

Медицинская

27 сентября 2017 г.
среда
№ 72 (7790)

Газета®

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

Профилактика

Северянам тепло в «автобусе здоровья»

Это подтвердилось в очередной раз



Большой популярностью у жителей Ямало-Ненецкого автономного округа пользуется мобильный диагностический комплекс, получивший название «автобус здоровья». В среднем за год профилактическое обследование в нём проходят около 2 тыс. северян. Специалисты центра медицинской профилактики автономного округа побывали в Ямбурге, Ягельном, Пангодах, Пуровске, Новом Уренгое. Недавно мобильная бригада преодолела более 400 км, чтобы оказаться в центре событий в городе Тарко-Сале.

В «Единый день здоровья», который прошёл при большом стечении горожан, было не до скуки. Всех ждали мастер-классы от профессо-

Врачи не только диагностируют, но и дарят хорошее настроение

налов, много улыбок и позитивных эмоций. Желающим предложили освоить правила здорового питания, попробовать себя в тестировании, получить консультацию врача по здоровому образу жизни, определить индикаторы своего здоровья. В программе также были занятия по шейпингу, йоге, силовому тренингу. Пожилые люди посетили занятие по суставной гимнастике. Кроме того, все гости продегустировали вкусный чай из местных трав, полезных для укрепления иммунитета.

Вне сомнения, одним из ключевых моментов стало прибытие передвижного диагностического комплекса. «Автобус здоровья» работал не только во время праздника. Несмотря на не-

настную погоду, медики задержались в городе ещё на 2 дня, чтобы успеть принять всех желающих. В ходе бесплатного обследования проводилась комплексная диагностика состояния здоровья. Каждого посетителя индивидуально консультировал терапевт, который давал необходимые рекомендации по оздоровлению и заполнял карту здорового образа жизни. Всем обследованным также были выданы буклеты и памятки, разработанные сотрудниками центра специально для жителей северных широт.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Ямало-Ненецкий автономный округ.



Ольга ШАРАПОВА,
депутат Московской городской думы,
профессор, заслуженный врач РФ:

Мы обязаны с наибольшей эффективностью использовать передовые современные технологии и идти дальше.

Стр. 4

Дмитрий МОРОЗОВ,
председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья:

Мобильная медицина позволила бы во многом изменить ситуацию, ведь далеко не во всех деревнях получается построить даже отдельный фельдшерско-акушерский пункт.

Стр. 11



Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии России:

Коммерческие соблазны мешают исполнению профессионального долга врача.

Стр. 12

Тенденции

Горными тропами грипп не пройдёт

В Республике Северная Осетия – Алания идёт вакцинация населения

В ходе прививочной кампании планируется охватить вакцинацией против гриппа около 40% жителей республики, что составляет примерно 281 тыс. человек.

В первую очередь прививки против гриппа показаны лицам с повышенным риском развития осложнений: детям, начиная с 6 месяцев, людям преклонного возраста, страдающим хроническими заболеваниями, беременным, а также всем группам населения, не имеющим противопоказаний. Кроме того, профилактические прививки против гриппа необходимо сделать работающим в учреждениях и организациях социальной сферы.

– Как известно, грипп представляет большую опасность из-за возможного развития

серьёзных осложнений. Вакцинация – это самый эффективный способ защитить себя и свою семью от беды, – напоминает эпидемиолог Министрства здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания Марат Бутаев.

В электронных и печатных республиканских СМИ проводится соответствующий ликбез, в ходе которого сообщается, что прививку можно сделать в прививочных кабинетах городских и районных поликлиник бесплатно, и используются при этом только современные и безопасные вакцины, обеспечивающие надёжную защиту от гриппа в течение года.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика Северная Осетия – Алания.

Инициатива

Травматологи подружились с мотоциклистами

В Сургутской клинической травматологической больнице прошла встреча врачей учреждения с мотоциклистами города. Её участники обсудили правила оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

– По данным Всемирной организации здравоохранения, ежедневно в мире погибают от ДТП более 3 тыс. человек, – отметил травматолог Сергей Глиняный. – Преимущественно это мужчины и мальчики. Только за последние 2 года в Сургутскую клиническую травматологическую больницу были

госпитализированы с различными травмами и повреждениями после ДТП более 600 человек.

На встрече речь шла об оказании помощи при наиболее распространённых травмах, которые получают при ДТП. Это переломы конечностей, черепно-мозговая травма, позвоночно-спинальные травмы, повреждения грудной клетки и т.д.

Мотоциклисты – особая категория участников дорожного движения, риск получить травмы у них значительно выше, чем у автомобилистов, потому что даже самое незначительное столкновение может привести

к серьёзным повреждениям, подчёркивали на встрече травматологи. Поэтому для них знания об основных правилах оказания первой помощи крайне актуальны.

Участников дорожного движения интересовали различные темы доврачебной помощи: как спасти человека при клинической смерти, как оказать содействие при обморожениях, возгораниях транспорта и пр.

Подобные встречи решено сделать традиционными.

Елена ЛЬВОВА.

Сургут.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | Хирургические аспираторы



- Низкий уровень шума, высокий уровень разряжения
- Широкий модельный ряд отсасывателей для различных нужд
- Безопасность, надёжность и долговечность в работе
- Не требует постоянного технического обслуживания

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

Новости

Отказ от вакцинации повлияет
на выплаты по больничным

Минздрав России рассматривает возможность ограничить выплаты по листкам нетрудоспособности родителям, которые не прививают своих детей. Об этом заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в интервью одному из центральных телеканалов. Помимо этого, рассматриваются меры по борьбе с медицинской дезинформацией. В качестве примера были названы ВИЧ-диссиденты, отвергающие существование вируса иммунодефицита.

– Мы пытаемся договориться с Фондом социального страхования, чтобы работали действенные механизмы, в том числе материальные, по предупреждению заболеваемости среди детей, – пояснила министр. – Если ребёнок заболевает по вине родителей, отказавшихся от вакцинации, может быть, имеет смысл оплачивать больничный лист не так, как остальным.

При этом В.Скворцова сообщила, что Россия занимает лидирующие позиции по технологиям разработки новых вакцин, в том числе самых передовых – векторных. «Я могу уверенно сказать, что так, как мы проверяем качество вакцин, не проверяет ни одна страна мира. Мы их вводим всему детскому населению и меняем таким образом иммунитет целого поколения. Крайне редко встречаются какие-то побочные действия», – утверждает министр.

Минздрав России планирует в этом году привлечь к вакцинации против гриппа порядка 60% российских детей. «В прошлом году мы привили где-то 55% детей, 15 млн доз вакцин. При этом у вакцин против гриппа нет побочных действий».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Редко, но успешно...

Хирурги Челябинской областной детской клинической больницы провели сложную операцию под контролем УЗИ 9-летней девочке, у которой появилось выпячивание глазного яблока.

Ребёнок попал в больницу по срочным обстоятельствам. Специалисты провели УЗИ и МРТ глазного яблока и головного мозга с контрастным усилением. В результате была выявлена редкая сосудистая аномалия. «Подобные случаи считаются крайне редкими, даже казуистическими. Но тем не менее было принято решение о проведении лазерного хирургического лечения. Операция прошла успешно, и зрение ребёнка начало восстанавливаться. Девочка выписана домой, но ещё какое-то время её здоровье будет под контролем врачей», – рассказала заведующая офтальмологическим отделением Челябинской областной детской клинической больницы Елена Ядыкина.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Паллиативная помощь
ощущает поддержку

Несколько дней назад в городской больнице № 6 Барнаула состоялась торжественная передача медицинского оборудования для паллиативного отделения, в приобретении которого оказали помощь благотворительные фонды.

«Кислородные концентраторы, небулайзеры, облучатели и прочее оборудование позволит сделать жизнь пациентов более качественной», – сказала заведующая отделением паллиативной медицинской помощи больницы Людмила Кашукова.

Отделение паллиативной медицинской помощи в барнаульской городской больнице № 6 открыто относительно недавно – в январе этого года. Сюда направляются пациенты из медицинских организаций Алтайского края, которым нужна не только врачебная помощь, но и социально-психологическая поддержка. В отделение проведён плановый ремонт, но необходимость в оснащении современным медицинским оборудованием осталась. Благотворители передали оборудование на сумму свыше 150 тыс. руб.

С целью оказания паллиативной медпомощи в Алтайском крае создано уже 3 профильных отделения – в Бийске, Рубцовске и Барнауле.

Алёна ЖУКОВА.

Алтайский край.

В бассейн – с аппаратом ИВЛ

Уникальную методику реабилитации детей внедрили в паллиативной службе Свердловской областной детской клинической больницы № 1. Благодаря ей дети с аппаратом искусственной вентиляции лёгких могут посещать бассейн.

Гидрокинезиотерапия имеет важное медицинское, психологическое и социальное значение. Благоприятное воздействие воды идёт только на пользу этим пациентам – это доказывают приводящиеся после каждого посещения обследования: пульс, дыхание, замеры обогащения крови кислородом, общее самочувствие, сон, аппетит, психоэмоциональное состояние ребёнка.

«Дети даже с аппаратами искусственной вентиляции остаются в первую очередь детьми. И очень важно не изолировать их от окружающего мира. Ведь для любого ребёнка общение с ровесниками является неотъемлемой частью нормального развития», – отметила заведующая отделением выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями ОДКБ № 1 Лариса Шукшина.

При посещении бассейна пациентами паллиативного отделения соблюдается ряд обязательных условий: разрешение специалиста, температура воды не ниже 36 градусов, сопровождение и контроль медицинского персонала на протяжении всего периода пребывания ребёнка в бассейне, наличие специальной аппаратуры (мешок Амбу, аккумуляторный аспиратор, пульсоксиметр).

С каждым ребёнком занимается профессиональный инструктор по плаванию.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

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

Сотрудничество

На платформе цифрового
здравоохранения

Новые перспективы для отечественной медицины

Министерство здравоохранения РФ и Госкорпорация Ростех договорились о взаимодействии в рамках проектов развития цифрового здравоохранения в России. Соглашение о сотрудничестве подписали министр здравоохранения Вероника Скворцова и генеральный директор Госкорпорации Ростех Сергей Чemezov на форуме Биотехмед-2017, который прошёл в Геленджике.

Соглашение предусматривает партнёрство в области информационных и телекоммуникационных технологий. Стороны намерены вести совместную работу по развитию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и созданию на её основе единой технологической платформы цифрового здравоохранения.

Сотрудничество предполагает развитие систем электронного медицинского документооборота и внедрение единых стандартов информационного обмена в этой сфере. Стороны также договорились о содействии трансферу отечественных передовых решений в широкую клиническую практику. В частности, речь идёт о внедрении технологий дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента и информационных систем поддержки принятия врачебных решений.

«Проект «Электронное здравоохранение» направлен на повышение качества и доступности медицинских услуг. Автоматизация управления и внедрение современных технологий диагностики и лечения позволяет сделать работу учреждений здравоохранения более прозрачной, оперативной и эффективной. Прежде всего эти меры позволяют увеличить пропускную способность наших



Торжественный момент – соглашение подписано

учреждений, приблизить медицину к человеку, сократить время между правильной постановкой диагноза и назначением необходимого лечения. Мы высоко оцениваем работу Ростеха в данном направлении и намерены продолжать это сотрудничество», – прокомментировала министр здравоохранения РФ В.Скворцова.

«Не будет преувеличением сказать, что развитие цифрового здравоохранения помогает спасать жизни. Наша промышленность совместно с Минздравом России ведёт большую работу, которая призвана вывести отечественную медицину на новый уровень. Внедряется информационно-аналитическая система мониторинга закупок лекарственных препаратов. Создаётся сегмент телемедицинской подсистемы, к которой до конца 2018 г. будут подключены все лечебные учреждения в регионах. Это только начало большого пути,

нынешнее соглашение – следующий шаг к развитию цифровых технологий в здравоохранении», – сказал генеральный директор Госкорпорации Ростех Сергей Чemezov.

Как сообщалось ранее, Ростех определён на 2017-2018 гг. единственным исполнителем контрактов по развитию и поддержке ключевых подсистем. В частности, корпорация ведёт работы над системой мониторинга закупок лекарственных препаратов, внедрение которой позволит ежегодно экономить до 50 млрд руб. на госзакупках медикаментов. Также Ростех реализует проект создания телемедицинской подсистемы, которая в настоящий момент проходит этап тестирования в 21 медицинском центре России и до конца 2018 г. должна быть внедрена во всех региональных медицинских учреждениях.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Вехи

70 лет — звучит серьёзно

В день празднования 70-летия Федерального медико-биологического агентства его руководитель Владимир Уйба встретился с представителями средств массовой информации.

Он напомнил, что для решения вставших перед страной проблем в августе 1947 г. в соответствии с Постановлением Правительства СССР при Минздраве СССР было создано 3-е Главное управление (ныне – ФМБА России), которое занималось медицинским и научным сопровождением, надзором на предприятиях, подведомственных этому спецотделу при Минздраве СССР. Для работы в управлении привлекались крупнейшие учёные из разных областей науки, видные организаторы здравоохранения и специально подготовленные кадры из среды врачей и инженеров.

Начальником системы медицинского обслуживания работников атомной промышленности был заместитель министра здравоохранения СССР, генерал-лейтенант медицинской службы, кавалер шести орденов Ленина, Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской и государственных премий СССР Аветик Бурназян,



который заложил основу специализированной медицины.

Новая веха в деятельности будущего агентства – освоение космоса. Вся история пилотируемых полётов – это непосредственная работа сотрудников 3-го Главного управления, как и ещё одно важнейшее направление – изучение поражающих факторов, влияния космоса на человека.

Одна из самых страшных страниц в современной отечественной истории – авария на Чернобыльской АЭС. С первых минут чернобыльской трагедии сотрудники 3-го Главного управления включились в ликвидацию последствий аварии. Более 600 врачей были ликвидаторами и работали в близи от очага.

В последнее время ФМБА по поручению Президента РФ стало выполнять ещё одну значимую задачу – разрабатывать и организовывать новую службу крови.

«Поставленная задача была очень сложная, нужно было перестроить систему, обучить врачей и средний персонал за 4 года, к 2012 г. это было сделано», – подчеркнул В.Уйба.

С 2009 г. появилась новая обязанность ФМБА России – сфера спорта. Учитывая нынешние непростые отношения на международной арене, спортивные достижения тоже имеют свой политический вес. Самое пристальное внимание международных комиссий приковано к российским спортсменам. Именно поэтому новое поручение главы государства является таким важным.

Руководитель ФМБА России вручил благодарности за плодотворное сотрудничество с агентством заместителю главного редактора «МГ» Алексею Папырину и фотокорреспонденту Александру Худасову.

Яна ГЛАЗКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Из первых уст

Поднять репутацию наших товаров

Развитие отечественного производства в рамках решения задачи по замещению импортных товаров и услуг в целом в России в некоторых отраслях проходит быстрее, чем планировалось. Об этом заявил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев на заседании правительственной комиссии по импортозамещению.

«Импортозамещение, несмотря на все сложности, в целом у нас по стране развивается весьма неплохо. В принципиально важных для нас областях мы движемся даже быстрее, чем изначально закладывали в планах», – сказал глава правительства.

Д.Медведев также отметил решение задач по импортозамещению на региональном уровне, создание местных фондов развития промышленности и широкое применение специальных инвестконтрактов.

«Тем не менее ещё довольно много предстоит сделать для увеличения доли российских поставщиков в производственных цепочках, повышения конкурентоспособности и в целом улучшения репутации товаров, которые производятся в России», – продолжил премьер.

Комментируя проходящую в «Крокус Экспо» выставку «Импортозамещение», которую Д.Медведев осмотрел перед началом заседания, глава правительства обратил внимание, что на ней продемон-

стрированы технологически сложные предметы с пометкой «Сделано в России», имеющие отношение к самым разным отраслям. «Надеюсь, что представленные на выставке технологии найдут своих заказчиков, а предприятия – новых партнёров. А то, что пока ещё в стадии проекта, – найдёт своих инвесторов», – заметил председатель Правительства РФ.

Он поддержал предложение министра промышленности и торговли РФ Дениса Мантурова о включении выставки «Импортозамещение» в число форумов, поддерживаемых Правительством РФ.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Москва.

Решения

Только вертолёт...

Алтайский край в числе 34 регионов России вошёл в приоритетный проект Министерства здравоохранения РФ по развитию санитарной авиации. Было подписано соглашение между Минздравом России и правительством Алтайского края на предоставление субсидии на закупку авиационной услуги для оказания медицинской помощи с применением авиации.

Благодаря этому из отдалённых районов Алтайского края в специализированные клиники уже доставлены десятки человек. Среди них – пациенты с инфарктами и инсультами, тяжёлыми травмами и другими заболеваниями, помощь которым можно оказать только в условиях специализированного медицинского учреждения.

На реализацию проекта в этом году планируется направить около 47 млн руб. Проведены аукционы на закупку авиационной услуги для оказания скорой специализированной медицинской помощи населению края с применением вертолёта. С победителем конкурсных процедур авиационным предприятием «Алтай» заключены государственные контракты.

Кроме того, для выполнения заданий авиакомпания приобретает новый вертолёт МИ-8 с медицинским модулем, который позволит оказывать первую помощь пострадавшим на месте происшествия и готовить их к транспортировке, проводить реанимацию, интенсивную терапию и мониторинг основных функций жизнедеятельности организма пострадавшего во время транспортировки в клинику.

В связи с развитием санавиации остро встал вопрос и о подготовке вертолётных площадок. В настоящее время наиболее близко к клиникам, в которые госпитализируют пациентов по экстренным показаниям, расположена одна вертолётная площадка («Обской мост»). Но её техническое состояние не соответствует требованиям, необходимым для полётов в ночное время суток. Поэтому правительством края принято решение о реконструкции площадки. В скором времени она будет оснащена оборудованием для ночной посадки, дополнительным освещением и камерами видеонаблюдения.

В регионе уже развита эффективная система оказания экстренной медицинской помощи

автомобильным транспортом. Но медицинская эвакуация реанимобилями не всегда возможна из-за больших расстояний и ограниченных сроков проведения эвакуации в экстренной форме. Кроме того, не всегда возможно оказать необходимую высокотехнологичную медицинскую помощь на базе районной больницы.

«Санитарная авиация, безусловно, является важным направлением развития системы здравоохранения региона. В последние годы было проведено не более 16 вылетов санитарной авиации в год, при потребности не менее 40 на полгода. Благодаря данному проекту есть возможность увеличить количество вылетов в несколько раз, а значит, и увеличить количество пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток, – подчеркнула министр здравоохранения края Ирина Долгова. – Таким образом, проект поможет снизить смертность от болезней системы кровообращения: инфаркты и инсульты».

Елена ЛЬВОВА.
МИА Сити!

Алтайский край.

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Санитарная зона

Случаи заражения энтеровирусом ЕСНО30, точнее его подтипом h, отмечены сразу в 6 регионах России. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предупредила территориальные органы ведомства об опасности распространённого нового агрессивного «гостя», пожаловавшего к нам из Китая и соседних с ним стран.

Агрессивный «гость»



В Роспотребнадзоре опасаются активизации и распространения этого подтипа энтеровируса, родственного вирусу Коксаки, и всплеск в детских учреждениях серозного менингита, который он может провоцировать. Волна заболеваемости в стране ожидается поздней осенью.

Сейчас вирус подтипа h, который легко передаётся воздушно-капельным путём и инкубационный период которого – всего день, зафиксирован в Тюменской области, Ханты-Мансийском автономном округе, на Дальнем Востоке и в Приуралье. Летом больные регистрировались в медицинских учреждениях Екатеринбурга, Челябинска и Курганской областей. Наиболее высокие показатели уровня заболеваемости наблюдаются в возрастной группе детей 3-6 лет, в этом году на их долю приходилось больше половины всех заболевших, 41% приходился на долю детей в возрасте от 7 до 14 лет.

По данным Роспотребнадзора, с января по июль этого года в России на 28,4% выросла заболеваемость

энтеровирусным менингитом по сравнению с тем же периодом в 2016 г. Это 937 случаев в этом году против 728 в прошлом.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека готова к оперативному предупреждению распространения энтеровирусной инфекции, заявила руководитель Роспотребнадзора, главный санитарный врач РФ Анна Попова. Лаборатории ведомства обеспечены диагностическими препаратами для проведения исследований на энтеровирусные инфекции и квалифицированным персоналом. Кроме того, медработники обучены методикам диагностики, лечения и профилактики таких инфекций. Проводятся противоэпидемические мероприятия, среди которых – контроль за дезинфекционными обработками, качеством и безопасностью питьевой воды, введением ограничительных мер, таких как временное закрытие бассейнов и детских комнат.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Ситуация

Новые ценники в аптеках

О снижении цен на медикаменты, которые зафиксировали статистики во II квартале этого года в Омской области, скорее всего, с наступлением осени придётся забыть.

Традиционно с сезонным подъёмом заболеваемости ОРВИ и гриппом в наших аптеках наблюдается повышенный спрос на довольно солидный список обезболивающих, противовирусных, жаропонижающих и прочих лекарственных препаратов. Однако пока территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Омской области отмечает, что во II квартале средние цены на лекарства снизились на 1,5% (в аналогичном периоде 2016 г. – на 0,7%). Из наблюдаемого перечня медикаментов, входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), наиболее ощутимо снизились цены на лоперамид (9,6%), индапамид (5,8%), амоксициллин (4,7%), винпоцетин (3,4%). Такие препараты, как амброксол, бисопролол, сеннозиды А и В, гипотиазид, ацетилсалициловая кислота, нитроглицерин, панкреатин, смекта в этот период подешевели на 1,5-3,1%.

Однако на небольшой перечень лекарств из категории ЖНВЛП,

цены на которые, как известно, регулируются, всё же был отмечен незначительный рост цен – на 0,3-1,9%. За исключением, сообщает Омскстат, гепарина натрия, цены на который во II квартале 2017 г. выросли на 9,7%.

Что касается препаратов, не относящихся к ЖНВЛП, то наибольшее снижение цен из отечественных медикаментов было зарегистрировано на поливитамины, сульфатамида, левомеколь, валидол (на 2,8-9,9%). Из препаратов зарубежного производства больше всего подешевели бромгексин, супрастин, нимесулид, офтан катахром (на 3,2-7,3%). Одновременно такие популярные среди потребителей препараты, как линекс, стрепсилс, комбинированные анальгетики, верошпирон, ренни, в этот период подорожали на 1,8-4,4%.

Снижение цен на лекарства в летний период – тенденция, конечно, позитивная, но, увы, кратковременная. Вызванная, в свою очередь, снижением спроса, она уже меняет вектор. С наступлением «простудного сезона» в аптеках снова начинают переписывать ценники.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Здесь трудятся 1,5 тыс. медиков, более 100 пациентов в сутки поступают по скорой помощи. А в структурном подразделении – четвёртом роддоме – на свет ежегодно появляются до 10 тыс. маленьких москвичей. Возглавляет клиническую больницу № 64 депутат Московской городской думы, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Ольга Шарапова.

– Ольга Викторовна, не у каждого медицинского учреждения такая богатая история, как у вашей клинической многопрофильной больницы. Как она создавалась, кто стоял у её истоков?

– Прежде всего надо назвать вклад учёного, имя которого носит больница. Когда в Москве открылся Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (ныне Российский университет дружбы народов), многие кафедры медицинского факультета располагались на её базе. Владимир Владимирович возглавил кафедру хирургии в 1963 г. и бессменно руководил ею до 1986 г. Кстати, он потомственный медик, отец его, профессор Владимир Виноградов, был в своё время одним из лучших терапевтов, заведовал кафедрами терапии в 1-м и 2-м московских медицинских университетах. Как говорится, дело отца продолжил сын, разработавший и внедривший в клиническую практику различные методики лечения. В частности, он был первым, кто применил в нашей стране диагностику и лечение заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы методом лапароскопии, развивал операционную диагностику патологических изменений желчных протоков.

В ГКБ № 64 по его инициативе и при его непосредственном участии регулярно проводились научно-практические конференции, на которые приезжали учёные и врачи из Италии, Франции, Юго-Восточной Азии. Его последователи и сегодня работают почти в ста странах мира. С 2000 г. в больнице, которая теперь носит его имя, ежегодно организуются Виноградовские чтения.

– Но вам не привыкать иметь большую нагрузку, пройдя путь от акушера-гинеколога после окончания Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, председателя кабинета министров – министра здравоохранения республики до заместителя министра здравоохранения РФ. Тем более за плечами было второе высшее образование в Российской академии госслужбы при Президенте РФ и защита кандидатской, а потом докторской диссертаций. Так что профессор О.Шарапова имеет огромный опыт в системе организации здравоохранения. Чем запомнился вам тот непростой период «во власти»?

– Да, работы хватало. Я была координатором деятельности Международного детского фонда ЮНИСЕФ от Минздрава России. Мы разработали декларацию «Мир, пригодный для жизни детей» и план действий в интересах детей в рамках Конвенции ООН «О правах ребёнка», принятые потом специальной сессией её Генеральной Ассамблеи. Принимала участие в сессиях Ис-



Ориентир

Новый импульс развития

Больница им. В.В.Виноградова уверенно держит марку одного из лучших медучреждений Москвы

полнительного совета ЮНИСЕФ по глобальной стратегии питания грудного и раннего возраста. А когда была назначена директором Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздрава России, участвовала со специалистами в разработке ключевых федеральных программ: «Дети России», «Мать и дитя», мероприятий приоритетного Национального проекта «Здоровье», в том числе «Родовой сертификат», «Скрининг новорождённых на наследственную патологию». Значительным событием стала реализация законодательства о мерах государственной поддержки семей, имеющих детей («Материнский капитал»), концепции «Демографической политики России», в разработке которых есть вклад и департамента, которым я руководила.

– В 2008 г. вы свой опыт и профессиональные знания направили на развитие современных технологий в родовспоможении, возглавив родильный дом № 4 Москвы, оставаясь профессором кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (ныне Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова).

– Это было время хороших начинаний, модернизации так востребованного лечебного учреждения. В работе родильного дома получили новое развитие вертикальные «мягкие» роды, организованы отделения совместного пребывания матери и ребёнка. Впервые в практику роддома введены новые подходы к лечению в перинатальном, дородовом и послеродовом периодах. Появилось новейшее медицинское оборудование, отвечающее мировым требованиям. Это позволило начать эффективно выхаживать детей с экстремально низкой массой тела, выявлять на ранних стадиях перинатального периода возможные пороки развития плода и применять интенсивную терапию, что значительно сократило перинатальную смертность.

А благодаря внедрению информационных технологий стало возможным дистанционное консультирование у специалистов без перемещения пациентов по разным территориально удалённым подразделениям. Введена электронная история родов, личный кабинет пациента с возможностью персонального доступа к своим медицинским данным. Началась реализация подписанного в 2012 г. мэром С.Собяниным распоряжения о строительстве на территории родильного дома № 4 неонатального корпуса с консультативно-диагностическим отделением для женщин и детей, отделением реанимации новорождённых II этапа выхаживания.

сокотехнологичная медицинская помощь, проводятся операции стентирования коронарных артерий, эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов, артроскопические операции. Уникальные операции выполняются при лечении урологических и гинекологических заболеваний.

Особое место занимает отделение по оказанию медицинской помощи с острым нарушением мозгового кровообращения, сосудистыми заболеваниями головного мозга, внутримозговыми кровоизлияниями и другими патологиями нервной системы.

Отличительной чертой нашего коллектива я считаю доверительные отношения между врачом и

службы родовспоможения нельзя говорить об успешной демографической политике. Это государственная задача, а потому и огромное внимание. Может, повторюсь, но наш родильный дом является клинической базой двух вузов России. Рука об руку здесь трудятся как сотрудники больницы, так и вузовских кафедр: врачи, учёные, профессора, академики. Основным направлением научно-практической деятельности кафедр является внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения акушерских кровотечений, привычного невынашивания беременности, новых малоинвазивных технологий в оперативной гинекологии по сохранению и восстановлению репродуктивной функции женщины.

– Вы успешный руководитель и, надо полагать, не остановитесь на достигнутом?

– Новое время ставит перед системой здравоохранения и каждой медицинской организацией новые задачи. Необходимо продолжить усилия на развитие и совершенствование доступности и качества медицинской помощи населению, в том числе женщинам и детям, дальнейшее снижение материнской и младенческой смертности.

На мой взгляд, важную роль сыграло объединение женских консультаций с родильными домами, а родильных домов – с многопрофильными стационарами. Ибо стало очевидно, что раздельное существование подразделений службы не обеспечивало достаточной преемственности и качества медицинской помощи при наблюдении за беременными и новорождёнными детьми, привело к односторонней квалификации кадров. Присоединение их к многопрофильным больницам позволило оказывать все виды медицинской помощи женщинам и детям с осложнённым течением беременности, родов и перинатального периода, значительно повысило эффективность службы.

Основные преимущества – это концентрация ресурсов на решении сложных проблем рационального ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с тяжёлой соматической патологией – сахарным диабетом, заболеваниями почек и сердца, септическими заболеваниями, невынашиванием беременности и др., а также в разработке тактики и технологий ведения раннего неонатального периода у детей от этих матерей.

Такая организационная модель позволяет преодолеть изолированность акушерской помощи и оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь этой категории пациентов, включая ведение беременности и родов при тяжёлых соматических заболеваниях матери, выхаживание детей с низкой и экстремально низкой массой тела, внедрить неонатальную хирургию. Являясь ведущим медицинским учреждением столицы в области акушерства, гинекологии и неонатологии, мы просто обязаны с наибольшей эффективностью использовать передовые современные технологии, которые предоставляет нам наука, и идти дальше.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональной
политики «МГ».

Москва.



вания на 24 койки и 40 совместного пребывания матерей и детей. В данный момент строительство уже началось, здесь же будет создан диагностическо-консультативный центр для беременных женщин.

– И вот плоды ваших усилий: в 2013 г. роддом № 4 был признан лучшим столичным учреждением родовспоможения на фестивале «Формула жизни». И в этом же году по решению Департамента здравоохранения Москвы вы были назначены главным врачом многопрофильного клинического комплекса, куда вошли клиническая больница № 64 им. В.В.Виноградова, родильный дом № 4 и женская консультация № 13. Проблем прибавилось?

– Городская клиническая больница им. В.В.Виноградова является единственным государственным многопрофильным стационарным учреждением в Юго-Западном административном округе. Это огромный медицинский холдинг. Современное оборудование вкупе с огромным опытом врачей позволяют оказывать самый широкий спектр лечебно-диагностической помощи. Больница располагает всем необходимым для выполнения сложнейших хирургических вмешательств. Оказывается вы-

пациентом. Мнения и желания больных никогда не остаются без внимания.

– На сегодняшний день клиническая больница им. В.В.Виноградова не только современный хорошо оснащённый стационар, но и крупный научный центр...

– На протяжении многих лет больница является клинической базой кафедр РУДН, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, извлекая огромную пользу от научного сотрудничества. Поэтому проводится большое число медицинских исследований, внедряются в практику новые лекарственные препараты, высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Тысячи российских и иностранных студентов получили профессиональную подготовку в наших стенах, постигая не только теорию, но и практику врачевания. В штате много кандидатов и докторов наук. Всё это даёт новый импульс для развития нашей больницы.

– У меня создалось впечатление, что служба родовспоможения у главного врача находится на особом контроле. Вы и рабочий день начинаете в роддоме...

– Без совершенствования мер по охране материнства и детства,

Однако

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение населения Москвы и Московской области к вакцинации.

Категорически против вакцинации 12% опрошенных, почти треть против некоторых обязательных прививок, поскольку полагают что она вредит здоровью ребёнка. Однако 6 из 10 опрошенных убеждены, что эти процедуры необходимо делать в обязательном порядке

Противников вакцинации ещё хватает...

в соответствии с календарём. В большей степени такой позиции придерживаются люди старшего поколения (55+) – 76% и москвичи – 65% (среди жителей области 50%). 61% опрошенных не смогли вспомнить, когда последний раз делали прививку. Интересно, что именно среди этих людей больше

всего противников вакцинации – 79%. Четверть респондентов вакцинировались несколько лет назад, а за последние два года прошли вакцинацию 16%.

Те, кто делал прививки за последние несколько лет, вакцинировались против гриппа – 35%, столбняка – 12%, гепатита – 9%,

кори – 9% и реже других заболеваний.

«Почти 40% взрослого населения скептически настроены по отношению к вакцинации: четверть не считает нужным делать детям все прививки, предусмотренные Национальным календарём, а каждый десятый считает, что при-

вивки в целом подрывают здоровье ребёнка. Процент внушительный», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Употребление спиртного на душу населения у нас существенно снизилось: если в 2008 г. этот показатель составлял 18 л на человека, то в этом году уже 10,3 л, сообщила во Всероссийский день трезвости министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. В ближайшие годы, по её словам, предполагается снизить потребление алкоголя в стране до среднегодового показателя в 8 л.

Ограничение оправдано

Выступая на торжественной церемонии открытия московского этапа Всероссийской акции по бесплатному анонимному экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию, В.Скворцова сказала: «Хочу напомнить, что ВОЗ определила уровень алкоголя, который является опасным для сохранения любой нации, – это 8 л на душу населения. Поэтому наша важнейшая задача в течение ближайших нескольких лет довести потребление до 8 л и даже ниже. Кроме того, стоит задача правильно структурировать сам российский рынок алкогольных напитков, поскольку пока он грешит преобладанием крепких напитков, доля которых составляет примерно 60%. И даже с учётом определённых особенностей и традиций, которые во всех северных странах присутствуют, нам всё же понятно, в каком направлении развиваться. Благородные вина, ряд других напитков, которые имеют меньшую градусность, должны на рынке доминировать».

Общество, по словам руководителя практики информационной политики и коммуникационных технологий Всероссийского центра изучения общественного мнения Кирилла Родина, «санкционирует государству широкие полномочия по осуществлению достаточно жёстких мер, направленных на ограничение потребления алкоголя: это касается запрета рекламы алкогольной продукции под зонтичными брендами, и восстановления вытрезвителей». Согласно данным недавнего опроса ВЦИОМ, существующие государственные меры по сокращению потребления алкоголя 41% опрошенных называют недостаточными (среди тех, в чьём окружении есть алкоголики, – 47%), и только 9% характеризуют их как чрезмерные. О достаточности говорят 35% респондентов.

Итоги опроса ВЦИОМ гласят, что 28% россиян, безусловно, а 36% «скорее», поддержали бы начало в России новой антиалкогольной кампании. При этом 13% респондентов (максимальный результат за последнее десятилетие) поддержали бы даже введение сухого закона, который подразумевает полный запрет на продажу спиртного. За введение такого запрета лицам до 21 года выступают 53% опрошенных.

Болезнь надо лечить

Почти половина россиян (45%) считает, что алкоголизм – это болезнь, требующая медицинского вмешательства, около четверти опрошенных (27%) считают это болезнью социального характера. Более чем у 40% в близком окружении есть алкоголики. Около трети респондентов (32%) выступают за принудительное лечение алкоголиков, а 38% хотят возродить закрытые в 2011 г. вытрезвители.

Другими желательными мерами респонденты назвали запрет на рекламу любого алкоголя, ограничение на продажу алкогольных напитков по утрам и повышение

цен на них, а также введение уголовной ответственности за распитие алкоголя в общественных местах и появление пьяным на публике. В то же время наименее популярными, как показал опрос, оказались следующие меры: повышение цен на алкогольную продукцию (18%) и введение тотального запрета («сухого закона») – 13%.

При этом общество ждёт наглядных мер по пропаганде здо-

О мерах, которые предпринимают государство, общественные и религиозные организации для профилактики алкоголизма, а также о роли искусства и творчества в утверждении трезвости и трезвого образа жизни говорили и участники пресс-конференции, которая состоялась в одном из информационных агентств во Всероссийский день трезвости.

А столичный Департамент здравоохранения провёл в этот день

даций по сохранению и укреплению здоровья, на специальных площадках, кстати, можно было пройти и некоторые виды экспресс-диагностики: в частности, специалисты Центра здоровья Центрального административного округа определяли уровень монооксида углерода (угарного газа) в организме курильщиков и давали советы о способах избавления от этой вредной привычки.

«В этом году так совпало, что

«Территории трезвости» наступают

В этом году Всероссийский день трезвости страна отметила широко, и медики приняли в этом активное участие. Так, ряд акций прошёл в Алтайском крае. В вузах и учреждениях среднего профессионального образования региона прошли информационно-образовательные мероприятия. На базе медико-реабилитационного центра «Родник» для подростков «группы риска» устроили семинар-тренинг по пропаганде здорового образа жизни. В наркодиспансерах региона организовали дни открытых дверей. По традиции по Барнаулу ходили специальные трамваи и троллейбус, пассажирам которых рассказывали об опасности употребления алкоголя...

Сейчас в России всё более активно образуются «территории трезвости», то есть места, где люди добровольно отказались от употребления алкоголя, введя своеобразный «сухой закон», это подтвердили исследования, проведённые накануне Всероссийского дня трезвости. Здесь прекращена продажа алкогольной продукции. Проект под названием «Территории трезвости: опыт принятия и обеспечения коллективных решений по ограничению производства, распространения и потребления алкогольных напитков в сельских поселениях и посёлках» был реализован на средства государственной поддержки. Они были выделены в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ и на основании конкурса, проведённого Фондом поддержки гражданской активности в малых городах и сельских территориях «Перспектива».

При этом главный мотив жителей, коллективно отказавшихся от алкоголя, – стремление к материальному достатку и жизненному успеху. Где-то подобные решения принимались официально при поддержке местной администрации (Якутия), где-то – неформально, на сходе граждан (Алтай). Коллективный отказ от алкоголя обычно обусловлен обеспокоенностью жителей будущим села и молодого поколения, а также массовым характером пьянства в соседних поселениях. Большую роль в таких ситуациях играет активная позиция женщин, отмечают исследователи.

Естественно, поддержка со стороны органов власти и местного самоуправления только помогает развитию таких инициатив. Позитивную роль играет также материальное стимулирование «трезвых» праздников, проведение спортивных и культурно-досуговых мероприятий, обеспечение работой или дополнительной активностью жителей.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проблемы и решения

Малопьющая Россия: реально ли это?

В стране отметили День трезвости



Молодёжь активно принимала участие в мероприятии

рового образа жизни, добавил К.Родин. «Если мы обратим внимание на то, что в целом россияне считают алкоголизм медицинской и социальной проблемой, то очевидно, что сегодня общество ожидает от государства масштабных шагов, которые были бы логичным продолжением политики, проводимой в последние несколько лет и направленной на борьбу с потреблением алкоголя и табачных изделий», – подчёркивает представитель ВЦИОМ.

информационно-просветительскую акцию «Москва – трезвый город!». В историческом центре столицы на Арбате желающие могли проконсультироваться с наркологами, познакомиться с наиболее эффективными современными подходами к диагностике, профилактике и лечению наркологических заболеваний, узнать о факторах риска развития алкогольной, табачной или наркотической зависимости.

Помимо получения рекомен-

одновременно отмечается и День города, посвящённый 870-летию Москвы, и Всероссийский день трезвости, и мы решили это всё совместить и провести такую акцию для населения, рассказать о последствиях пьянства, алкоголизма и наркомании, бесплатно протестироваться на такие социально значимые заболевания, как ВИЧ-инфекция, гепатит С и другие», – сказал главный психиатр-нарколог Минздрава России Евгений Брюн.

СПРАВКА «МГ». Всероссийский день трезвости официально учреждён в новой России в 2014 г. Однако праздник отмечался ещё в начале XX века в день, когда православные христиане вспоминают Усекновение главы святого Иоанна Предтечи. Пророк был обезглавлен царём Иродом во время пьяного пиршества. В этот день соблюдается строгий пост.

В далёком 1911 г. 34 человека, представители интеллигенции православно-охранительных взглядов, организовали Всероссийский трудовой союз христиан-трезвенников. Его члены пропагандировали здоровый образ жизни и абсолютный отказ от алкогольных напитков. Девизом Союза стал лозунг «Счастье народа – в трезвости!», под которым впоследствии и стало проводиться торжество, названное Днём трезвости. Получив согласие и благословение всех православных архиереев на организацию праздника по всем городам и селениям страны, впоследствии праздник начали проводить не

только в Петербурге, но и в других российских городах.

Спустя 2 года, 28-29 апреля (11-12 мая по новому стилю) 1913 г., День трезвости в России получил статус официального торжества. Эту идею активно поддерживала церковь и интеллигенция, а также некоторые представители правящего класса страны.

Но, несмотря на такую всестороннюю поддержку, просуществовала эта добрая традиция недолго. Советская власть наложила запрет на празднование. Возобновилась традиция только в 2005 г.

Основная идея торжества заключалась в пропаганде здорового образа жизни. Представители интеллигенции и церкви хотели показать, что человек может счастливо, радостно и полноценно жить и без употребления алкоголя. Уже в те времена для России этот вопрос стоял очень остро.

Ежегодно около 800 тыс. землян лишают себя жизни. Самоубийство стало в 2015 г. второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15-29 лет. Таковы лишь некоторые данные печальной статистики, опубликованной ВОЗ ко Всемирному дню по предотвращению самоубийств, который ежегодно отмечается 10 сентября.

Когда жизнь не мила...

Каждое самоубийство – это трагедия, которая влияет на семьи, общины и целые страны, оказывая долгосрочное воздействие на живущих. На каждый суицид, отмечается в информационном бюллетене ВОЗ, приходится значительно больше людей, которые совершают такие попытки ежегодно. Для населения планеты предшествующая попытка сведения счетов с жизнью является самым важным фактором риска самоубийств, происходящих на протяжении всего жизненного цикла.

Самоубийства происходят не только в странах с высоким уровнем дохода, этот глобальный феномен характерен для всех регионов мира. Фактически более 78% суицидов на Земле произошли в 2015 г. в странах с низким и средним уровнем дохода.

Всё это – серьёзная проблема общественного здравоохранения; однако при наличии своевременных, основанных на фактах и зачастую недорогостоящих мер вмешательства самоубийства можно предотвращать, считает ВОЗ. Для обеспечения эффективности национальных мер реагирования требуется всеобъемлющая межсекторальная стратегия предотвращения самоубийств.

Хотя в странах с высоким уровнем дохода чётко прослежена связь между самоубийствами и психическими расстройствами (в первую очередь депрессией и расстройствами, вызываемыми потреблением алкоголя), многие суициды совершаются импульсивно в моменты кризиса. Дело в том, что в такие периоды утрачивается способность преодолевать стрессовые ситуации в жизни, такие как финансовые проблемы, разрыв отношений или хроническая боль и болезнь.

Кроме того, суицидальное поведение во многом ассоциируется с конфликтами, стихийными бедствиями, насилием, злоупотреблением или утратами, а также чувством изоляции. Показатели самоубийств также высоки среди самых уязвимых групп, которые подвергаются дискриминации, например беженцы и мигранты, коренное население, лесбиянки, гомосексуалы, бисексуалы, транссексуалы и интерсексуалы (LGBTI), а также заключённые.

Далее ВОЗ рассказывает в бюллетене о способах самоубийства, о которых предпочтём не говорить на страницах нашей газеты. Отметим лишь, что, по оценкам, порядка 30% суицидов в мире являются результатом самоотравления пестицидами. Другими широко распространёнными методами являются повешение и использование огнестрельного оружия. Это важно учитывать при разработке стратегий предотвращения, которые подтвердили свою эффективность, как, например, ограничение доступа к средствам самоубийства.

Нужна совместная работа

Для предотвращения самоубийств и попыток суицида на уровне групп населения, субпопуляций и отдельных людей могут, считает ВОЗ, применяться, в частности, ограничение доступа к средствам самоубийства, включая некоторые лекарственные препараты и внедрение алкогольной политики для сокращения вредного использования алкоголя. Среди мер медицинского

не самоубийств в число своих приоритетов здравоохранения, и лишь 28 стран сообщили ВОЗ о наличии национальной стратегии по их предотвращению. Чтобы добиться прогресса в этом, им необходимо углубить понимание проблемы общественностью и избавиться от табу.

Пока же в глобальном масштабе недостаточны и наличие, и качество данных по самоубийствам и попыткам суицида. Лишь 60

на 40%, но ухудшение социально-экономического положения страны к концу 1980-х опять разворачивает тренд суицидов.

Распад СССР, рыночные преобразования, война в Чечне, падение доходов населения – в результате число самоубийств в 1994-1995 гг. достигает пикового значения. Жертвами суицидов ежегодно становятся более 60 тыс. человек, а коэффициент самоубийств на 100 тыс. – 41 –

ния: «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства» и «Организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства». За доведение до самоубийства без отягчающих обстоятельств теперь предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок от 2 до 6 лет с лишением права занимать определённые должности либо заниматься

Точка зрения

Уход из жизни можно и нужно остановить

ВОЗ считает предотвращение самоубийств приоритетом общественного здравоохранения



На пороге рокового решения...

характера – раннее выявление, лечение и уход за людьми с психическими расстройствами и различными зависимостями, хроническими болями и острыми эмоциональными расстройствами, подготовка неспециализированного медперсонала по вопросам оценки и управления суицидальным поведением.

Усилия по предотвращению самоубийств требуют координации и совместной работы целого ряда секторов общества, включая здравоохранение, образование, трудовые ресурсы, сельское хозяйство, бизнес, правосудие, право, оборона, политика и СМИ. Эти усилия должны быть всеобъемлющими и комплексными, поскольку какой-то один подход не может оказать воздействие на столь сложный вопрос, как самоубийства.

Многие люди, задумывающиеся о том, чтобы лишиться себя жизни, или совершившие попытку суицида, не обращаются за помощью, и поэтому не получают ту помощь, в которой они нуждаются. Предотвращение самоубийств не получает достаточного внимания из-за отсутствия понимания того, что они являются крупной проблемой общественного здравоохранения и что во многих сообществах существует табу на открытое обсуждение данной проблемы. На сегодняшний день лишь немногие страны включили предотвраще-

государств-членов ВОЗ располагают данными демографической регистрации хорошего качества, которые могут непосредственно использоваться для оценки показателей самоубийств. Каждой стране необходимо добиться повышения уровня охвата, качества и своевременности своих данных по самоубийствам.

На 13-м месте в мире

Несмотря на существенное снижение суицидов, их уровень в нашей стране является одним из самых высоких в мире: в 2016 г., согласно статистике, по числу самоубийств Россия заняла 13-е место в мире.

Сплошной учёт самоубийств в Российской империи и длительное время в СССР не велся. Исследования охватывали отдельные города или регионы, впоследствии городское население. И только с 1956 г. при Никите Хрущёве в СССР начали собирать данные по самоубийствам для всего населения страны. С первого же года учёта число суицидов росло, и за следующие 8 лет правления Н.Хрущёва показатель вырос почти вдвое, до 24,9 тыс.

В начале 1980-х годов – в пик эпохи застоя – число самоубийств перевалило за 50 тыс. В 1985 г. к власти приходит Михаил Горбачёв, и почти одновременно начинается антиалкогольная кампания. За пару лет число самоубийств падает почти

вдвое превышает уровень, характеризующий ВОЗ как высокий уровень самоубийств (от 20 и выше на 100 тыс. человек).

Но с 2002 г. их количество ежегодно снижается, и к 2010 г. число суицидов уменьшилось до значений середины 80-х годов, когда в СССР проводилась антиалкогольная кампания. К 2014 г. коэффициент самоубийств снизился до среднего, по меркам ВОЗ, уровня (менее 20 на 100 тыс. населения). По состоянию на апрель 2016 г. этот показатель составил в нашей стране 15,4 на 100 тыс. населения.

Самоубийства в Российской Федерации являются важной социальной проблемой национального масштаба. В повестку дня наряду с пьянством и наркоманией включено появление и активное распространение в соцсетях так называемых групп смерти среди детей и подростков, в которых хорошо подготовленные люди, разбигающиеся в психологии детей, умело подталкивают их к роковому решению. Учитывая это, Федеральным законом № 109-ФЗ от 07.06.2017 были внесены изменения в Уголовный кодекс РФ, касающиеся преступлений против личности, которыми особое внимание уделено на такое общественно-опасное деяние, как доведение лица до самоубийства. В УК введены два новых состава преступле-

определённой деятельностью на срок до 7 лет.

Тем не менее, как уже отмечалось, уровень суицидов в стране остаётся одним из самых высоких в мире.

«Предотвращение самоубийств: глобальная императива»

ВОЗ считает самоубийства приоритетом общественного здравоохранения. В 2014 г. организацией был опубликован первый доклад о суицидах в мире, озаглавленный «Предотвращение самоубийств: глобальная императива», для того, чтобы улучшить понимание общественным здравоохранением значения самоубийств и их попыток и сделать предотвращение самоубийств одним из наиболее приоритетных вопросов в глобальной повестке дня общественного здравоохранения. Ставится также цель содействовать и помогать странам в разработке и укреплении всеобъемлющих стратегий по предотвращению самоубийств в рамках межсекторального подхода к общественному здравоохранению.

Суициды являются одним из приоритетных условий в реализации Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP). Она была развёрнута в 2008 г., и в её рамках разрабатываются основанные на имеющихся данных технические руководящие указания для расширения масштабов оказания услуг и обеспечения ухода в странах в области психологических, неврологических расстройств и расстройств, связанных с зависимостью. В Плане действий ВОЗ по психическому здоровью на 2013-2020 гг. государства-члены организации обязались достичь глобальной цели сокращения показателя самоубийств в странах на 10% к 2020 г.

Кроме того, смертность от самоубийств является одним из показателей выполнения задачи 3.4 в рамках Целей устойчивого развития: к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики, лечения и поддержания психического здоровья и благополучия.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 69 (2099)

Хламидийная инфекция

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
A56, A74.0

Определение

Хламидийная инфекция – инфекция, передаваемая половым путём (ИППП), возбудителем которой является *Chlamydia trachomatis*.

Этиология и эпидемиология

Chlamydia trachomatis – граммотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку *Chlamydiales*, семейству *Chlamydiaceae*, роду *Chlamydia*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* A, B, Ba, C – возбудители трахомы; D-K – урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулёмы.

Урогенитальный хламидиоз является широко распространённой инфекцией, передаваемой половым путём. Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот.

Распространённость хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2014 г. составила 46,9 случаев на 100 тыс. населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,7 случаев на 100 тыс. населения, у лиц в возрасте 15-17 лет – 45,8 случаев, у лиц в возрасте старше 18 лет – 56,2. Однако эти цифры, скорее, отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

Классификация

A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта
Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит
A56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов
Хламидийный(ые):
эпидидимит (N51.1)

Клиническая картина

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Женщины

Более чем у 70% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:
– слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;

– чувство сухости в ротоглотке;
– боль, усиливающаяся при глотании.
Объективные симптомы:
– гиперемия и отёчность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.
Хламидийный конъюнктивит
У лиц обоего пола
Субъективные симптомы:
– незначительная болезненность поражённого глаза;
– сухость и покраснение конъюнктивы;
– светобоязнь;
– скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.
Объективные симптомы:
– гиперемия и отёчность конъюнктивы поражённого глаза;
– скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Ведение больных хламидийной инфекцией
Федеральные клинические рекомендации

воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4)
орхит (N51.1)
A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области
A56.4 Хламидийный фарингит
A56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путём, другой локализации
A74.0 Хламидийный конъюнктивит (H13.1).

Пути инфицирования

У взрослых лиц:
половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией).

– межменструальные кровянистые выделения;
– болезненность во время половых контактов (диспареуния);
– зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
– дискомфорт или боль в нижней части живота.
Объективные симптомы:
– гиперемия и отёчность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
– отёчность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки.

Мужчины

Субъективные симптомы:
– слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
– зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
– дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
– болезненность во время половых контактов (диспареуния);
– учащённое мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
– боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.
Объективные симптомы:
– гиперемия и отёчность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
– слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры.
Особенностью клинического течения хламидийной инфекции в детском возрасте является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочек.

Хламидийная инфекция аноректальной области

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:
– при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета;
– при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, слизисто-гнойные выделения, нередко с примесью крови, вторичные запоры.
Объективные симптомы:
– гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
– слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

Хламидийный фарингит

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов
Женщины

Субъективные симптомы:
– вульвовагинит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отёчность в области вульвы;
– сальпингоофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
– эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;
– пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации.

Объективные симптомы:
– вульвовагинит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вульварных желёз, болезненность и отёчность протоков при пальпации;
– сальпингоофорит: при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки;
– пельвиоперитонит: характерный внешний вид – facies hypocratica, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины.

Мужчины

Субъективные симптомы
– эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;
– простатит, сопутствующий уретриту: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

Объективные симптомы
– эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, наблюдается гиперемия и отёк мошонки в области поражения;

(Окончание на стр. 8.)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 1+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2++, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D) приводится при изложении текста рекомендаций.

(Окончание. Начало на стр. 7.)

– простатит, сопутствующий уретриту: при пальпации определяется болезненная, уплотнённая предстательная железа.

У лиц обоего пола – хламидийное поражение парауретральных желёз

Субъективные симптомы:

– зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);

– слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;

– болезненность во время половых контактов (диспареуния);

– болезненность в области наружного отверстия уретры.

Объективные симптомы:

– слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желёз.

Хламидийные инфекции, передаваемые половым путём, другой локализации

Реактивный артрит – асептическое воспаление синовиальной оболочки сустава, связок и фасций. Заболевание может протекать в виде уреthroокулосиновиального синдрома, который классически проявляется в виде триады: уретрит, конъюнктивит, артрит. Синдром также может протекать с поражением кожи и слизистых оболочек (кератодермия, цирцинарный баланопостит, изъязвления слизистой оболочки полости рта), а также с симптомами поражения сердечно-сосудистой, нервной систем и патологии почек. При реактивном артрите в порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и др. Заболевание чаще протекает в виде моноартрита. Средняя продолжительность первого эпизода заболевания – 4-6 месяцев. Реактивный артрит протекает волнообразно: в 50% случаев через различные интервалы времени наблюдаются рецидивы заболевания. У 20% больных выявляются различные энтезопатии: наиболее часто страдает ахиллово сухожилие и плантарная фасция, что вызывает нарушения ходьбы.

При диссеминированной хламидийной инфекции у пациентов обоего пола могут развиться пневмония, перигепатит, перитонит.

Диагностика

Диагностику хламидийной инфекции рекомендовано проводить:

– лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы, при наличии показаний – прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы, суставов;

– при предгравидарном обследовании;

– при обследовании женщин во время беременности;

– при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;

– лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;

– половым партнёрам больных ИППП;

– лицам, перенёсшим сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3-6-9 месяцев.

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

– у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);

– у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – секрет предстательной железы;

Острая почечная недостаточность (ОПН, острая уремия, анурия) – острое неспецифическое, потенциально обратимое поражение почек, приводящее к нарушению почечных функций, проявляющееся расстройством водно-электролитного обмена, азотовыделительного и кислотно-основного состояния, характеризующееся циклическим течением.

Коды по МКБ 10

N17 Острая почечная недостаточность.

N17.0 Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом.

N17.1 Острая почечная недостаточность с острым кортикальным некрозом.

N17.2 Острая почечная недостаточность с медуллярным некрозом.

N17.8 Другая острая почечная недостаточность.

N17.9 Острая почечная недостаточность неуточнённая.

– у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией, – отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал – отделяемое цервикального канала.

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся:

1. Сроки получения клинического материала с учётом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации *C.trachomatis* методом амплификации РНК (NASBA) – не ранее чем через 14 дней после окончания приёма препаратов, методами амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) – не ранее чем через месяц после окончания приёма препаратов.

2. Получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений – через 15-20 минут после мочеиспускания.

3. Получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации.

4. Соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

С позиций доказательной медицины применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики нецелесообразно.

Верификация диагноза хламидийной инфекции базируется на результатах лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *C.trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешённых к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методов предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

Метод выделения *C.trachomatis* в культуре клеток не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *C.trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.

Консультации других специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях:

– акушера-гинеколога – при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных хламидийной инфекцией;

– уролога – с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита, сопутствующего уретриту;

– офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, у детей – неонатолога, педиатра – с целью уточнения объёма и характера дополнительного обследования.

Дифференциальная диагностика

Симптомы хламидийной инфекции не являются специфичными, что диктует необходимость проведения лабораторных исследований для исключения других урогенитальных заболеваний, обусловленных

патогенными (*N.gonorrhoeae*, *T.vaginalis*, *M.genitalium*) и условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами и микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Дифференциальный диагноз хламидийного эпидидимоорхита проводят с водянкой яичка, инфекционным эпидидимоорхитом иной этиологии (туберкулёзным, сифилитическим, гонококковым и др.), опухолью органов мошонки, с перекутом ножки яичка и др.

Дифференциальный диагноз хламидийной инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложнённой кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

Лечение

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является идентификация *C.trachomatis* с помощью молекулярно-биологических методов или культурального метода у пациента либо у его полового партнёра.

Одновременное лечение половых партнёров является обязательным.

Цели лечения

– эрадикация *C.trachomatis*;

– клиническое выздоровление;

– предотвращение развития осложнений;

– предупреждение инфицирования других лиц.

Общие замечания по терапии

Выбор препаратов проводится с учётом анамнестических данных (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость препаратов, наличие сопутствующих инфекций).

С позиций доказательной медицины проведение системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами не рекомендовано.

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

Показания к госпитализации

Диссеминированная хламидийная инфекция (пневмония, перигепатит, перитонит).

Схемы лечения

Лечение хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы (A56.0), аноректальной области (A56.3), хламидийного фарингита (A56.4), хламидийного конъюнктивита (A74.0)

Препараты выбора:

доксидиклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки течение 7 дней (А) или азитромицин 1,0 г перорально однократно (А) или

джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней (С).

Альтернативный препарат:

офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (В).

Лечение хламидийных инфекций верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (A56.1, A56.8)

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня.

Препараты выбора:

доксидиклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней (А) или

джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 14-21 дней (С).

Альтернативный препарат:

офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней (В).

При осложнённом течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической терапии и физиотерапии.

Особые ситуации

Лечение беременных:

джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней (В) или азитромицин 1,0 г перорально однократно (А).

Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учётом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

джозамицин 50 мг на 1 кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приёма, перорально в течение 7 дней (D).

Лечение новорождённых, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов.

Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учётом противопоказаний.

Требования к результатам лечения

– эрадикация *C.trachomatis*;

– клиническое выздоровление.

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

– исключение реинфекции;

– назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

Маргарита РАХМАТУЛИНА,
заместитель директора Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии по научно-клинической работе, доктор медицинских наук.

Москва.

Евгений СОКОЛОВСКИЙ,
заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова,

доктор медицинских наук, профессор.

Санкт-Петербург.

Ирина МАЛОВА,
заведующая кафедрой дерматовенерологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов высшего профессионального образования Иркутского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Иркутск.

Инна АПОЛИХИНА,
заведующая гинекологическим отделением восстановительного лечения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор.

Москва.

Алина МЕЛКУМЯН,
научный сотрудник отдела микробиологии и клинической фармакологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, кандидат медицинских наук.

Москва.

Острая почечная недостаточность

Клинические рекомендации для врачей общей практики (семейных врачей)

N19. Почечная недостаточность неуточнённая.

Эпидемиология

Ежегодно регистрируется 40-200 случаев острой почечной недостаточности на 1 млн взрослого населения. В старческом возрасте ОПН наблюдают в 5 раз чаще, чем у молодых лиц трудоспособного возраста.

Частота ОПН всё время растёт, особенно у пожилых людей, хотя распространённость варьирует в зависимости от используемого определения и изучаемой популяции. В 1993 г. в популяционном исследовании тяжёлая ОПН (креатинин плазмы крови

более 500 ммоль/л) была выявлена у 172 взрослых на 1 млн в год, из которых 72% были старше 70 лет. У взрослых в возрасте до 50 лет частота составила 17 на 1 млн в год, в возрасте 80-89 лет – 949 на 1 млн в год. Проспективные исследования последних лет сообщают о 500 случаях ОПН на 1 млн населения в год и о 200 случаях ОПН, требующих проведения гемодиализа на 1 млн в год.

В очагах катастроф и стихийных бедствий наблюдают быстрое нарастание числа больных ОПН. В целом в половине случаев причины ОПН – тяжёлая травма (включая

синдром длительного раздавливания) и послеоперационные осложнения. В 15-20% случаев ОПН возникает при акушерско-гинекологической патологии. В остальных случаях диагностируют так называемую госпитальную ОПН, которая возникает у больных хроническими заболеваниями при нахождении в больничных условиях как осложнение основного заболевания или побочный эффект лечения.

Особенно резко – в 6-8 раз за последние 10 лет – возросла частота лекарственной ОПН (НПВС, рентгеноконтрастные препараты, нефротоксичные антибиотики,

противовирусные препараты, применяемые для лечения ВИЧ-инфекции и др.).

Среди беременных регистрируют 1 случай на 2-5 тыс. беременностей.

Факторы и группы риска

В зависимости от ведущего патогенетического механизма ОПН факторы риска целесообразнее разделить на три основных группы.

Скрининг

Выявление признаков ОПН следует проводить у всех лиц, подверженных действию факторов, приводящих к её возникновению. Объектом скрининга являются также лица с жалобами на внезапно возникающую олигурию:

На фоне дегидратации с потерей 10% массы тела и симптомами падения ОЦК (ортостатическая гипотония с тахикардией и резкой слабостью, тошнота, холодный цианоз, гипотермия, жажда).

Затянувшейся почечной колики с частыми ознобами.

Часто рецидивирующих двусторонних почечных колик при тяжёлом обострении подагрического артрита.

Остронефритического синдрома с анемией, симптомами кожного васкулита, поражением лёгких, полиартритом.

Позднего токсикоза беременных.

После употребления несертифицированного алкогольного напитка.

Вызванного алкогольным эксцессом коматозного состояния или такового от комбинации алкоголя с некротическим веществом.

Эпизода высокой лихорадки с общей интоксикацией с последующим не поддающимся коррекции падением АД.

Антибактериальной терапии, осложнённой кожной аллергией, отёком Квинке, анафилаксией, лихорадкой с люмбалгиями.

Рекомендуемые методы скрининга:

- расспрос, сбор анамнеза (эпидемиологического, токсикологического, лекарственного)
- измерение АД в положении лёжа и стоя
- изменение 12-часового диуреза с пробой Зимницкого
- общеклинический анализ крови – выявление анемии, лейкоцитоза, эозинофилии, тромбоцитопении

Таблица 1

Факторы и группы риска преренальной ОПН

Факторы риска (патогенетические механизмы)	Группы риска
Уменьшение сердечного выброса	Шок (кардиогенный, аритмический), тампонада перикарда при перикардите, хроническая сердечная недостаточность, эмболия лёгочной артерии при тромбофлебите, лёгочная гипертензия, подострый инфекционный эндокардит
Системная артериальная вазодилатация	Эндотоксический шок при остром сепсисе, анафилактический шок при аллергии, декомпенсированный ацидоз при СД, интоксикации, передозировка гипотензивными препаратами, общая анестезия
Изменения эффективного внеклеточного объёма: – кровов-/плазмопотеря – дегидратация – гипергидратация – перераспределение эффективного внеклеточного объёма с развитием гиповолемии	Профузное кровотечение, тяжёлые ожоги СПИД, холера, полиурия, аддисонический криз, гиперкальциемический криз, дефицит Na, неукротимая рвота (беременность, стеноз привратника) ДН, непропорциональная секреция АДГ (опухоли, СПИД с поражением ЦНС, лекарства), псевдосиндром Бартера Перитонит, crush-синдром, панкреонекроз, гепаторенальный синдром, нефропатия беременных, нефротический синдром
Нарушение внутривисочечной гемодинамики	Старческая почка, СД, воздействие медикаментов (иаПФ, БРА при двустороннем стенозе почечных артерий, стенозе артерии единственной почки), рентгеноконтрастных препаратов, ингибиторов циклооксигеназы и др.

Таблица 2

Факторы и группы риска ренальной ОПН

Факторы риска (патогенетические механизмы)	Группы риска
Острый канальцевый некроз (ОКН): – ишемический – нефротоксический	Длительный коллапс, кома, острый сепсис Промышленные токсины – соли ртути, хрома, урана, золота, свинца, платины; лекарства, суррогаты алкоголя, фитотоксины, микотоксины
Синдром ишемии-реперфузии	Длительная тепловая ишемия почек, аневризма супраренальных отделов аорты, острый тромбоз почечных артерий
Внутриканальцевая обструкция: – патологическими цилиндрами – кристаллами	Рабдомиолиз, гемолиз, миеломная болезнь Подагра, синдром лизиса опухоли, гликоли, лекарства (сульфаниламиды, метотрексат, ацикловир, индинавир)
Острый тубулоинтерстициальный нефрит (ОТИН)	Аллергия (лекарственная), инфекция (хантавирус, ЦМВ, вирусы герпеса, лептоспироз, легионеллёз, микоплазмоз, иерсиниоз), идиопатический (ОТИН-увеит)
Пиелонефрит	Апостематозный, эмфизематозный, уросепсис
Некротический папиллит	Анальгетическая нефропатия, ДН
Билатеральный кортикальный некроз	Острый сепсис, анафилактический шок, послеродовой ГУС
Быстро прогрессирующий нефрит	Первичный БПГН, васкулиты, СКВ, персистирующие инфекции: подострый ИЭ, СПИД, HCV, малярия, шистосомоз; наркомания
Поражение почечных сосудов	Злокачественная гипертензия, васкулиты, склеродермическая почка, ИБП, антифосфолипидный синдром, тромбоз почечных вен
Тромботические микроангиопатии	Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, ГУС, HELLP-синдром, острый жировой гепатоз беременных

Таблица 3

Факторы и группы риска постренальной ОПН

Факторы риска (патогенетические механизмы)	Группы риска
Поражение мочеточников: – обструкция – сдавление	Литиаз, кровотечение, некротический папиллит Забрюшинный фиброз, опухоли
Поражение мочевого пузыря	Аденома, рак простаты, инфравезикальная обструкция, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря при СД, заболевания спинного мозга, туберкулёз, мочеполовой шистосомоз, длительный приём ганглиоблокаторов
Стриктура уретры	Посттравматическая, воспалительная (гонорея, синдром Рейтера)



Рисунок 1. Классификация ОПН

- общеклинический анализ мочи – выявление протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии, цилиндрурии, кристаллурии (оксалатов, уратов)
- определение креатинина, мочевины, мочевой кислоты и калия крови
- определение кислотно-основного состояния
- определение ЛДГ и КФК сыворотки крови при подозрении на рабдомиолиз

- УЗИ почек.
- классификация

Различают следующие виды ОПН: Изолированную:

преренальную

ренальную

постренальную.

ОПН как компонент полиорганной недостаточности

По течению:

Начальный период.

Период олиго-, анурии.

Период восстановления диуреза:

- фаза начального диуреза (диурез больше 599 мл в сутки)
- фаза полиурии (диурез больше 1800 мл в сутки).

Период выздоровления

По сохранности функции мочевого выделения

ОПН разделяют на олигурическую (суточный диурез 400 мл/сутки) и неолитурическую.

По степени тяжести олигурические ОПН:

Умеренная: продолжительность олигурии 3-5 дней, суточный прирост мочевины менее 5 ммоль/л.

Выраженная: продолжительность олигурии 5-8 дней, суточный прирост мочевины 5-8 ммоль/л.

Предельная степень тяжести: продолжительность олигурии более 8 дней, суточный прирост мочевины более 8 ммоль/л.

Принципы и алгоритм клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания

Анамнез

Отмечают присутствие в анамнезе указаний на этиологию ОПН: применение нефротоксичных лекарств и введение рентгеноконтрастных препаратов, контакт с ионизирующим излучением (например, лучевая терапия злокачественных опухолей), отравления (суррогаты алкоголя, наркотические вещества, соли тяжёлых металлов), тяжёлую травму с массивным раздавливанием мягких тканей, а также наличие заболеваний, при которых велик риск развития ОПН.

Отдельно следует искать указания на синдром позиционного сдавления, обменные и водно-электролитные нарушения: длительная рвота, диарея с потерей 7-10% массы

тела, массивный осмотический диурез при обострении СД, тяжёлый приступ суставной подагры с уменьшением диуреза и отделением мочи бурого цвета.

Физикальное обследование

При осмотре больного с ОПН можно выявить снижение диуреза (менее 200 мл за 12 часов), симптомы гипергидратации (периферические отёки, асцит, отёк лёгких и мозга), дыхание КуССмауля, токсический гастроэнтерит (при отравлении солями тяжёлых металлов, гликолями, хлорированными углеводородами), уремический гастроэнтерит, перикардит, уремическую прекому, кому.

Обязательные лабораторные исследования

ОАК – почечная анемия, лейкоцитоз, эозинофилия, тромбоцитопения (минимум двукратно).

ОАМ – снижение относительной плотности мочи, эритроцитурия, протеинурия, может быть пиурия, цилиндрурия, миоглобинурия, выделение белка Бенс-Джонса (при возможности получения мочи).

Анализ мочи по Нечипоренко – эритроцитурия, лейкоцитурия (при возможности получения мочи).

Биохимическое исследование крови: мочевины и/или остаточный азот и/или креатинин (повышение более чем на 40 мкмоль/л в сутки), общий белок, глюкоза, калий (повышение), натрий (снижение), общий, прямой и непрямо билирубин (минимум двукратно), КЩС-грамма – метаболический ацидоз.

Посев крови на стерильность и чувствительность к антибиотикам (минимум однократно при подозрении на инфекционный процесс, сепсис).

Определение СКФ – по возможности, клиренсовым методом.

Обязательные инструментальные исследования

- УЗИ почек, мочевого пузыря, у мужчин ещё и предстательной железы – асимметрия размеров почек, увеличение размеров (минимум однократно)
- УЗИ органов брюшной полости (минимум однократно)
- ЭхоКС – признаки уремического перикардита, эндокардита при сепсисе, ГЛЖ, падение фракции выброса (минимум однократно при заболеваниях сердца)
- ЭКГ – признаки электролитных нарушений, перикардита, миокардита (минимум однократно)
- Обзорная рентгенография органов грудной полости – оценивают степень гипергидратации лёгких, диагностируют уремический интерстициальный отёк лёгких (минимум однократно)

(Окончание на стр. 10.)

Таблица 4

Концентрационные индексы

Название	Аббревиатура	Формула	Норма	ОПН
Концентрационный индекс по креатинину	КИК	КИК = Км/Кп	40	< 20
Концентрационный индекс по мочевины	КИМ	КИМ = Мм/Мп	20	< 10
Концентрационный индекс по осмолярности	КИО	КИО = Ом/Оп	2-2,5	< 1,2
Концентрационный индекс по натрию	КИН	КИН = Нм/Нп	0,12	> 0,3
Концентрационный индекс по молекулам средней массы	КИМСМ	КИМСМ = МСМм/МСМп	1,5-1,8	< 1,2

(Окончание. Начало на стр. 8.)

• Обзорная рентгенография органов брюшной полости (минимум однократно).

Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования

• УЗИ с доплеровским анализом почечных сосудов – стеноз (окклюзия) почечных артерий

• Ретроградная, антероградная урография – верифицируют постренальную ОПН

• Определение концентрации калия, натрия, креатинина, мочевины в моче с расчетом концентрационных индексов (при возможности определение является обязательным исследованием)

• Иммунологическое исследование крови – антитела к хантавирусу, лептоспирам, легионеллам, йерсиниям, маркёры и репликация вирусов гепатита В, С и ВИЧ, ЦМВ, маркёры БПГН, признаки антифосфолипидного синдрома, острого лекарственного ТИН (повышенное содержание иммуноглобулина Е).

Дифференциальная диагностика

При выявлении почечной недостаточности необходимо установить её характер – острый или хронический.

При отсутствии мочи дифференцируют острую задержку мочи и анурию. У больных с анурией при проведении УЗИ или катетеризации мочевого пузыря мочу не обнаруживают. При подтверждении диагноза ОПН в первую очередь исключают её постренальную форму (обструкцию мочевыводящих путей), применяют УЗИ и динамическую нефросцинтиграфию.

Осложнения острой почечной недостаточности:

- Сепсис
- Отёк лёгких
- Нарушения ритма сердца
- Сердечная недостаточность
- Печёночная недостаточность
- Судороги
- Уремическая кома
- Перикардит
- Кровотечения
- ХПН.

Выраженность нарушений, характерных для почечной недостаточности (задержка жидкости, азотемия, нарушение водно-электролитного баланса), зависит от состояния катаболизма и наличия олигурии. При выраженной олигурии отмечается снижение уровня клубочковой фильтрации, существенно уменьшается выделение электролитов, воды и продуктов азотного обмена, что приводит к более выраженным изменениям состава крови.

Нарушения водно-солевого обмена: при олигурии увеличивается риск развития водной и солевой перегрузки. Гиперкалиемия при острой почечной недостаточности вызвана недостаточным выведением калия при сохраняющемся уровне его высвобождения из тканей. Первые симптомы гиперкалиемии появляются, когда уровень калия превышает 6-6,5 ммоль/л. Больные жалуются на мышечную слабость. В некоторых случаях развивается вялый тетрапарез. Отмечаются изменения ЭКГ. Снижается амплитуда зубцов R, увеличивается интервал P-R, развивается брадикардия. Значительное повышение концентрации калия может вызвать остановку сердца.

Угнетение иммунитета способствует возникновению инфекционных заболеваний у 30-70% пациентов с острой почечной недостаточностью. Присоединение инфекции утяжеляет течение заболевания и нередко становится причиной смерти больного. Развивается воспаление в области послеоперационных ран, страдает полость рта, дыхательная система, мочевыводящие пути. Частым осложнением острой почечной недостаточности является сепсис, который может вызываться как грамположительной, так и грамотрицательной флорой.

Неврологические нарушения: отмечается сонливость, спутанность сознания, дезори-

ентация, заторможенность, чередующаяся с периодами возбуждения. Периферическая нейропатия чаще возникает у пожилых пациентов.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: при ОПН может развиться застойная сердечная недостаточность, аритмия, перикардит, артериальная гипертензия.

Нарушения деятельности ЖКТ: больных беспокоит ощущение дискомфорта в брюшной полости, тошнота, рвота, потеря аппетита. В тяжёлых случаях развивается уремический гастроэнтероколит, часто осложняющийся кровотечениями.

Общие принципы терапии

Больные с ОПН подлежат госпитализации в профильное отделение (урологическое – при обструкции мочевых путей или нефрологическое с учётом возможного проведения гемодиализа).

Исключение устранимых причин – прекращение приёма ЛС с нефротоксическим действием, лечение инфекционного заболевания, остановка кровотечения, удаление яда из организма, ликвидация обструкции мочевыводящих путей.

Диета. Стол № 7а. Ограничивают потребление белка до 20-25 г/сут, соли – до 2-4 г/сут, а также продуктов, содержащих в большом количестве калий, фосфор и магний. Калорийность 35-50 ккал/кг/сут обеспечивается за счёт углеводов и жиров.

- Идентификация и корректировка пре- и постренальных факторов
- Оптимизация сердечного выброса и почечного кровоснабжения
- Пересмотр назначенных препаратов: отмена нефротоксических препаратов, подбор доз и при необходимости – мониторинг концентраций
- Тщательный мониторинг водного баланса и ежедневное взвешивание
- Выявление и лечение острых осложнений (гиперкалиемия, ацидоз, отек легких)
- Оптимизация нутритивной поддержки: адекватный калораж, ограничение приема калия
- Выявление и агрессивное лечение инфекций, удаление мочевого катетера при анурии
- Выявление и лечение кровотечений: профилактика с использованием ингибиторов протонной помпы или антагонистов H₂-рецепторов, трансфузия при необходимости, избегать приема ацетилсалициловой кислоты
- Начало диализа до развития уремических осложнений

Рисунок 2. Принципы лечения ОПН

Показания к консультации других специалистов

- Нефролог
- Токсиколог – исключение отравления
- Уролог – подозрение на обструкцию мочевых путей, гнойный пиелонефрит, сосудистую обструкцию
- Акушер-гинеколог – криптогенный сепсис, беременность
- Ревматолог – подозрение на системные заболевания соединительной ткани или их наличие
- Кардиолог – острые нарушения ритма, подозрение на инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность
- Инфекционист – подозрение на инфекционное заболевание
- Гематолог – гемолитическая анемия
- Пульмонолог – лёгочно-почечный синдром.
- Гепатолог – гепаторенальный синдром
- Дерматолог – заболевания кожи или системные заболевания.

Показания к госпитализации

Все больные с впервые выявленной ОПН подлежат госпитализации в специализированный нефрологический стационар, располагающий возможностями проведения острого гемодиализа и перитонеального диализа. Гемофильтрации, плазмафереза, селективной гемосорбции.

Специальными показаниями к госпитализации с предварительным диагнозом ОПН следует считать:

- прогрессирующую азотемию – азот мочевины > 30 ммоль/л;
- олигурию, диурез менее 200 мл за 12 часов;

- гиперкалиемию более 6,5 ммоль/л;
- клинические признаки гиповолемического шока, дегидратации;
- клинические признаки септического шока;
- данные анамнеза об употреблении нефротоксических продуктов, лекарств;
- клинические и лабораторные признаки рабдомиолиза;
- клинические и лабораторные признаки рабдомиолиза острого инфекционного или аллергического медикаментозного ТИН.

Ведение пациентов после лечения в стационаре

- После выписки из стационара:
- наблюдение за водным балансом: ежедневные взвешивания, график баланса жидкости;
- при необходимости ограничивают потребление воды и натрия;
- следует избегать потенциально нефротоксичных ЛС (НПВП, аминогликозиды), а дозы ЛС нужно подбирать с учётом почечной недостаточности;
- диспансерное наблюдение: ежемесячно – физикальное обследование, измерение АД, температуры, общие анализы крови и мочи, концентрация мочевины, креатинина в сыворотке крови.

Профилактика

У больных из групп риска следует избегать резкого снижения АД и ОЦК, длительного использования центрального венозного катетера, применения нефротоксических медикаментов.

Профилактика ИБП включает ограничение применения рентгеноконтрастной ангиографии (коронарографии) у больных с выраженным атеросклерозом. В качестве менее инвазивной альтернативы используют исследование сосудов с помощью дуплексной эхографии, ЯМР-томографии, спиральной КТ. Наиболее надёжную профилактику ОПН перед рентгеноконтрастным обследованием даёт адекватная гидратация путём введения внутрь или внутривенно 0,45%-ного раствора натрия хлорида, 5%-ного раствора декстрозы или 4%-ного раствора натрия гидрокарбоната.

В качестве цитопротекторов ОПН рекомендуют низкие дозы допамина, блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин), антагонисты аденозина (теофиллин) и дипиридамола.

У онкологических больных перед химиотерапией эффективны внутривенная инфузия 1-1,5 л гипотонического раствора натрия хлорида с натрия гидрокарбонатом вместе с аллопуринолом (3-4 мг/кг, внутрь).

Профилактика хронической почечной недостаточности сводится к предотвращению причин, вызывающих ОПН, лечению таких хронических заболеваний, как пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь.

Обучение пациентов

Пациента информируют о причинах, симптомах, прогнозе и факторах риска ОПН (артериальная гипертензия, повышенные уровни холестерина и глюкозы крови, повышенная масса тела у пациентов с сахарным диабетом), что позволяет замедлить прогрессирование хронической болезни почек, о нефротоксичных лекарственных средствах. Необходимы также:

- соблюдение охранительного режима и диеты;
- контроль водного баланса (диурез, объём выпитой жидкости), АД;
- предупреждение беременности на весь период до стадии функционального выздоровления;
- профилактика пиелонефрита;
- контроль азотемии (содержание креатинина и мочевины в крови);
- при ОПН у беременных и при послеродовой ОПН – контроль за выделениями из половых путей.

Прогноз

Прогноз преренальной и постренальной ОПН благоприятен. Например, ОПН от гемотрансфузионных осложнений полного выздоровления достигают в 92,5% случаев, а летальность не превышает 7,5%. При ренальной ОПН полное выздоровление наступает в 35-40% случаев, частичное выздоровление (с дефектом) – в 10-15%. Смертность при ренальной ОПН за последние 10 лет сохраняется на уровне 30-40%.

К факторам риска смерти при современной ОПН относят: септический и кардиогенный шок, гепаторенальный синдром, выраженную анемию, применение ИВЛ, вазопрессоров. На ближайший прогноз влияют и особенности нефротоксина. Так, неблагоприятно отравление гликолями, метанолом, дихлорэтаном.

Частота перехода ОПН в ХПН при диабете, рентгеноконтрастной нефропатии и при хантавирусном остром ТИН в 3 раза выше средней и превышает 10%. Перехода ОПН в ХПН следует ожидать при двустороннем кортикальном некрозе, тромботической микроангиопатии, БПГН, некротизирующих васкулитах.

При неосложнённом течении вероятность полного восстановления функций почек у больных, переживших один эпизод ОПН, составляет 90% в течение последующих 6 недель.

Смерть при ОПН чаще всего наступает вследствие уремической комы, нарушений гемодинамики и сепсиса. Летальность у больных с олигурией составляет 50%, без олигурии – 26%.

ОПН и беременность

ОПН регистрируют с частотой 1 случай на 2000–5000 беременностей. Первый пик приходится на I триместр и обусловлен септическими абортами. Второй пик наблюдают между 24-й и 40-й неделями беременности; он обусловлен преэклампсией, кровотечениям и снижением ОЦК.

Кортикальный некроз у беременных наблюдают в 10–30% случаев ОПН у беременных. Он может быть осложнением любой фазы беременности, особенно сопровождающейся отслойкой плаценты. У некоторых женщин функции почек в той или иной степени восстанавливаются, однако в большинстве случаев наблюдают прогрессирование до терминальной почечной недостаточности.

Идиопатическая послеродовая ОПН возникает через несколько недель после неосложнённых родов, сочетается с тяжёлой артериальной гипертензией, гистологически напоминает гемолитико-уремический синдром. В некоторых случаях (при подозрении на наличие в полости матки фрагментов плаценты) показано выскабливание. Иногда состояние улучшается при проведении антикоагулянтной терапии. Лечение острой почечной недостаточности – по общим принципам.

Мониторинг состояния пациентов с ОПН

С целью мониторинга всех параметров состояния пациента с перенесённой ОПН, профилактики обострений предлагается диспансерное наблюдение: ежемесячно – физикальное обследование, измерение АД, температуры, общие анализы крови и мочи, концентрация мочевины, креатинина в сыворотке крови.

Под редакцией главного специалиста
Минздрава России по семейной медицине
(общей врачебной практике),
академика РАН
Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений

- БПГН – быстропрогрессирующий гломерулонефрит
- БРА – блокаторы рецепторов к ангиотензину
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
- ГУС – гемолитико-уремический синдром
- ДН – дыхательная недостаточность
- иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- ИБП – ишемическая болезнь почек
- ИЭ – инфекционный эндокардит
- КТ – компьютерная томография
- КФК – креатинфосфокиназа
- КЩР – кислотно-щелочное равновесие
- ЛДГ – лактатдегидрогеназа
- ЛС – лекарственные средства
- МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
- НПВП – нестероидный противовоспалительный препарат
- ОАК – общий анализ крови
- ОАМ – общий анализ мочи
- ОКН – острый канальцевый некроз
- ОПН – острая почечная недостаточность
- ОЦК – объём циркулирующей крови
- СД – сахарный диабет
- СКВ – системная красная волчанка
- СПИД – синдром приобретённого иммунодефицита
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ХПН – хроническая почечная недостаточность
- ЦМВ – цитомегаловирус
- ЦНС – центральная нервная система
- ЭКГ – электрокардиограмма
- ЯМР – ядерно-магнитный резонанс
- НСV – вирус гепатита С
- HELLP – hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count.

Таблица 5

Дифференциальный диагноз острой и хронической почечной недостаточности

Признак	ОПН	ХПН
Диурез	Олигурия, анурия	Полиурия
Вид мочи	Обычная, кровянистая	Бесцветная
Периферические отёки	Часто	Не характерны
Артериальная гипертензия	У 30% без ГЛЖ и ретинопатии	У 95% с ГЛЖ и ретинопатией
Почечный анамнез	Отсутствует	Чаще многолетний
Прирост креатинина крови	> 0,5 мг/дл в сутки	0,3-0,5 мг/дл в месяц
Размеры почек (УЗИ)	Нормальные или увеличены	Уменьшены

Акции

На платформе Ленинградского вокзала состоялось торжественное открытие московского этапа Всероссийской акции по бесплатному анонимному тестированию на ВИЧ-инфекцию. Акция проводится Министерством здравоохранения РФ совместно с ОАО «Российские железные дороги».

По статистическим данным, каждый час в России 11 человек заражаются ВИЧ-инфекцией. В результате проходящей акции любой желающий сможет узнать свой ВИЧ-статус анонимно и, что самое главное, самостоятельно сделать выводы о состоянии своего здоровья.

Перед тем, как перерезать красную ленточку – символ акции, – отдающую собравшихся от специально оборудованного вагона, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отметила: «Сегодня мы находимся на Ленинградском вокзале Москвы, одного из 24 городов, расположенных в тех регионах, которые наиболее сложны с точки зрения распространения ВИЧ-инфекции. Это те места, где проходит оценка анонимного тестирования инфекции. Мы начали 7 июля во Владивостоке и закончим эту акцию 20 октября в Санкт-Петербурге. Москва – 16-й по счёту регион, участвующий в данной акции».

С 7 июля в ходе акции уже около 15 тыс. человек протестировано на ВИЧ-инфекцию – это добровольно обратившиеся люди и сотрудники крупных производств, расположенных по пути следования поезда с вагоном, где проводится забор крови на тест. 38 крупных корпора-

Против коварства СПИДа

В столице продолжена Всероссийская акция по тестированию на опасную инфекцию

ций и производств уже полностью обследовали своих сотрудников, треть этих учреждений находится в системе «РЖД». Во время стоянок поезда в крупных городах на вокзалах развёртываются медицинские пункты.

Министр с гордостью отметила, что всего в России за последний год бесплатно протестировано на ВИЧ более 32 млн граждан, а это 20,5% всего населения страны. Сегодняшние возможности медицины позволяют эффективно оказывать помощь, снижая вирусную нагрузку до неопределяемых величин, сделать жизнь более качественной, увеличить безопасность среди близких людей. Весьма серьёзно увеличивается охват больных ВИЧ современным лечением – за последние 10 лет более чем в 6 раз. Только за этот год количество таких «охваченных» больных превысило 44%.

На вооружении отечественных медиков есть все лучшие препараты, рекомендованные международными экспертами. В России зарегистрировано 30 основных препаратов против ВИЧ-инфекции, что в 2 раза больше минимального перечня, рекомендованного ВОЗ. Централизация закупок этих препаратов позволила не только существенно снизить их стоимость, но и защитить схемы лечения по каждому ВИЧ-инфицированному из



каждого региона страны, привести эти схемы к лучшим международным эталонам. Уже можно сказать, что 80% российских больных, получающих полноценную терапию, имеют нулевую вирусную нагрузку. К 2020 г. охват необходимым лечением ВИЧ-инфицированных в России, как и в других странах, должен составить 90%. Победой В.Скворцова назвала фактическую профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, а по данным за прошлый год, только 1,7% детей от ВИЧ-инфицированных женщин рождается с этой инфекцией.

И эту цифру вполне возможно свести к 0,5%.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Анна Попова остановилась на социальной значимости ВИЧ. При снижении темпов роста заболеваемости проблема всё-таки остаётся, поэтому и внимание к ней необходимо привлечь максимальное. К сожалению, не всегда в число тестируемых попадают представители групп риска, которые и ухудшают эпидемиологическую ситуацию. Теперь в эти группы

благодаря акции часто удаётся войти при тестировании на вокзалах. Стоит отметить и то, что половина людей, выявленных как инфицированные в этом году, находятся в возрастном диапазоне 30–40 лет, а это самая активная часть населения. И таких больных надо максимально раньше социально адаптировать, дать возможность достигнуть средней в российской популяции продолжительности жизни.

Начальник Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД» Елена Жидкова заверила собравшихся в следующем: «РЖД будет всегда рядом с существующей в обществе проблемой ВИЧ-инфекции и станет оказывать дальнейшую помощь в проведении подобных акций. Лучшее подтверждение этому – тот факт, что 2,5 тыс. сотрудников РЖД в текущем году уже приняли участие в этом тестировании».

Итак, поезд по маршруту Владивосток – Москва – Санкт-Петербург, в составе которого находится специализированный вагон с опытными медиками, снова отправился в путь. Чтобы ВИЧ-инфицированных в нашей стране было как можно меньше, а к 2030 г., как это планируется во всём мире, не стало вовсе.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Тенденции

Мобильный центр здоровья на базе микроавтобуса презентован и принял участие во Всероссийской акции «Волна здоровья» – недавнем туре ведущих специалистов федеральных медицинских центров и врачей по Волге.

В комфортных условиях

Автопоезд в помощь медикам создан ООО «Коммерческие автомобили» – «Группа ГАЗ» при участии Лиги здоровья нации во главе с её президентом, председателем Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения, академиком РАН Лео Бокерия. Мобильные диагностические комплексы предназначены для проведения выездных медицинских осмотров, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Отличительной особенностью и преимуществом такого автопоезда является наличие двух независимых друг от друга модулей. Они оснащены высокотехнологичным набором необходимого оборудования и системами жизнеобеспечения, которые позволяют одновременно вести работу с пациентами специалистам разных профилей в комфортных условиях. Передвигаться автопоезд может как по асфальтированным, так и по обычным грунтовым дорогам, что особенно важно для работы в сельской местности.

Как сообщила член Общественной палаты РФ, генеральный директор Центра медицинской профилактики ГАЗ Валентина Цыгова, на базе автомобиля созданы также мобильные центры здоровья для школьников с использованием аппаратно-программного комплекса.

В базовом исполнении центр представляет собой два медицинских кабинета площадью до

Медицинский автопоезд набирает ход

Мобильные центры становятся реальностью



В.Скворцова лично убедилась, что автопоезд всем хорош

8 м², каждый из которых включает в себя кушетку для осмотра пациентов, стол для врача, а также набор шкафов и тумб с креплениями для различного оборудования. Кабинеты имеют отдельные входы и оборудованы изолированными санузлами. В модулях, расположенных в микроавтобусе и прицепе, могут быть созданы кабинеты функциональной диагностики, стоматологии, офтальмологии, кардиологии, детского и женского здоровья, передвижной флюорографический и рентгенологический кабинеты, лаборатории различного назначения, передвижной донорский пункт, кабинет урологии и многое другое.

Мобильный кабинет ЗОЖ предназначен для проведения

скрининга состояния здоровья, выявления факторов риска в целях предупреждения различных заболеваний, проведения профилактических и диагностических мероприятий вне стационарных учреждений, которые созданы на базе региональных и муниципальных общеобразовательных организаций. На основе результатов предварительного обследования пациенты получают рекомендации по ведению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек и изменению рациона питания.

Также в акции принимал участие автомобиль скорой помощи класса С, созданный на базе микроавтобуса «газель NEXT». Комплектация машины обеспечивает максимальное удобство персонала при транспортировке

пациентов и подготовке к выездам. Специальные перемещаемые панели обеспечивают широкие возможности по креплению медицинского оборудования. Кондиционер и дополнительный отопитель позволяют поддерживать комфортную температуру в любое время года. Автомобиль оборудован светодиодными осветителями и двумя блоками наружного освещения, электрическими розетками на 12 и 220 В, трубопроводом медицинских газов, поворотными сиденьями с трёхточечными ремнями безопасности, умывальником с электронасосом подачи воды, а также большим количеством шкафов и креплениями для размещения медицинского оборудования.

Первые оценки

«Мы посмотрели новые передвижные мобильные комплексы для очень быстрой комфортной оценки функционального состояния ребёнка, включая не только физическое, но и его психологическое состояние. Это тоже важно, потому что психическое состояние, психология определяет всё, что потом возникает на соматическом уровне», – сказала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

«Аппаратно-программный комплекс, предназначенный для объективной оценки функциональных резервов организма человека – физических, психических и адаптационных – и размещённый в мобильных центрах

здоровья «ГАЗ», демонстрирует актуальность развития общероссийского парка мобильных кабинетов, обеспечивающих доступность медицинской помощи населению, проживающему в отдалённых районах страны», – считает В.Цыгова.

А председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов предложил министру сельского хозяйства РФ Александру Ткачёву поддержать развитие мобильной медицины на селе, в том числе практику применения мобильных диагностических и лечебных комплексов.

«Этот опыт уже весьма успешно опробован в ряде субъектов. Он крайне важен, так как вносит весомый вклад в увеличение доступности медицинской помощи для жителей отдалённых сёл и деревень, откуда даже за первичной медико-санитарной помощью порой приходится ехать в более крупный населённый пункт, что, без сомнения, является приоритетной задачей, предполагающей глубокое межведомственное взаимодействие. Мобильная медицина позволила бы во многом изменить эту ситуацию, ведь далеко не во всех деревнях получается построить даже отдельный фельдшерско-акушерский пункт», – отметил Д.Морозов.

Инициатива главы комитета Госдумы РФ получила поддержку на встрече главы Минсельхоза с депутатами палаты от фракции «Единая Россия». «Мы – за. Я прекрасно понимаю, что это жизненно необходимо», – заявил А.Ткачёв, говоря о необходимости развития медицинской помощи на селе. Министр также предложил обсудить в Госдуме возможные меры, которые позволили бы жителям деревень улучшить доступ к медицинской помощи.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

В медицине постоянно изменяются технологии и методы диагностики, терапии, хирургии, реабилитации. А неизменными со времён Гиппократов остаются преданность профессии, верность долгу, служение больному. Иными словами – врачебная этика.

Перемены в отношениях

Какие процессы в нарастающем темпе происходят в современной медицине? Резко возросли её возможности. И вместе с тем значительно упали нравственные начала врачевания. Патернализм и партнёрство уступают место клиентскому отношению к пациенту – «купил-продал» в полной мере теперь относится к диагностике и лечению.

Однако в этой независимости пациента – приобретаю, что надо, где хочу и у кого желаю, могу требовать гарантии, могу расторгнуть контракт, по суду могу выиграть процесс – кроется гибельное начало обезчеловечивания медицины, расчленение пациента на носителя болезни и личность, не интересующую врача. И отсюда очерствение душевных качеств эскулапа. Я не говорю уже о социальной несправедливости по отношению к недостаточно обеспеченным, коих в России большинство.

Медицина всё больше зависит от уровня экономического развития. Это неизбежно и необходимо. Но в обществе с ущербной экономикой здравоохранение обретает уродующие черты и в нравственной сфере. Система квот, увы, ограничена. Лечение и особенно реабилитация, опуская уже комфортные условия, приобретаются только за деньги. А нет их – никто не будет оперировать и вообще заниматься больным. И никто не упрекнёт врача не то, что в преступности, даже в чёрствости: «Такие, мол, правила выживания самой современной медицины».

Это, увы, не нелепость, это условия, в которые поставлено здравоохранение.

Что делать? Сетовать и прятаться за сложившиеся обстоятельства? Медики действительно в этом не виноваты, но и нарушать клятву Гиппократов не имеют права, если избрали своей судьбой врачевание. Здесь спасительна только профессиональная нравственность.

Она, естественно, тесно связана с общественной моралью, обусловленной национальными традициями, укладом жизни, религией, государственным строем, социальной обеспеченностью и защищённостью общества, и с индивидуальной моралью, определяемой врождёнными свойствами, условиями, воспитанием и нравственными устоями личности. Мы знаем, как часто общественная мораль извращена рыночными отношениями, коррупцией и социальными диспропорциями. Поэтому почти вся ответственность соблюдения высокой этики врача ложится на плечи личности. Устоит ли она перед разлагающим соблазном денег, богатства или не устоит?

Падение

В России врач подвергается большому нравственным испытаниям, чем врач на Западе, где его труд высоко оплачивается и где между ним и пациентом непосредственно нет денег, а все расчёты осуществляют страховые компании. Конечно, и в этой ситуации возможны нравственные падения, как, например, выполнение ненужных операций ради наживы.

У нас врач вынужден подрабатывать – дежурства, совмести-

тельства, консультации и т.д., что в среднем даёт возможность удвоить доходы. Но для достойной жизни (современная квартира, приличная машина, дача, образование детей, путешествия и т.д.) этого обычно недостаточно. Естественно, в рамках профессии главной возможностью увеличить доходы остаётся доплата за лечение самими больными. Психология наших пациентов такова, что они, зная, как невысоко государство ценит труд врача, чувствуют себя обязанными вознаграждать

Авторитетное мнение

Человечность за деньги?

Между долгом и соблазнами врача

эскулапа за проявленное к ним профессиональное участие.

Само по себе получение врачом денег от больных за консультацию или операцию вполне укладывается в современную этику взаимоотношений врача и пациента и не нарушает морально-нравственных норм. Это допускает и этический кодекс Российского врача: «Врач вправе принять благодарность от пациента и его близких» (ст. 4).

Но одно дело, когда больной по собственной инициативе в доступных ему пределах денежно благодарит доктора. Другое – когда доктор, подчёркивая, государственной больницы, пользуясь зависимым от него положением больного, сам назначает оплату своих консультаций и операций, несоизмеримую с возможностями больного. Такие действия предосудительны.

Аморально, когда афишируемая бесплатность медицинской помощи служит маскировкой для вымогания денег у больных. В скоромпомощных больницах висят объявления о бесплатности лечения, а на деле в некоторых из них каждого стационарного пациента облагают денежной данью и неотступно требуют её.

Приведу собственное наблюдение. Моя пожилая родственница сломала плечо. Соматический анамнез у неё был отягощён. В крупном травматологическом стационаре врачу удалось хорошо сопоставить отломки. Иммобилизация с помощью гипсовой повязки на несколько недель представилась достаточной для сращения костей. Меня пригласил к себе профессор, руководивший клиникой, и с ходу начал: «Вы должны понимать, что я обязан заботиться о благополучии своих хирургов и анестезиологов. Поэтому прошу передать мне для них 500 долл.». Я оторопел от наглого эгоизма, не постеснялся даже, что перед ним коллега. Увы, это была отработанная система наживы. Понятия «совесть» и «стыд» здесь давно не имели места.

Власть полученных «под столом» денег такова, что возникает жажда обогащения, разрушающая морально-нравственные устои врача. Перешагнув справедливое вознаграждение своей деятельности, пусть не государством, но больным, врач превращается в обычного вымогателя.

Гораздо выше с этической точки зрения стоит практика страховой медицины в Европе и США, когда функцию по-настоящему адекватной и фиксированной оплаты специалиста выполняет государственная или частная страховка.

Видимо, это тот путь, по которому следует пойти России и другим странам с неразвитой ещё страховой медициной.

Агенты влияния

Большие коммерческие соблазны исходят от фармацевтических и технологических фирм, производящих и распространяющих лекарственные средства и медицинское оборудование. Они, что совершенно естественно, хотят как можно больше расширить рынок сбыта своей продукции в

исполнению профессионального долга врача. Эта категория отклонений не относится к уголовным деяниям и подлежит только моральному измерению.

Другое дело, когда коммерчески обусловленные отступления от профессионального долга врача не только аморальны, но и входят в наказуемую сферу.

Фирмы щедрны на «откат», если у них покупают дорогостоящие аппаратуру, оборудование, реактивы. И это является опасной приманкой для лоббирующих и

реализующих их предложения медиков.

Отчаянье и модные спекуляции

В горе люди согласны на всё – лишь бы спасти близкого человека. При этом критика и оценка ситуации резко снижаются. Поэтические строки: «Будь, каким ни будешь, только будь!» точно отражают страстное желание сделать даже невозможное, не задумываясь о последствиях. Отчаянье охватывает мать, отца, сына, дочь, когда тяжело заболевает кто-то из родных. Долг врача – понять их состояние и постараться помочь всеми достижениями медицины, помочь искренне, не спекулируя на беде и не вымогая деньги.

Увы, идёт какой-то девятый вал обманных и разорительных предложений. Я не говорю здесь о знахарях, шаманах, магах, колдунах и экстрасенсах. Врачи и даже профессора выступают в самой неприглядной роли одурачивателей несчастных. Сделаем, что хотите: вернём зрение, движение, сознание. Только платите. А методы у каждого свои, таинственные и научно звучащие.

Отец моего друга погибал в США от метастазов рака лёгкого. Двадцать лет назад его успешно прооперировали в Нижнем Новгороде с практическим выздоровлением от рака кишечника. Спустя 10 лет пожилого человека настиг рак лёгкого в США. Были курсы лучевой и химиотерапии с длительными ремиссиями. Но в конце концов наступила финальная стадия болезни. Родные в отчаянии искали спасения. И нашли – в приличном офисе в Нью-Йорке один эскулап гарантировал исцеление с помощью особых вливаний. На вопрос, что это за лекарство, ответил: «Ноу-хау», а на вопрос, сколько это стоит, чётко назвал сумму: «Сто тысяч долларов, деньги сразу и без возврата». «Рак-то я вылечу, но могут ворваться осложнения, за них не несу ответственности». Жена и сын, люди образованные, усомнились в эффективности такого лечения. Позвонили мне. Я, понимая ситуацию, сказал определённо: «Как вам ни тяжело, это – блеф, ваше разорение бессмысленно».

В последние годы самыми модными, распространёнными и дорогими спекуляциями на страданиях стали стволовые клетки. Их применение перспективно, однако только начинает выходить из необходимого исследовательского этапа. Между тем в России стволовые клетки давно используются в лечебных

целях с опасным размахом при любых тяжёлых заболеваниях и травмах. Куда их только не вводят: в головной и спинной мозг, ликвор, кровь, мышцы, под кожу, в брюшную полость.

Я знаком с результатами терапии стволовыми клетками не понаслышке. После тяжёлой черепно-мозговой травмы с диффузным аксональным повреждением мозга нередко развивается стойкое вегетативное состояние. Проходит кома, восстанавливается деятельность ствола мозга

и внутренних органов, но кора больших полушарий остаётся выключенной – сознание отсутствует, возникают симптомы её разобщения с подкорковыми стволовыми образованиями. Видя тщетность усилий нейрореабилитологов, родные пострадавшего впадают в отчаянье. Им предлагают, естественно, за огромные суммы, вернуть человеку психическую жизнь с помощью пересадки стволовых клеток. Обнадёжить легко, как и содрать деньги, а результатов я не видел. Псевдонаучно обоснованный бум обогащает его творцов. Собственно, в этом и есть цель наглой рекламы. А при упреке, что ничего не изменилось, есть «убедительный» ответ: «Слишком поздно к нам обратились». Деньги, однако, не возвращают. Правда, можно судиться, но дело юридически обставлено грамотно.

Пробовать недоказательные методы лечения на безнадёжных больных – аморально, но и особенно выгодно – всегда есть якобы оправдательные мотивы: «Никто и ничто не помогло, надо попробовать, авось будет эффект». Однако точно будут лишь деньги в кармане лежца от медицины.

Заклчение

К сожалению, коммерциализация медицины стала мощным стимулом для всякого рода спекуляций. Рецепта, как противостоять этому аморальному и чрезвычайно опасному наваждению, я не знаю. Могу только как врач утверждать, что достоверным критерием эффективности любого препарата, любого метода лечения является катанез больных, объективно обнаруживающий те или иные последствия действий доктора и лекарства. Принцип «вперёд, а потом разберёмся» к медицине неприменим.

В наше время коммерчески соблазнов много, а профессиональный долг врача по-прежнему один – честное беззаветное служение больному. Противостоять разлагающему влиянию денег могут только совесть и нравственные устои доктора. А государство обязано достойно заботиться о развитии доступной медицины и создавать должные материальные условия деятельности каждого медика.

Леонид ЛИХТЕРМАН
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии России.

**Национальный медицинский
исследовательский центр
нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.**

Конкурсы

Новый этап «Кубка КБ Миля» — санитарная авиация

2-го сентября 2017 г. в «Хелипарке Подушкино» прошли ежегодные соревнования «Кубок КБ Миля». Тема соревнований этого года – санитарная авиация; цель соревнований – отработка и закрепление навыков взаимодействия медицинских специалистов и лётного состава.

Соревнования проводились в 3 этапа. Участники имитировали ситуации, с которыми в реальной жизни сталкиваются команды медицинских и спасательных вертолётчиков. На первом этапе соревнований решались задачи по навигации, поиску и эвакуации условно пострадавшего. Второй этап – оказание первой помощи пострадавшему. Медицинская эвакуация – содержание третьего этапа, на котором использовался специальный манекен пострадавшего. На всех этапах соревнований очень важна отработка взаимодействия лётного и медицинского персонала – в реальной жизни от этого напрямую зависят жизни людей. В ходе мероприятия Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» предоставил оборудование соревнующимся брига-

дам. Преподаватели Центра учебно-методической работы ВЦМК «Защита» А.Старков и А.Колодкин, провели мастер-классы по оказанию первой помощи пострадавшим, расширенной реанимации, продемонстрировали эталонное прохождение третьего этапа соревнований – эвакуация пострадавшего и его погрузка в вертолёт, а медицинские специалисты Центра медицинской эвакуации И.Словита, Н.Качанова активно участвовали в организации и экспертной оценке действий участников на третьем этапе соревнований. В «Кубке КБ Миля» на приз холдинга «Вертолёты России» приняли участие 5 команд на вертолётах зарубежного и отечественного производства. Впервые в соревнованиях принимал участие новый российский вертолёт «Ансат» с медицинским модулем – на нём выступала команда Медицинской воздушной службы HeliMed. Такие вертолёты начали поставлять в регионы Российской Федерации по государственной программе «Развитие санитарной авиации». Медицинские вертолёты «Ансат» уже применяют в Московской, Кировской областях и Республике

Татарстан. В Волгоградской области за 3 месяца работы на вертолёт «Ансат» выполнены свыше 100 вылетов, эвакуированы 100 пациентов, в том числе 20 детей. Вертолёт также будет применяться в Курганской области и станет первой машиной этого класса в регионе. После завершения соревнований состоялась торжественная передача нового медицинского вертолёта «Ансат» компании-оператору. По итогам соревнований призовые места распределились следующим образом: 1-е место – Международная академия вертолётного спорта (Максим Сотников, Олег Пуоджюкас, Антон Русанов, Александр Резников); 2-е место – Нижегородский территориальный центр медицины катастроф (Олег Сабуров, Сергей Разорёнов, Роман Горбунов, Роман Янин); 3-е место – Медицинская воздушная служба HeliMed (Андрей Хорошайло, Руслан Мифтахов, Дмитрий Новиков, Татьяна Филиппова). Холдинг «Вертолёты России» наградил призёров соревнований ценными подарками.

Эксперименты

Болезни лёгких являются третьей из десяти главных причин смерти во всём мире. Исследователи непрерывно ведут разработки новых методов восстановления лёгочной ткани, в том числе и для увеличения доступности донорских органов, но их работа осложняется чрезвычайной сложностью строения лёгкого.

Команда учёных из Медицинского центра Колумбийского университета во главе с профессорами Горданой Вуньяк-Новакович и Валерио Доррелло впервые в мире получили функциональное лёгкое с перфузируемой и здоровой сосудистой системой у грызунов *ex vivo*. Их новый подход позволяет удалить лёгочный эпителий, сохраняя жизнеспособность и функцию сосудистой сети и матрицы лёгких. За последние 7 лет несколькими исследовательскими группам удалось полностью разрушить лёгкие для создания каркаса биоинженерных лёгких с надлежащей архитектурой и жёсткостью, которые могут быть повторно заселены вновь введёнными клетками лёгочной ткани, выращенными из плюрипотентных стволовых клеток. Чтобы восстановить функциональное лёгкое из этого бесклеточного каркаса, исследователи должны регенерировать как эпителиальные поверхности в дыхательных путях, так и эндотелиальную оболочку сосудистой сети. Интактная сосудистая сеть, отсутствующая в этих структурах, имеет решающее значение не только для поддержания баланса газов в крови и обеспечения функциональности трансплантата, но также для поддержки клеток, введённых для регенерации лёгкого. Это оказалось непростой задачей. «Нами разработан радикально новый подход к биоинженерии лёгких, – говорит Вуньяк-Новакович, руководитель лаборатории стволовых клеток и тканевой инженерии. – Мы полагали, что идеальный лёгочный каркас должен состоять из перфузирующей здоровой сосудистой системы, поэтому разработали метод, сохраняющий полностью функциональную васкулярную систему, в то время как дефектная эпителиальная оболочка дыхательных путей целиком удаляется, а за-

Лёгочный каркас

тем заменятся введёнными извне здоровыми клетками». Важность открытия американских учёных заключается в сохранении сосудистой сети, а также других поддерживающих типов клеток, таких как фибробласты, миоциты, хондроциты и перициты. Нарращивание эпителиальной лёгочной ткани на функциональный сосудистый каркас – технически вполне выполнимая задача. «Каждый день я вижу реанимацию детей с тяжёлыми заболеваниями лёгких, жизнь которых зависит от механической вентиляции. Разработанный подход может привести к совершенно новым методам лечения таких пациентов: мы сможем заменять повреждённый эпителий на здоровый, сохраняя в неприкосновенности сосудистый каркас лёгкого», – говорит профессор Доррелло. Данный метод открывает совершенно новые перспективы для лечения терминальных стадий лёгочных заболеваний, которые ранее могли быть излечены только трансплантацией донорского органа. К сожалению, донорских лёгких намного меньше, чем желающих его получить, кроме того, не менее 20% их оказываются непригодными для трансплантации. Это делает безнадёжными перспективы огромного количества больных, которые умирают, так и не дождав- шись донорского органа. Эксперты считают, что методика учёных из Колумбийского университета позволит лечить и регенерировать лёгкие при помощи генной или клеточной терапии на ранних стадиях заболевания, тем самым замедляя его прогрессирование и в конечном итоге помогая избежать трансплантации. Кроме того, аналогичным способом можно подготовить для трансплантации и те донорские лёгкие, которые раньше считались непригодными для пересадки. Исследование было поддержано новым 7-летним грантом в размере 8,2 млн долл. от Национального института здоровья, который фокусируется на моделировании, патогенезе и лечении идиопатического

фиброза лёгких. Команда учёных уже начала применение этой модели регенерации лёгких для лечения лёгких человека *ex vivo*. «Создание деэпителизированных целых лёгких с функциональной сосудистой системой может открыть новые рубежи в биоинженерии и регенеративной медицине лёгких», – говорит Вуньяк-Новакович. Напомним, что ещё в 2014 г. был разработан метод терапии стволовыми клетками для преодоления отторжения при трансплантации донорского лёгкого. В том же году был опубликован доклад об успешном выращивании человеческого лёгкого в лабораторных условиях. Учёные из Техасского университета взяли как исходный материал лёгкие двух детей, которые умерли в результате автомобильной аварии. Эти лёгкие избавили от клеток методом «децеллюризации». Остался «скелет», состоящий из коллагена и эластина – основных белков соединительной ткани. Этот лёгочный скелет послужил каркасом (специалисты называют его скаффолдом), который заселили стволовыми клетками. Затем орган поместили в биореактор с питательной и кислородосодержащей средой. Через 4 недели из реактора достали полностью сформированные человеческие лёгкие, очень похожие на настоящие, только более розовые и менее плотные. Проблемой оставалась васкуляризация органа, которая бы позволила сохранять жизнеспособность и функциональность органа вне биореактора. Выращенные лёгкие без сосудистой сети не могли выполнять свою функцию. Эксперимент по выращиванию здорового лёгочной ткани на сохранённой сосудистой структуре, уже прошедший испытание на крысах, – принципиально новый метод, который позволяет обойти трудности васкуляризации готового лёгкого, выращенного в биореакторе. Испытание этого метода на человеке – следующий шаг на пути, который рано или поздно сможет привести к полной победе над ХОБЛ.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.
По материалам Science Advances.

В ОГБУЗ «Казачинско-Ленская районная больница» требуются следующие специалисты:

с высшим медицинским образованием:
– акушер-гинеколог – 1;
– статистик – 1;
– педиатр районный – 1;
– врач функциональной диагностики – 1;
– эндокринолог – 1;
– оториноларинголог – 1;
– кардиолог – 1;
– рентгенолог – 1;
– стоматолог – 1.
Заработная плата от 30 тыс. руб., выплата подьёмных – 100 тыс. руб., оплата аренды жилья в размере 50%.

со средним медицинским образованием:
– фармацевт – 1;
– медицинские сёстры – 8.

Заработная плата от 20 тыс. руб., выплата подьёмных – 50 тыс. руб., оплата аренды жилья в размере 50%.
ОГБУЗ «Казачинско-Ленская районная больница» участвует в программе «Земский доктор».

Адрес: **666504 Иркутская область, Казачинско-Ленский район, п. Магистральный, ул. Российская, 6.**
Тел.: **(39562) 4-19-70** (приёмная), **4-09-33.**
E-mail: **mail@klr-crb.ru**

Новые подходы

Очередной класс антибиотиков

Патогенные бактерии довольно быстро развивают резистентность к уже существующим лекарствам, побуждая учёных открывать всё новые и новые классы антибиотиков.

Последние разработки связаны со способностью некоторых антибиотиков ингибировать LpxC – фермент, критически важный для формирования наружной мембраны грамотрицательных бактерий. Международная группа учёных сообщила об успехе лабораторных опытов по воздействию ингибитора LpxC на бактериальные инфекции, резистентные к нескольким лекарственным средствам, в том числе и внутрибольничные инфекции, резистентные к широкому спектру других антибиотиков. Новый препарат, пока имеющий только серийный номер LPC-069, оказался невероятно эффективным средством лечения мышей, инфицированных *Yersinia pestis* – грамотрицательными бактериями, вызывающими бубонную чуму. Болезнь является смертельной, если её не лечить. Ингибиторы LpxC представляют собой новый класс антибиотиков, который может лечить множество инфекционных заболеваний, вызванных грамотрицательными микробами. Биологи предложили принять разработку LpxC как стратегию лечения болезней, вызываемых грамотрицательными бактериями, ещё более 20 лет назад, но исследователи того времени не смогли идентифицировать соединение, которое было бы безопасно при эффективном уровне дозировки, рассказал биохимик и структурный биолог Пей Чжоу из Университета Дьюка в Дареме, Северная Каролина. «Наше исследование показывает, что LpxC является прекрасной мишенью, и мы можем дозировать наше соединение (LPC-069) на довольно высоких уровнях без заметной токсичности», – говорит Чжоу, который возглавлял исследование совместно с биологом Флорером Себбаном, исследователем из Института Пастера в Лилле, (Франция). Учёные также сообщили о другом ингибиторе LpxC с названием

LPC-058, который показал неплохие результаты *in vitro*. В опытах на животных, впрочем, всё было не так хорошо: LPC-058 также задерживал развитие инфекции чумы у мышей, однако это соединение приводило к побочным эффектам, включая диарею, аккумуляцию белых кровяных клеток в лёгких и кишечнике, а также гепатотоксичность при использовании высоких доз препарата. LPC-069, в отличие от своего собрата LPC-058, не вызывал серьёзных побочных эффектов ни в одной из дозировок, включая самые высокие. Исследования *in vivo* этого соединения показали антибиотическую активность против более чем десятка патогенных бактериальных таксонов, в том числе резистентных к лекарственным препаратам клинических штаммов. Чтобы проверить эффективность соединения против чумы, исследователи ввели 15 мышам бактерии *Y.pestis*. Животные в контрольной группе не получали никакого лечения. Через 18 часов после заражения мыши в экспериментальной группе получали лечение высокой дозой LPC-069. Через 5 дней не получившие препарат LPC-069 мыши были мертвы, а все мыши, обработанные LPC-069, выжили. Тесты, проведённые через 2 недели после лечения, не показали признаков колонизации бактерий *Y.Pestis* в экспериментальной группе, что свидетельствует об успешном и полном лечении инфекции. LpxC является одним из 6 основных ферментов в группе липидов A (Raetz) в грамотрицательных бактериях, и Чжоу подозревает, что другие ферменты липида A также могут быть ценными мишенями для лечения антибиотиками нового поколения. Теперь исследователи должны проверить эффективность препарата против лекарственно-устойчивых инфекций у животных. Также они изучают эффективность препарата против всего спектра грамотрицательных инфекций, включая штаммы, устойчивые к имеющимся в продаже антибиотикам.

Александра БЕРЧЕНКО.
По материалам MedicalXpress.

Ну и ну!

Не по собственному желанию

Правительство индийского штата Уттар-Прадеш отстранило от должности главу больницы BRD Medical College Раджева Мишру и назначило специальное расследование инцидента: в клинике за несколько дней скончались 60 детей. По предварительным данным, причиной послужил отказ поставщика кислорода для аппаратов искусственной вентиляции лёгких.

Индийские СМИ сообщают, что причиной смерти детей, среди которых 34 младенца, стала нехватка кислорода в аппаратах

ИВЛ – компания-поставщик сократила снабжение из-за долгов больницы. Власти штата и представители больницы отрицают, что смерть детей была вызвана недостатком кислорода, и в качестве причин называют энцефалит и неудачные роды.

Министр здравоохранения Джагат Пракаш Надда и главный министр штата Йоги Агитьянат посетили больницу в Gorakhpur. «Мы узнаем, было ли это из-за нехватки кислорода или из-за отсутствия надлежащего лечения», – сказал Агитьянат журналистам, предложив подождать результатов расследования. – Тем, кого при-

знают виновными, не избежать наказания».

Как было отмечено, инцидент повлиял на отношения между администрацией больницы и правительством штата. По словам директора больницы, должностные лица не ответили на его запрос о финансовой помощи. В свою очередь, Агитьянат заявил, что во время его визита в больницу вопрос о неоплаченных счетах не поднимался, и все запросы по финансированию были выполнены. Вскоре главный врач больницы BRD Medical College был уволен.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению Reuters.

Однако

Без права на лекарство

Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS) сообщила о прекращении госзакупок гомеопатических и фитотерапевтических средств ввиду их низкой эффективности. Такие меры позволят сэкономить до 250 млн фунтов стерлингов в год, считают в службе.

За последние 5 лет NHS потратила около 600 тыс. фунтов стерлингов на лечение при помощи гомеопатических методов, несмотря на долгие споры об эффективности альтернативной медицины.

Вывод об эффективности гомеопатии NHS удалось сформулировать только в июле 2017 г. «Гомеопатия – это в лучшем случае плацебо, а к тому же ещё и трата дефицитных фондов службы», – сообщил Саймон Стивенс, исполнительный директор NHS.

Помимо гомеопатии без поддержки окажутся также 17 других направлений по причине их низкой клинической или экономической эффективности. Среди них – фитотерапия, Омега-3 жирные кислоты, местно-раздражающие мази, а также ряд прививок.

В России, что характерно, вопрос об эффективности гомеопатии и её государственной поддержке стоит не менее остро. В начале 2017 г. РАН подготовила меморандум, призывающий квалифицировать гомеопатию как лженауку. Однако федеральный Минздрав идею запрета гомеопатии не поддержал, о чём было объявлено 25 мая нынешнего года на конгрессе «Право на лекарство».

Герман АКОДИС.
По сообщению The Telegraph.

Мнения

Всегда считалось, что лучший детородный возраст для женщины наступает до 30-35 лет максимум. Однако последние научные изыскания противоречат устоявшемуся мнению. Исследованием в данной области заинтересовались научные специалисты из Университета Коимбры (Португалия). Согласно полученным в результате научной работы данным, представительницам прекрасного пола стоит рожать после 30 лет, так как женщины живут дольше. В частности, оказалось, что женщины, родившие в подростковом возрасте или в возрасте от 20 до 30 лет, жили несколько меньше.

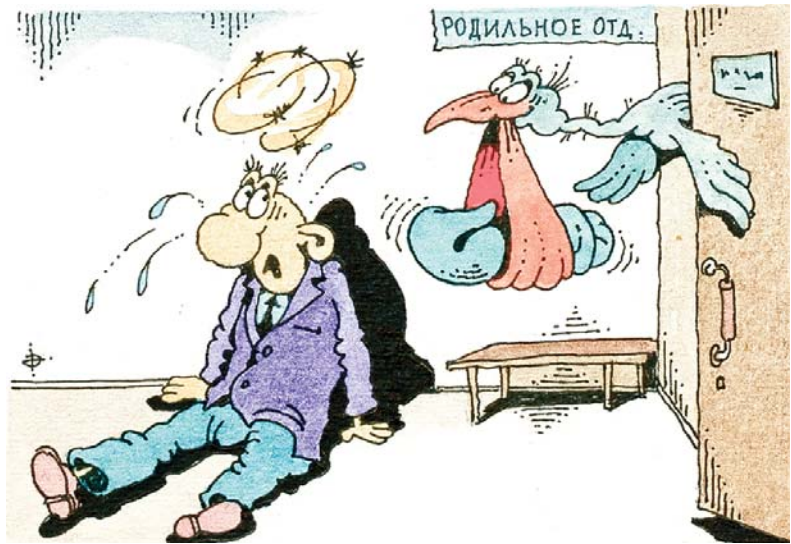
Также выяснилось, что родившие после 33 лет женщины имели определённые генетические маркёры, которые связаны с долголетием, встречались в три раза чаще, чем матери, родившие в более раннем возрасте. Правда, пока учёные не знают, с чем это может быть связано. Но есть некоторые предположения. Например, исследователи думают, что женщины, которые рожают позднее, намного состоятельнее, образованнее, ведут активный и здоровый образ жизни.

Кстати, раньше одна исследовательница из Университета Огайо (США) советовала женщинам рожать ближе к 30 годам. Согласно анализу данных о состоянии здоровья, женщины лучше себя чувствуют к 40 годам, если родили ребёнка позже.

Кроме того, партнёрские роды могут не лучшим образом отразиться на процессе, считают медики. Женщины, которые решили рожать ребёнка в присутствии мужа, испытывают более сильную боль. Такие выводы сделали специалисты из Университетского колледжа Лондона (Великобритания).

Как известно, партнёрские роды особенно популярны на Западе,

Безграничное счастье материнства



именно оттуда и пришла в Россию эта традиция. Тем не менее не так уж много пар решаются на этот серьёзный шаг. Согласно статистическим данным, западные женщины зачастую наотрез отказываются рожать без своего мужчины, считая, что отец новорождённого должен присутствовать в момент появления ребёнка на свет. Но исследование британских учёных доказывает, что, если на родах присутствует муж, роженица испытывает более интенсивные боли.

В эксперименте учёные приняли участие 1000 беременных женщин. Половина будущих матерей рожали самостоятельно в присутствии врачей, другая половина рожала вместе с врачами и мужем. В результате эксперимента эксперты подтвердили свою теорию. При партнёрских родах у женщин действительно возникают наиболее сильные болевые ощущения.

Ведь роды – это очень индивидуальный процесс для каждой

женщины и протекают они у всех по-разному. Одни женщины рожают довольно-таки быстро и не очень болезненно, а у других этот процесс проходит очень тяжело. Учёные из Великобритании также выяснили, что в некоторые дни недели роды могут проходить опаснее всего.

Согласно исследованиям специалистов, наибольший риск существует, если роды выпали на субботу, воскресенье или понедельник. Такие выводы были сделаны после изучения около 1,5 млн детей, рождённых в разные дни недели.

Эксперты аргументируют это психологическим фактором. Опасность заключается в том, что в выходные дни в медицинском учреждении находится меньше всего специалистов. Что касается понедельника, то в начале недели врачи не успевают войти в рабочий ритм и не настроены на работу.

Интересно также, что вопреки многим догмам рождение ребёнка

Открытия

Как выяснили учёные Университета Эмори (США), живущие в кишечнике человека бактерии выделяют индолы – химические вещества (C8H7N), которые способны продлевать жизнь и бороться со старостью.

Нет – старческой слабости!

К такому выводу биологи пришли, проверив действие этих ароматических соединений на мухах, червях и мышах.

Известно, что микрофлора кишечника поддерживает метаболизм макро- и микроэлементов в организме человека, укрепляет иммунитет и препятствует распространению патогенных организмов. С возрастом состав бактерий в желудочно-кишечном тракте изменяется, что может ухудшать качество жизни. Однако механизм, через который осуществляется связь микробов с процессами старения, оставался неизвестным.

В качестве опытных организмов (биосенсоров) биологи использовали свободноживущую нематоду *Caenorhabditis elegans*, плодовую муху *Drosophila melanogaster* и грызунов. На животных испытывали действие индола и его некоторых производных (индол-3-карбоксальдегид и гетеро-ауксин). Эти вещества выделялись штаммом K12 кишечной палочки (*Escherichia coli*), которая помещалась в кишечный тракт организмов. Состояние последних сравнивали с возрастными изменениями биосенсоров, внутри которых обитала *E.coli*, не способная синтезировать индолы. Оказалось, что K12 продлевала

жизнь нематод, а также отсрочивала наступление старческой слабости. То же самое наблюдалось для плодовых мух и мышей.

Для определения действия такого механизма учёные последовательно отключали гены у *C.elegans*, отвечающие за восприимчивость к стрессу и регуляцию продолжительности жизни. Оказалось, что действие индола в мухах и червях опосредуется через арил-гидрокарбоновый рецептор (AHR), который передаёт сигнал от связывающихся с ними ксенобиотиков (чужеродных для организма веществ) внутрь клетки. В стареющих *C.elegans* он в ответ на присутствие индолы изменяет активность генов таким образом, что профиль их экспрессии начинает напоминать таковой у молодых животных.

Хотя в экспериментах люди не участвовали, учёные считают, что индолы, одинаково влияющие на животных из различных групп, будут воздействовать таким же образом на организм человека. Полученные данные указывают на возможность создания продлевающих жизнь препаратов на основе выделяемых микрофлорой веществ.

Юлия ИНИНА.
По сообщению Proceedings of the National Academy of Sciences.

гораздо раньше положенного срока приносит только проблемы и негативные последствия для здоровья детей. Об этом свидетельствуют результаты исследования научных сотрудников Северо-Западного университета (США).

Учёным удалось выяснить, что недоношенные дети в разы быстрее и лучше других развивают свои речевые навыки. Чего нельзя сказать об их сверстниках. Исследователи доказали, что дети, рождённые раньше срока, обладали более крепкой ранней связью между языком и познанием.

Выходит, что недоношенные дети физически могут быть слабее. Но у них есть огромное преимущество, которое позволяет им хорошо ориентироваться в мире. Отмечается, что в рамках исследования учёные сравнивали недоношенных детей без явных проблем со здоровьем и детей, которые были выношены полный срок, на предмет развития связи языка и категоризации предметов.

Вывод оказался следующим. Дети, рождённые раньше срока, обходят детей, которые выношены в срок приблизительно на месяц в плане опыта, который получен в ходе прослушивания языка. Также у обычных детей возможно появление проблем в освоении языков, помимо этого, в обработке когнитивной информации и в области сохранения памяти.

В заключение стоит отметить, что рождение двойняшек или тройняшек уже не является чем-то удивительным. Однако в семье Эммы Ситон и Рэя Бэйтмана из США появление на свет трёх детей стало сюрпризом, причём даже необычным.

О скором рождении детей Эмма узнала внезапно, так как они с супругом не планировали детей.

На сроке 12 недель во время УЗИ женщине сообщили, что у неё родятся сразу три ребёнка. К тому же близнецы оказались однойцевыми и делили одну плаценту на троих. То есть беременность грозила быть очень непростой. Также молодым родителям сообщили сроки, когда должны состояться преждевременные роды – в декабре 2014 г.

Однако малыши не стали дожидаться обозначенного срока и родились уже в конце августа. Схватки у Эммы начались во время того, как она ехала на работу, хотя до родов оставалось ещё минимум 22 недели. Со временем схватки усилились, и Эмма была вынуждена обратиться к врачу. В больнице выяснилось, что процесс родов уже начался. Супруги чувствовали себя разбитыми, так как опасались за жизнь малышей. Три дня мама провела в больнице, где врачи ставили препараты, которые могли бы помочь малышам дозреть.

А уже 31 августа 2014 г. года у Эммы отошли воды, и на свет появились три миниатюрных малыша: Альфи весом 419 г, Коннор – 430 г, а самым большим оказался Дилан, вес которого составлял 463 г. Всех новорождённых забрали в отделение интенсивной терапии, где за их жизнь боролись медики. И только спустя полгода супруги смогли забрать их домой.

Отмечается, что тройняшки стали самыми маленькими в истории. Этот рекорд занесён в Книгу рекордов Гиннесса. Сейчас мальчикам уже 3 года, они чуть меньше своих ровесников, но при этом не отстают в развитии и не испытывают проблем со здоровьем.

Ян РИЦКИЙ.
По сообщению EurekAlert!

Осенью прошлого года (см. «МГ» № 61 от 17.08.2016) «Медицинская газета» напечатала корреспонденцию «Приглашает музей медицины». В ней сообщалось о том, что в Брянском медико-социальном техникуме им. Н.М.Амосова создаётся музей здравоохранения и медицинской науки региона.

«Пополнение экспозиции продолжается», написала тогда газета. Что же изменилось за прошедшее время в обновлении этой поистине необычной «кунсткамеры»? Какие новые направления исследовательской работы предложили её создатели?

Прежде всего, почти полностью укомплектованы композиции трёх основных залов музея. В первом подробно рассказывается о становлении и развитии земской медицины, её основоположниках и подвижниках. Здесь собраны поистине уникальные сведения об Алексее Доброславине, Вере Гедройц, Никодиме Полянском, Людмиле Нацкой и других. Внимание посетителей сразу же привлекает установленный здесь стол земского врача, на котором собраны раритетные принадлежности медицинской помощи больным. Есть тут даже ступка с пестиком, подсвечник и прочие давно канувшие в Лету предметы былого.

Во втором зале можно ознакомиться с состоянием здравоохранения в годы Великой Отечественной войны и послевоенное время. Причём большое внимание уделено личности и поистине филигранной работе выдающегося хирурга и учёного Николая Амосова, так много сделавшего для развития Брянской, да и мировой медицинской науки. Будущий академик и Герой Социалистического Труда работал когда-то в городе на Десне и проводил такие хирургические

Возвращаясь к напечатанному

Следами легендарных докторов

В Брянске возрождается общество врачей



Фельдшер и генерал И.Кобяков

вмешательства, о которых ещё только мечтали в крупнейших клиниках тогдашнего СССР.

Экспозиция же третьего зала рассказывает о врачах, многих из которых брянцы ещё помнят, а также о тех, кто плодотворно работает ныне.

Сразу отметим, что за подобное собрание экспонатов взялись не просто энтузиасты-краеведы, а настоящие врачи-профессионалы. Так, взваливший на себя с самого начала вся и всё руководитель Брянской региональной врачебной палаты, главный врач детской городской больницы № 2 Сергей Фетисов был прежде народным депутатом РСФСР и директором областного Департамента здравоохранения. Понятно,

что он умел кого надо подключить, что надо вовремя сделать. Ну, а уж энтузиазма в собрании старинных предметов ему не занимать!

Нашли, скажем, строители при ремонте больницы пятикопеечную монету выпуска 1952 г. Кто-то, возможно, и не обратил бы на это внимания, а Сергей Николаевич тут же предположил, что потускневший от времени медный кружочек мог обронить и поднимавшийся по лестнице заведующий хирургическим отделением Н.Амосов. Потому как до 1964 г. в этом издании располагалась областная больница. Здесь же работал, к слову, и будущий Герой Социалистического Труда Александр Шалимов.

Помогал же во всём с самого начала и активно продолжает помогать главный врач Брянской городской поликлиники № 5, доктор медицинских наук, профессор Иван Дубовой. Именно в этом лечебном учреждении одними из первых на Брянщине серьёзно занялись внедрением в медицинскую практику методов информатизации, здесь успешно действует проект «Вежливая регистратура».

Так что впору бы и о самих создателях поместить материалы в музей.

Поговорим теперь подробнее вот о чём. Не было бы никакого музея, не сумей брянские врачи создать в 2014 г. научное общество работников здравоохранения региона. По сути, это было возрождение существовавшего когда-то в городе на Десне общества врачей. Основателям

«кунсткамеры» удалось разыскать в архиве поистине уникальный документ, который составил секретарь этого медицинского объединения доктор Г.Бельский. Приведём выдержки из него: «Вначале врачи собирались друг у друга, затем с разрешения полковника Политковского в лазарете...»

Далее секретарь Брянского общества врачей рассказывает о том, что «Общество насчитывало 28 действительных членов, а первым председателем был избран доктор Г.И.Поварнин. Официальное открытие общества относится к 12 января 1897 г.»

Приведя список этой поистине «могучей кучки», автор замечает существенное отличие в работе подобных обществ Москвы и Санкт-Петербурга от провинциальных: «...там – плодотворный научный труд, здесь – живая работа, призываемая криком... нравственного долга перед обществом...»

И брянские доктора на деле подтвердили именно своё понимание задач созданного ими объединения. Совместно с комитетом Красного Креста открыли городскую амбулаторию, принявшись работать там безвозмездно. И только в 1898 г. это медицинское учреждение посетили 7589 больных. Потом по предложению Общества врачей в Брянске было открыто и первое в городе медицинское учебное заведение – акушерский техникум. И так продолжалось из года в год, пока в 1920 г.

общество не прекратило своё существование. И вот, как уже говорилось почти столетие спустя, врачам-энтузиастам удалось заново воссоздать это медицинское объединение. На новой, научной и исследовательской основе.

И вот уже создана солидная база данных о диссертационных работах специалистов Брянского здравоохранения, сформирована группа экспертов для помощи практикующим врачам, регулярно проводятся заседания членов новой «могучей кучки».

А научно-поисковая работа – поистине захватывающая. Так, недавно удалось собрать обширные материалы о хирурге Ольге Авилевой. Уроженка Бежицы, она в годы Великой Отечественной внедрила в практику работы полевого госпиталя ряд реконструктивно-восстановительных операций на трахее и бронхах, занималась разработкой других направлений в хирургической практике.

Или вот поистине ошеломляющие сведения о бывшем выпускнике Бежицкого фельдшерско-акушерского техникума Иване Кобякове. Оказывается, бывший фельдшер стал генерал-майором танковых войск и Героем Советского Союза. Как произошли такие метаморфозы с Иваном Григорьевичем, ещё предстоит выяснить. Так что пополнение экспозиции по-прежнему продолжается.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Медицина и религия

Защитить жизни детей до рождения

Координировать деятельность более 500 организаций, занимающихся профилактикой аборт и защитой жизни детей на внутриутробной стадии развития, будет Всероссийский совет православных объединений в защиту жизни. Его презентация прошла в Москве.

Совет включил в себя известные столичные и региональные объединения в области защиты жизни и стал, по словам организаторов, преемником первопроходцев российского движения за жизнь с 1992 г.

В 2017 г. исполняется 25 лет со дня начала работы в России в области защиты жизни детей до рождения. Члены совета заявили о своей поддержке официальной позиции Русской православной церкви в области вывода абортов из системы ОМС, а также по всему комплексу этических и нравственных проблем, связанных с началом человеческой жизни и сохранением семейных ценностей в современном российском обществе.

Как заявил на презентации член совета, протоиерей Максим Обухов, основатель православного медико-просветительского центра «Жизнь», при совете постоянно действует Духовный совет, состоящий из православных священнослужителей, профессионально занимающихся работой в области защиты жизни. Председателем совета избран иерей Феодор Лукьянов, консультант пресслужбы Патриарха Московского и всея Руси по биоэтике.

Совет действует, учитывая реалии современной российской действительности, опираясь на необходимость спасения максимального количества детских жизней в каждый данный момент, и придерживается принципа поэтапного движения к устранению из жизни российского общества губительной практики искусственных абортов. Для этого совет поддерживает широкое сотрудничество с синодальными и епархиальными учреждениями РПЦ, органами государственной власти, здравоохранения, общественными организациями и бизнес-сообществом, ставя выполнимые

цели, ведущие к спасению конкретных детских жизней.

Между заседаниями действует Федеральный ситуационный центр мониторинга в области защиты жизни детей на внутриутробной стадии развития, а также Федеральный методический центр для обмена опытом между представителями общественных объединений в защиту жизни.

Задачами совета являются создание эффективной системы координации, постоянного методического обмена опытом между православными объединениями в области средств и методов работы по защите жизни. Немаловажной является и всесторонняя поддержка христианских основ движения в защиту жизни.

Совет оказывает содействие своим членам в юридической практике как на общегосударственном, так и на местном уровнях, а также оказывает помощь во взаимодействии с органами государственной власти и средствами массовой информации.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Здоровая жизнь

Более 450 медработников принимали участие в ежегодной спартакиаде медицинских работников на стадионе «Труд» в Махачкале. Два дня сотрудники больниц и поликлиник, сменив белые халаты на спортивную форму, сдавали нормы ГТО и соревновались в таких видах состязаний, как бег на короткие расстояния, прыжки в длину с места, стрельба из пневматической винтовки, подтягивание и отжимание, волейбол, кросс на 3 тыс. и 2 тыс. м, а также настольный теннис, шашки и шахматы. Честь медицинских учреждений отстаивали 14 команд – от медицинских сестёр до главных врачей со всей республики.

Спартакиада укрепляет мускулы и закаляет характер

Это подтвердили состязания медиков в Махачкале

Приветствуя участников и гостей мероприятия, министр здравоохранения республики Танка Ибрагимов напомнил, что этот праздник в Дагестане проводится уже в 16-й раз и является отличной пропагандой здорового образа жизни и спорта. Он подчеркнул, что в повседневной работе медиков, как и в соревнованиях, важен дух здорового соперничества и умение не сдаваться ни при каких обстоятельствах. Затем глава Минздрава республики поздравил участников и пожелал им успешных выступлений и ярких побед.

В рамках церемонии открытия спартакиады состоялось торжественное вручение медработникам, успешно выполнившим нормы ГТО, соответствующих знаков отличия.

После торжественной части начались соревнования. К слову, данная спартакиада является финальной. В ней принимали участие победители зональных этапов. По итогам соревнований сильнейшие получили почётные грамоты Министерства здравоохранения республики.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

На литературный конкурс

Пусть сердце согревает нас любовь...

Лирические откровения

Елена ОМ

Умные мысли

Вопросы психиатру и его ответы

– Почему так несчастен человек, у которого не все дома?
– Видимо, потому что никто не может приготовить ему пищу для размышления.

* * *

– Чем отличается человек, страдающий манией величия, от обычного человека?

– Маньяк никогда не бросит в чужой огород камень из-за пазухи, считая его драгоценным.

* * *

– Когда возникает положительная эмоция?

– Когда можно на всё положить.

* * *

– Стоит ли делиться с ближним своим последней рубашкой?

– Конечно, особенно если эта рубашка – смиренная.

* * *

– Почему ещё не у всех крыша поехала?

– Наверное, потому, что она не у всех есть над головой.

* * *

– Кто чаще всего страдает комплексом неполноценности?

– Тот, кого купили, но мало заплатили.

* * *

– Почему у нас столько безумных?

– Потому что умом Россию не понять!

* * *

– Почему сновидения все дорожают?

– Потому что все больше людей хотят, чтобы в них спала совесть.

* * *

– Следует ли считать kleptomаном человека, обкрадывающего самого себя?

– Ну, если он обладает хотя бы духовным богатством...

Собрал и написал Евгений ТАРАСОВ, психоневролог высшей категории.
Москва.

Была бы я художником

Была бы я художником,
Взяла бы в руки кисть
И встала за этюдником,
Нарисовала б жизнь...

Беру я краски яркие –
Зелёный, голубой.
Под солнышком, под радугой
Рисую нас с тобой.

Улыбки нарисую нам,
Счастливые глаза.
И вот по розовым щекам

Течёт моя слеза.
Слеза от счастья и любви,
Гармонии в душе.

Ты ярче краски в кисть бери,
А грусть гони враз!

Вот за мазком мазок лежит,
И кисть в руках смелей
Рисует ярче эту жизнь
И наше счастье в ней.

И стану я художником,
И краски подберу,
В моих это возможностях –
Картину напишу!

Остановитесь, оглянитесь

Всю жизнь свою пытаемся
пробиться.
Движение – начало всех начал.
Пробиться, по судьбе

определимся,
Чтобы венец лавровый нас
венчал.

Бежим вперёд: людей опережая,
Захлопнув своё сердце на засов.
Как будто мы совсем

не замечаем,
Что жизнь бежит,
как стрелки у часов.



Остановитесь, люди, оглянитесь!
Жизнь всё-таки тонка и глубока.

От всей души родному улыbnитесь.

Зачем же этот взгляд нам свысока.

Любовью свои души обогрейте,
Заполните весельем свой бокал,
И чашу до конца свою испейте,
Чтоб каждый от любви своей крепчал.

Ведь жизнь на свете много интересней

Без зависти, нахальства, гнусной лжи.

Не зря поэты сочиняют песни,
В которых счастье ручейком бежит.

Пусть даже не ко всем пришла удача,

И боремся с судьбою вновь и вновь.

Но всё же нам не стоит жить иначе.

Пусть так же сердце согревает нас любовь!

Крестики-нолики

Крестики-нолики, плюсы и минусы

Все перемены возможно ли вынести...

От перепадов вновь сердце дрожит,

И при скачках настроения штормит...

Чёрное-белое, горькое-сладкое...

Жизнь иногда, будто всё шоколадное,

Только вдруг дёгтя малейшая ложка...

Всё! Заштормило! Зови неотложку...

Это частенько случается в жизни:

То вдруг поднялись на пик Коммунизма

И ощущаем мы страсти накал...

Миг... и глубокий холодный Байкал...

Левети-рацетам

Речь, лишенная смысла

Развлечение

Деньги в банке

Эспада

Уиллис

Идебенон

Частота

Город, Др. Египет

Река, Мертвое море

Деньги, Др. Русь

Азерб. поэт

Город, Коми

Скульптура

Плод хлебных злаков

Пьеса Ибсена

Жен. одежда

Кишечное

Автор романа "Эдем"

Вершина

Ремизов, роман

Насекомые, стадия

"Аида", перс.

Япон. шашки

Конец якоря

Ядовитая змея

Ущерб

Патологич. полость

Крупный рогатый ...

Нац. парк, Ангола

"... и решка", Даниеля

Свинцовый блеск

Не ... колени

Кофеин

Франц. поэт

Венг. математик

Лечебная ходьба

Долгопят

Эолова

Военное укрепление

Рос. иллюзионист

Турнепс

Звезда, Волопас

Вооруж. силы

Высокий крутой берег

"Отец ...", Бальзак

Сов. бомбардировщик

Автор Валерий Шаршуков

Животное, Тибет

Погруженность в себя

ЭЛЕГИЯ

Г

Р

Ш

Б

И

Р

Д

Е

Е

Н

О

В

И

С

К

Е

Н

К

О

А

Т

И

С

Ы

Э

К

Е

Р

К

А

Р

М

Е

П

И

П

И

Л

Ь

К

Н

Р

А

Т

О

Л

Л

К

Э

Л

В

И

Н

У

Р

И

А

Л

Ь

Т

О

Л

Ь

М

О

П

С

Л

О

У

А

В

А

Г

Е

Р

Е

Б

Е

Н

О

К

Л

И

М

Р

Е

М

О

А

В

И

А

Н

Г

А

Р

С

И

М

А

П

И

Ж

М

А

Г

А

Б

Т

Ш

У

К

А

Н

Н

О

М

А

Р

Р

Е

М

И

З

П

У

Д

В

А

О

П

А

К

К

О

С

Т

Р

А

Ответы на сканворд, опубликованный в № 70 от 20.09.2017.