой кишке, выполненная Юрием Матвеевичем Корниловым, ретроградная панкреатохолангиография, проведённая Юрием Васильеви-

объёму работу в то время проводил Юрий Михайлович Сёмин в Киевском НИИ клинической и экспериментальной хирургии. При этом в 1980 г. на первой конференции эндоскопистов в Таллине Сёмина подняли на смех, когда он представил обширный материал — около тысячи эндоскопических ретроградных вмешательств! Примерно 30% из них — папиллотомии. Делал таких вмешательств Сёмин по 5-10 в сутки. На таллинской конференции киевского коллегу поддержали только я и Юрий Иосифович Галингер, один из пионеров отечественной эндоскопии. А ведь прозвучало новое слово в хирургии — эндоскопические операции на желчных протоках!

Трудно приживалось новое направление. Помню, как в начале 70-х годов к нам в клинику приехал из Свердловска основоположник хирургической лапароскопии Иосиф Давыдович Прудков: показывал свою воздушную иглу в виде спирали для холецистостомии. У него в конце 60-х — начале 70-х годов был накоплен огромный материал. Показывает иглу — в аудитории смех. У хирургов тогда менталитет был совсем другой — о щадящих вмешательствах мало кто думал. А Иосиф Давыдович мне подарил свою иглу, и я тоже сделал несколько операций по его методу. Именно тогда зарождалось новое направление в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы, особенно желтух, с помощью гибкой эндоскопии. Заимствовав разработки по органостомии у Прудкова, мы разработали комплексное эндоскопическое лечение желтух. В 70-е годы мы многократно диагностировали ранний рак желудка и оперировали, и в последствии в контрольной группе оперированных открытым доступом не находили метастазов! За рубежом ничего подобного тогда не было.

— Получается, что в конце 60-х — начале 70-х годов СССР был впереди планеты всей по внедрению неотложной эндоскопии при острых хирургических заболеваниях?

— Советские хирурги коренным образом пересмотрели взгляды на применение эндоскопических методик в клинической практике и показали их высокую диагностическую эффективность при острых хирургических заболеваниях и их осложнениях. И это при

мой первый учитель Ю.Е.Берёзов, обладавший острым юмором и крепким словом: «Двадцать лет я вскрываю желудок и не нахожу источника кровотечения. Как вы в крови эндоскопом можете что-то найти?!» При этом Вениамин Сотников, о котором я уже говорил, защитил у него диссертацию по эндоскопии и успешно применял её при неотложной помощи. Но Юлий Ефимович не говорил о полезности метода на всю страну, хотя, как и Савельев, в своей клинике его поощрял.

— Благодаря вашим трудам изменилась тактика лечения больных, были исключены периоды «динамического наблюдения» за ними и проведение «диагностических лапаротомий», открылись широкие перспективы инфузии и перфузии брюшной полости лекарственными препаратами...

— Эта методика актуальна и теперь, она легла в основу разработанного в клинике Савельева «закрытого метода» лечения панкреатогенного перитонита. Она абсолютно изменила подход к лечению «гинекологического перитонита» (открытого пельвиоперитонита), предотвратив проведение лапаротомии и обеспечивая этим известные преимущества. В 70-е годы были заложены основы рациональной тактики лечения желудочно-кишечных кровотечений, кишечной непроходимости, желтух и т.д. путём внедрения неотложной эндоскопии. В 70-е годы прошлого века мы создали классификацию кровотечений, а на её основе — тактику ведения больных и индивидуальные принципы лечения.

— Уже в начале 90-х годов вы впервые в стране провели лапароскопическую кардиомиотомию, различные виды ваготомий, тороакоскопическую ваготомию, чрезпапиллярные операции, были вторым хирургом в России, сделавшим эндоскопическую холецистэктомию...

— Это было уже совсем другое время — началась эра совершенствования эндоскопии путём создания высококачественной техники. Законодателями мод в направлении стали немецкие, французские, японские, американские хирурги, в первую очередь представители стран, где эта техника производилась. Тогда я очень активно занимался пропагандой эндохирургии. Объез-

дил всю Россию и Украину, только на Сахалине был 5 раз, проводил показательные операции за рубежом – в Китае, Венгрии, Бельгии. Сейчас приятно сознавать, что многие наши хирурги владеют эндохирургией на мировом уровне, полностью лапароскопически проводят столь сложные вмешательства, как панкреатодуо-

пациента с хронической кишечной непроходимостью. Прихожу в операционную, а там всё открыто, техника стоит, больной на столе. Я был потрясён. Обычно хирург приходит в операционную и всё сам готовит к операции... И такая неадекватная ситуация продолжается с 90-х годов: по всей стране одно и то же – главные



В операционной

денальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить...

Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наоборот. Эн-

врачи редко проявляют интерес к малоинвазивной хирургии, заходят в операционную. Получилось так, что именно организаторы здравоохранения были тормозом развития эндохирургии.

Ещё одно критическое наблюдение: руководители здравоохранения даже не предполагают, что бригада для проведения рентгеноэндоскопических вмешательств на панкреатобиллиарной области должна состоять из 4-5 человек.



Профессор Алексей Балалыкин с учениками Владимиром Гвоздиком (слева) и Михаилом Амеличкиным

доскописты почти не знают больных, которых обследуют, у них нет времени почитать историю болезни пациента, которого ведут другие врачи. Кроме России и Китая врачей-эндоскопистов нет нигде, и в других странах эндоскопией занимаются не хирурги, а гастроэнтерологи. И они передают больного хирургу, только когда не могут сами остановить желудочно-кровотечение.

Объехав множество больниц, я пришёл к пониманию, что в большей массе наши медсёстры не подготовлены к эндохирургическим операциям столь же хорошо, как к операциям открытым. Нам надо организовать специальную подготовку медсестёр, есть мечта переиздать учебники с уклоном на их обучение. Помню, как-то оперировал в Серпухове

Время идёт, хирургия развивается. Очень продуктивно работает Российское общество хирургов и входящее в его состав Российское общество эндоскопических хирургов, которым руководит профессор Сергей Иванович Емельянов. Энергична деятельность Российского эндоскопического общества, где на посту президента профессора Бориса Константиновича Поддубного сменил прекрасный организатор и хирург из С.-Петербурга профессор Михаил Павлович Королёв. Им вполне по силам справиться с проблемами в нашей отрасли, которые были всегда и которые всегда будут.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Тенденции

Федеральным клиникам — дополнительные средства

Подведомственные Минздраву России медицинские учреждения получат до конца года дополнительно 14,4 млрд руб. Это предусмотрено постановлением Правительства РФ о предоставлении федеральным клиникам средств из нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС на оказание медицинской помощи в 2014 г.

Согласно утверждённым кабинетом министров правилам, деньги пойдут на финансирование оказания этими госучреждениями медицинской помощи, включённой в базовую программу ОМС, а также высокотехнологичной медицинской помощи. Общий размер предоставляемых Федеральным фондом ОМС межбюджетных трансфертов составит 24,54 млрд руб. Помимо 14,4 млрд, выделенных Минздраву, 5,7 млрд руб. получит ФМБА, 3,9 млрд – ФАНО, 0,37 млрд – Управление делами Президента

РФ и 0,17 млрд руб. – Минтруд России.

На выделенные клиникам Минздрава средства планируется оказать специализированную медицинскую помощь 456,6 тыс. пациентов, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь – 66 тыс. больных. Для стимулирования федеральных медучреждений к повышению эффективности использования своего кадрового потенциала и коечного фонда установлены предельные максимальный (0,95) и минимальный (0,85) значения коэффициента использования ресурсов.

В текущем году, как уже сообщала «МГ», финансирование федеральных клиник было сокращено на 35-40%, вследствие чего они столкнулись с трудностями. Теперь, помимо указанного дополнительного финансирования из средств Федерального фонда ОМС, предполагается, что клиники федерального подчинения будут финансироваться

в 2015 г. в бюджете фонда отдельной строкой.

Правительство РФ приняло также постановление о мерах по повышению эффективности инвестирования временно свободных средств фонда ОМС. Этим документом установлены требования для кредитных организаций, в депозиты которых эти средства могут размещаться: наличие собственных средств (капитала) не менее 10 млрд руб. (вместо 5 млрд) или прямой (косвенный) контроль Банка России или Российской Федерации.

Постановление направлено на повышение эффективности инвестирования временно свободных средств Федерального фонда ОМС и территориальных фондов, резерва средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Визиты

За опытом в Коми

Делегация Министерства здравоохранения Амурской области посетила Республику Коми, чтобы ознакомиться с передовым опытом по лечению детей и предотвращению детской смертности в регионе. В состав амурской делегации вошли представители Минздрава области, главный врач перинатального центра, главный акушер-гинеколог, главный неонатолог.

Медики посетили Республиканскую детскую больницу, Ухтинский межтерриториальный родильный дом, Республиканский перинатальный центр и детскую поликлинику Сыктывкара.

Начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Минздрава области Людмила Моногарова пояснила, что выбор пал именно на Коми, потому что регион сопоставим с Амурской областью

по численности и плотности населения, количеству родов в год. Кроме того, и у Амурской области, и у Республики Коми большая территория, часть из которой труднодоступна и имеет малую плотность населения, что осложняет оказание медпомощи населению.

По словам амурских докторов, в республике они увидели очень много интересного. Специалисты отметили, что в Коми давно и грамотно выстроена система поуровневого оказания медпомощи беременным, роженицам, новорожденным, детям первого года жизни. Развита технология выхаживания недоношенных детей, предусмотрена социальная поддержка беременных женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации. Им оплачивают проезд до медучреждений Сыктывкара.

Главный специалист-неонатолог Минздрава Амурской области заместитель главного врача

детской областной клинической больницы Мария Харченко отметила, что в учреждениях здравоохранения, которые они посетили, работают специалисты высочайшего уровня, энтузиасты своего дела. Она обратила внимание на высокий потенциал врачей. «Работать при таком дефиците кадров так хорошо могут только преданные своей профессии люди», – подчеркнула она.

Л.Моногарова сообщила, что это не последняя поездка амурских врачей в Коми. В следующий раз, по её словам, в Республику Коми отправятся акушеры-гинекологи, реаниматологи, неонатологи, чтобы они смогли углублённо познакомиться с методами работы, диагностики и лечения местных медиков.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Решения

Частники вне больниц

«Частные клиники нужно лишить права арендовать помещения в государственных больницах Крыма», – заявил и.о. главы республики Сергей Аксёнов. Он поручил провести эту работу в течение ближайшего месяца.

«В месячный срок частные клиники должны найти себе другие помещения и переехать, – подчеркнул С.Аксёнов. – Это принципиальный вопрос. И это решение обжалованию не подлежит».

Глава региона также отметил, что власти полуострова не против существования частных клиник и даже готовы помочь предпринимателям в поисках новых помещений, однако на территории государственных учреждений работать и взыскивать деньги не следует.

Стоит напомнить, что в июне сего года власти Крыма решили также убрать из больницы частные аптеки, которые, с их слов, в разы завышали цены на медикаменты. Отныне вместо

них в медицинских учреждениях должны появиться киоски государственной аптечной сети «Фармация». На сегодняшний день это уже удалось сделать в стационарах Симферополя.

По словам главы Минздрава республики Александра Бахарова, на первую закупку лекарств и оснащение аптечных киосков государством выделено чуть более 8 млн руб.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Вернисаж

Спасённый талант

Свою первую выставку юная художница посвятила врачам

В кустодиевских краях, что раскинулись на левобережье Тутаева, жила-была Милана. Как и другие дети ходила в школу, любила играть, помогала младшей сестрёнке. От других отличалась только тем, что замечательно рисовала. С 8 лет девочка посещала детскую школу искусств, была лауреатом многих выставок в родном городе. Окончив её с красным дипломом, продолжала заниматься с преподавателями, чтобы подготовиться к поступлению в Ярославское художественное училище.

Шустрая и непоседливая Милана любила кататься на велосипеде. Это увлечение и принесло беду, которая разделила жизнь на «до» и «после». Однажды, неудачно упав при развороте, девочка ударилась затылком. Вначале голова побаливала немного, но боли нарастали и стали нестерпимыми. Бабушка вызвала скорую помощь.

– Я не могу оставить вас дома, – была категорична врач, приехавшая на вызов. – Необходимо хирургическое лечение.

На следующий день нейрохирург травматолого-ортопедического отделения Ярославской областной детской клинической больницы Александр Конаичев обследовал девочку и велел срочно готовить к операции. Сложное хирургическое вмешательство по удалению внутримозговой гематомы прошло успешно, молодой организм преодолел болезнь. Но юная пациентка находилась в глубокой депрессии.

Чтобы помочь Милане, библиотекарь детской больницы Ольга Шубина (не зная о таланте девочки) предложила ей что-нибудь нарисовать. Так открылось, что она прекрасно рисует, а беседы с Ольгой Владимировной помогли по-новому взглянуть на жизнь.

Лечение было длительным,



Юная художница и её спаситель Александр Конаичев

много времени заняла реабилитация в неврологическом отделении. Школу Милана пока не посещает – обучается на дому.

– На следующий год точно пойду в свой класс, хватит сидеть дома, – убеждена девочка.

Она уже окрепла, но находится под постоянным наблюдением врачей Ярославской ОДКБ. Им начинающая художница посвятила свою первую в Ярославле персональную выставку, которая открылась в больнице, где ей помогли вернуть здоровье. Здесь представлены работы

разных лет, выполненные маслом, гуашью и акварелью. А ещё был сюрприз – с любительской фотографии Милана нарисовала своего спасителя – доктора Конаичева и подарила портрет Александру Сергеевичу во время открытия выставки, что стало для него приятной неожиданностью.

Добавим, что Милана Шаронова недавно стала лауреатом губернаторской премии в номинации «Молодое дарование».

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Душевное дело

Новокузнецкое издательство «Союз писателей» совместно с телеканалом «Улыбка ребёнка» провели познавательный и увлекательный конкурс, по итогам которого вышел в свет мультипликационный фильм «Весёлая азбука». Одним из его авторов стала врач клинической лабораторной диагностики высшей категории отделенческой клинической больницы на станции Улан-Удэ ОАО «Российские железные дороги», победитель литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2013 г. Татьяна Григорьева.

Весёлая азбука

Конкурс «Весёлая азбука» проходил в два этапа. Сначала в нём участвовали дети. Юным художникам было предложено нарисовать любимую букву – яркую, нарядную, с характером. И вот уже возникли буква-клоун, буква-прекрасная дама и буква-мышка, сжимающая в лапе подсолнух.

Перед глазами жюри прошло 900 работ, и многие оказались очень хороши. Задача была сложная. В мультфильм должны войти буквы, каждая из которых станет героиней небольшого эпизода. Талантливому художнику-мультипликатору Алисе Дьяченко предстояло вдохнуть жизнь в 33 рисунка.

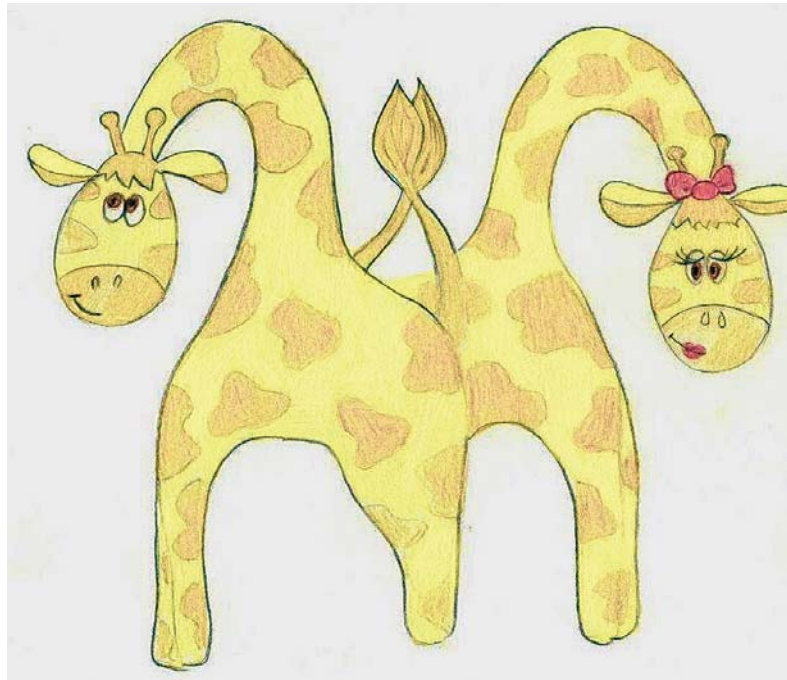
Работы победителей были выставлены на форуме «Союз писателей», и был дан старт конкурсу «Пишем азбуку» для взрослых поэтов. У всякого не ленивого поэта задолго до конкурса уже была своя «Азбука». У Татьяны Григорьевой – тоже. За каждую букву боролись 25-30 авторов. Работы были размещены для свобод-

ного просмотра на сайте «Союз писателей», и обсуждение шло очень бурно. Конкуренты – самые строгие критики. В мультфильм вошли стихи Татьяны Григорьевой к трём буквам. Рисунок к букве «Б» выполнила 11-летняя Марина Бадышева из С.-Петербурга, 9-летний Дмитрий Гаврилин из школы-интерната села Ериловка Елецкого района Липецкой области представил твёрдый знак в виде кобры, а милых жирафов нарисовала 6-летняя москвичка Алиса Карнацкая.

Два жирафика весёлых – Джем и Джеми ходят в школу. Там они прошли уже Алфавит до буквы «Ж». Дружно шеи наклонили И хвосты соединили. Стали к букве дорогой Иллюстрацией живой. Работа над мультфильмом длилась полгода, и он оправдал все ожидания взрослых и детей.

Геннадий НИКОЛОВ.

Улан-Удэ.



Архивариус

Широко известная в стране больница на Канатчиковой даче принимала на лечение исключительно психически нездоровых людей. Но было в её истории время, когда туда стали поступать и нормальные в психическом плане люди. И первым днём такого изменения в режиме больницы стало 25 августа 1914 г.

По получении информации о поступлении в Алексеевскую раненых с поля боя начавшейся Первой мировой, в больнице началось суматоха. Весь персонал работал, не покладая рук, не глядя на часы и не считаясь с «регламентом» своей работы. Лазарет подготовили и оборудовали всем необходимым за одни сутки.

К прибытию ожидалась сотня человек. Раненые были доставлены на городских линейках в 5 часов вечера. К встрече с ними вышел весь персонал больницы. Обычный контингент тоже вы-

Вынужденный симбиоз
В нарушение условий приёма в больницу

ражал любопытство, наблюдая за всем происходившим из окон палат и коридоров.

Во главе организации приёма и лечения раненых стоял доктор А.И.Мальшин. Лазарет получил помещения больничных трудовых мастерских и театра. В последнем койки были поставлены и на сцене, и в зрительном зале. Поэтому один из фронтовых бойцов сравнил себя и своих соседей с артистами, играющими в продолжительном представлении.

Все раненые имели в больнице вполне хорошее питание и ни на что не жаловались. Каждому из них полагались две подушки, одеяло и простыни. К их услугам работала баня с парилкой.

И именно она, в большей мере, радовала всех поступивших.

Перевозочная была устроена в отдельной комнате. Здесь же стоял стерилизатор. А рядом находилась небольшая канцелярия.

К уходу за ранеными были привлечены почти все медицинские сотрудники больницы. Каждый из них, выполнив свои непосредственные обязанности, шёл в лазарет. И надо сказать, что работать здесь было намного легче. Ведь медики, отдававшие много сил делу помощи психически больным, в окружении нормальных людей морально отдыхали и, можно сказать, испытывали удовольствие от общения с ними.

Медсёстры писали под диктов-

ку письма близким бойцов, много с ними беседовали на самые разные темы. Больные любили слушать рассказы о мирной жизни. Для них приносили книги, журналы, газеты. Кто-то читал сам, кому-то в том помогали. Сразу сложилась традиция: после обеда заводили патефон. Пациентам нравилась самая разная музыка. С той же радостью они смотрели и фильмы синемаатографа.

В хорошую погоду те, кто мог, гуляли в больничном саду. И там происходили встречи с постоянными обитателями Алексеевской больницы. Но как же восприняли вновь прибывших «аборигены»? Мог ли в их сознание проникнуть смысл войн и бедствий, ею приносимых?

Всё оказалось очень просто: со стороны психически больных войны получали участие, заботу и готовность во всём им услужить. Палаты раненых постоянно были украшены цветами и яркими осенними листьями, которые для них стремились собрать пациенты больницы. Мелкие и простые просьбы исполнялись скоропешно и с усердием. Лестные и добрые слова в адрес «гостей» рождались у душевно больных людей в изобилии.

Женщины вместе с тем обратились ещё к полезному рукоделию. Шесть десятков из них, добровольцев, шили самое простое бельё.

Судя по объёму такой продукции, врачу Мальшину вряд ли пришлось обращаться к помощи из Москвы. Самообеспечение прибавлялось к самообслуживанию, и в том была общая заслуга в правильной организации военного лазарета.

Татьяна БИРЮКОВА,
москвовед.

Атака была отбита. Уцелевшие в схватке бойцы стрелковой роты старшего лейтенанта Красильникова устало сидели на дне разбитых миномётным огнём окопов. Страшно хотелось пить, но фляжки с водой ещё утром были распределены между расчётом станкового пулемёта и военфельдшером Ваней Еремеевым, который за песчаным барханом в воронке от авиационной бомбы оборудовал свой «медицинский пункт». Здесь, под навесом, сделанным из куска брезента, лежали раненные. Вот уже неделю, как рота Красильникова в составе сводного отряда красноармейцев из 57-го отдельного корпуса РККА и монгольских пограничников удерживала плацдарм на восточном берегу реки Халхин-Гол, сражаясь с вторгшимися на территорию Монгольской Народной Республики японскими войсками.

Обработав раненых, Еремеев обнаружил, что запасов воды нет, а время – только 3 часа дня. До ночи её подвоз, как и эвакуация раненых, были невозможны. В пустынно-степной зоне, где происходили боевые действия, японские лётчики безнаказанно гонялись за отдельными машинами и людьми. Единственным способом пополнить запасы воды был сбор фляг у японских солдат, погибших в последних трёх атаках. Однако это было делом небезопасным, так как любой, кто покинет окоп, становился мишенью для снайпера.

Оставив за себя санитаря, Иван отправился к ротному. Выслушав его, Красильников горестно вздохнул и пошёл, пригибаясь по окопу, указав рукой следовать за ним. Через некоторое время они увидели бойцов, осторожно выглядывавших из окопов.

– Чего дурни головы повысовывали? – прицкнул на них ротный.

– Тут такое дело, товарищ старший лейтенант, – произнёс один из них, – плачет там кто-то. Пока раненные стонали, вроде бы и не слышно было, а как перестали, так услышали плач.

Ротный с недоверием высунул голову из бруствера, и, внимательно осмотрев поле боя, повернулся к бойцам.

– Тунгусов, – обратился он к одному из солдат, – у раненых кончается вода, надо обползти убитых самураев и собрать у них фляжки с водой. Мы прикроем. Заодно посмотришь, кто там плачет. Винтовку оставь, возьми мой наган. Будь осторожен. Самураи даже раненные очень коварны.

Затянув ремень каски, Тунгусов змеей выполз из окопа и, прижимаясь к раскалённому на солнце песку, двинулся вперёд. Многочисленные воронки от мин, снарядов и авиабомб облегчали его перемещение от одного убитого к другому. Вот он исчез в одной из воронок, оттуда затем долетел хлопок, заставивший ротного напрыгаться. Но вот фигурка солдата, вынырнув из неё, снова поползла меж лежащих в беспорядке тел. Через час Тунгусов был у своих в окопе, держа в руке связку фляжек с драгоценным содержимым.

– Чего так мало? – спросил ротный.

– Зато все полные, товарищ старший лейтенант, – ответил солдат. – Там у всех либо половина, либо и того меньше. Вот и сливал из нескольких в одну.

– А стреляя чего? – спросил опять Красильников, принимая свой наган у бойца.

– Да там офицер ихний. Думал, что убитый, а он раненный, притворился убитым. Стал его переворачивать, так он в меня и вцепился. Ну пришлось упокоить самураю.

– А плакал-то кто? – не удержавшись, спросил Еремеев

– Да там около подбитого танка в воронке раненый, совсем мальчишка. Хотел пристрелить,

быть раненым на поле боя и остаться без оказания медицинской помощи. Но рисковать жизнью фельдшера, единственного в роте человека, способного оказать квалифицированную медицинскую помощь его солдатам он не мог. Тем более что нештатное присутствие Еремеева в роте он считал для себя большой удачей, особенно после того, как увидел работу того в бою. С другой стороны, отказать в медицинской помощи раненому, хоть и врагу,

ха, в них была вина за то, что он поступил плохо в отношении этих людей, а они теперь вместо отмщения помогают ему в беде. Еремеев улыбнулся ему, кивнув головой, и заметил, как пересохшие губы японца дёрнулись, стараясь улыбнуться в ответ.

Окончив перевязку, Иван стал размышлять, как тащить японца к себе. В школе военных фельдшеров их учили несколькими способами транспортировки раненых ползком. Однако характер

потасил раненого из воронки. Горячий песок скрипел на губах, липкий солёный пот разъедал глаза, но Еремеев упрямо тащил раненного японского солдата. Стараясь экономить силы, он избегал воронок, невольно прижимаясь к начавшим разлагаться телам погибших самураев.

Заметив движение, японцы открыли огонь, на который немедленно ответили бойцы роты Красильникова. Однако Иван этого не слышал. От жары его голова раскалывалась пополам, в ушах, казалось, шумело море, а перед глазами плавали красные круги. То, что противник их обнаружил, он понял, видя фонтанчики пыли, которые стали возникать на пути его движения. Однако в его голове, словно в испорченной пластинке, крутилась одна и та же фраза: «Только бы не попали!».

Вдруг красные круги перед глазами исчезли, и он увидел перед собой море, его родное Чёрное море, которое так манило в свои прохладные воды. Скорее, скорее туда! И Иван провалился в темноту.

Очнувшись он от того, что ему на голову лилась холодная вода. Он открыл глаза и увидел склонившегося над ним бойца. В ушах ещё стоял звон, но голова не болела. Стараясь понять, что с ним случилось, Иван, вспомнил, что тащил раненного японца и их обстреливали. Но рядом с ним никто не лежал.

«Неужели не дотащил?» – промелькнуло в голове. От этой мысли Иван восторженно и, пытаясь подняться, выдавил:

– Где раненый?
– Не волнуйтесь, товарищ сержант, – ответил боец, – живой он. В лазарете нашем лежит, а вас комроты приказал к реке снести и охладить.

Услышав это, Еремеев приподнялся и увидел, как в нескольких метрах от него плескался Халхин-Гол в отсветах красно-зелёного монгольского заката.

– Когда вы замерли, мы решили, что вас зацепило. Тунгусов с ребятами давай к вам. Притащили обоих. Японец лопочет что-то и на вас показывает, а вы без сознания, дышите тяжело и горячий, как утюг, – красноармеец продолжал рассказ, не переставая поливать лицо Ивана речной водой.

Почувствовав через некоторое время, что может идти, Еремеев встал и в сопровождении красноармейца направился в свой «медпункт». Сквозь сумерки наступавшей ночи разглядел, что рядом стояла санитарная машина – началась отправка в тыл раненых красноармейцев. Обрадовавшись его приходу, санитар, указав на одного из раненых, сказал: «Крестник ваш, товарищ сержант». Иван подошёл, но в темноте уже трудно было разглядеть лицо. Раненый крепко схватил его за руку и стал быстро говорить непонятные русскому слуху гортанные слова, среди которых отчётливо различалось только одно: «аригато». Не зная, что по-японски это означает спасибо, Еремеев понял это интуитивно, и что-то тёплое шевельнулось у него груди. Слушая непонятную речь, он не видел, как по лицу спасённого им раненого японского солдата текли скупые мужские слёзы.

Тамбов.

На литературный конкурс

Павел САВИЛОВ

Аригато



чтобы не мучился, да не смог. Как увидел его взгляд, не смог. Хотел его водой напоить, так он зубы сжал, видимо, решил, что я его отравить хочу. Но свою из моих рук всю осушил, а я дальше пополз.

– Товарищ старший лейтенант, – обратился Еремеев к ротному, – разрешите мне этого раненого к нам доставить.

Тот удивлённо посмотрел на Ивана:

– Ты случайно не перегрелся на солнце? А может нам сюда всех остальных раненых самураев перетаскать?

Но тут вмешался в разговор Тунгусов.

– Да кроме него там больше никого в живых не осталось, на такой жаре-то. Я сам понять не могу, как в нём ещё жизнь теплится. Хоть и враг, а жалко мальчишку.

– Что же ты его с собой не притащил, коли такой добрый, – вмешался в разговор напарник Тунгусова по окопу.

– У меня приказ был воду доставить, а не пленного, – буркнул Тунгусов.

– Товарищ старший лейтенант, – Еремеев вновь обратился к ротному, – разрешите мне оказать помощь раненому.

– Можно я с фельдшером пойду, – поддержал Еремеева Тунгусов. Мы всё-таки русские, а не самураи, которые санитарные машины с воздуха расстреливают.

Красильников задумался. Он прекрасно понимал, что такое

негоже. Двоих солдат посылать за раненым тоже рискованно.

– Так где, ты говоришь, лежит раненый? – спросил ротный Тунгусова, выглядывая из окопа.

Тот, указав на подбитый японский танк, уточнил:

– Аккурат напротив его пушки.

– Поползёшь один, – сказал Красильников Ивану. – Шансов, что японцы не заметят одного больше, чем двоих.

Иван пополз к тому месту, где, со слов Тунгусова, лежал раненый японец.

Сухие потрескавшиеся губы на бледно-жёлтом лице, чёрные глаза, в которых умирал луч надежды, – вот что увидел Иван, когда, обогнув сгоревший танк, приблизился к воронке, где находился раненый японский пехотинец. Рядом с ним лежала винтовка с примкнутым плоским штыком. Показав ему выцветший красный крест на медицинской сумке, он отстегнул прихваченную фляжку с водой и поднёс её к губам солдата. Тот вначале плотно сжал их, но как только почувствовал капли живительной влаги, то жадно обхватил пересохшими губами горлышко и стал пить. Осмотрев солдата, Еремеев обнаружил, что у него перебиты обе голени и правая рука, но крупные сосуды не повреждены. И это продлевало солдату жизнь в условиях жары.

Иван, перевязывая раны несчастного, встретится с ним взглядом. В глазах молоденького японского солдата не было стра-

повреждений у этого солдата исключал все эти способы. Еремеев внимательно посмотрел на японца. Это был маленького роста, щуплый юнец. Большие армейские ботинки и топорщившаяся из-за большого размера в разные стороны военная форма, делали его больше похожим на подростка в форме отца, нежели на солдата. Взгляд его упал на поясной ремень раненого, с закреплёнными на нём патронными сумками, которые дадут возможность удерживать прикреплённую к ремню верёвку в одном месте. Отметив это мысленно, Иван вытащил из-за пазухи припасённый моток. Разрезав её на две части, он закрепил концы одного отрезка по бокам поясного ремня солдата, после чего, повернув его на бок в сторону здоровой руки, стал плести за его спиной подобие сетки.

Закончив самодельную волокушу, Иван повернул японца на спину, тот слегка застонал. Он вновь поднёс ему флягу с водой, тот опять жадно обхватил её губами, но, сделав несколько глотков, замотал головой.

– Ты чего? – недоумённо спросил Еремеев.

В ответ на это японец поднял здоровую руку и знаками показал, чтобы Иван попил сам.

«Гляди-ка, – подумал Иван, – ожил парень».

Тоже сделав несколько глотков и плотно закрыв фляжку, он засунул её за пазуху, выполз из окопа и

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



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора). Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс). Адрес редакции, издателя: Б. Сухарева пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 14-07-00376
Тираж 35 110 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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