

Медицинская

30 сентября 2015 г.
среда
№ 73 (7595)

Газета®

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

Работают мастера

Выход один — заменить позвонки Сохранили здоровье и качество жизни



В травматолого-ортопедическом отделении Свердловской областной детской клинической больницы № 1 проведена уникальная операция на позвоночнике с заменой двух позвонков титановой конструкцией с костными трансплантатами.

Болевые ощущения в грудной клетке у 11-летней девочки начались в апреле. Она стала испытывать сильную боль при дыхании и ходьбе. В ОДКБ № 1 пациентке провели необходимые исследования, при которых была выявлена литическая деструкция тел 3-го и 4-го грудных позвонков, деформация позвоночника.

Во избежание дальнейшего ухудшения было решено провести хи-

Николай Пупышев доволен результатом

рургическое вмешательство по удалению разрушенных тел позвонков, созданию передней опоры титановым имплантатом, с костными аутоотрансплантатами и задней фиксацией со второго по пятый позвонки. Операция была проведена под руководством заведующего травматолого-ортопедическим отделением, врача травматолога-ортопеда ОДКБ №1 Николая Пупышева и длилась 6 часов.

— Уникальность данной операции заключается в большой зоне поражения и методике использования эндопротезов на позвоночнике у ребёнка 11 лет, — отметил заведующий отделением.

На сегодняшний день девочка

чувствует себя удовлетворительно, может передвигаться без болезненных ощущений.

— Данный вид хирургических вмешательств позволяет улучшить не только качество жизни пациента, но и социально адаптировать ребёнка, — отметил главный врач ОДКБ №1 Сергей Беломестнов. — Такая операция — ещё одно свидетельство того, что Областная детская клиническая больница №1 оказывает помощь на мировом уровне.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Ольга ТКАЧЁВА,
главный гериатр Минздрава
России, руководитель
Федерального геронтологического
научно-клинического центра РНИМУ
им. Н.И.Пирогова, профессор:

Гериатрия — это одна из самых интеллектуальных специальностей.

Стр. 4



Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ, профессор:

Никто из клинических профессоров, занимающихся стандартами лечения и национальными рекомендациями, не знает подзаконных актов работы амбулаторной службы.

Стр. 6



Сотрудничество

10 сложных операций в Нальчике

В Нальчике с рабочим визитом побывала делегация из Санкт-Петербурга, в составе которой приехала бригада ведущих специалистов в области эндоваскулярной хирургии, нейрохирургии, онкологии. Они провели 10 операций в региональном сосудистом центре и кардиоцентре. Удалены аневризма, большая опухоль мозга, проведено стентирование при ишемической болезни сердца. Все пациенты чувствуют себя хорошо. В рамках визита специалистами проведены обходы, даны консультации, прошли образовательные семинары.

Директор Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе профессор Валерий Парфёнов провёл сложную операцию по удалению опухоли мозга, дал высокую оценку специалистам регионального сосудистого центра, современному уровню оснащения: "Операционная оснащена на уровне мировых стандартов, грамотный персонал! Очень хорошо налажена работа реанимации". Ассистировал профессору руководитель сосудистого центра Заур Кожаяев. Впервые в региональном сосудистом центре провели мастер-класс — операцию по удалению аневризмы эндоваскулярным методом у 49-летней женщины. Оперировали профессор НИИ им. И.И.Джанелидзе Вячеслав Кандыба и заведомо эндоваскулярных методов лече-

ния РСЦ Марьяна Акбашева. В кардиоцентре проведена очень сложная операция заведующим отделением эндоваскулярных методов лечения городской больницы № 2 Санкт-Петербурга Евгением Шлойдо совместно с заведующим отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Исламом Борукаевым. Пациент сразу после операции дал интервью журналистам и сказал, что чувствует себя замечательно.

Специалисты РСЦ и кардиоцентра отметили, что подобные визиты без преувеличения являются важным этапом в становлении сердечно-сосудистой хирургии республики.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Нальчик.

Перспективы

Идеи требуют реализации

В Новосибирске стартует очередной проект, цель которого — создание отечественных конкурентоспособных медицинских технологий. Медико-биологический парк, который финансово поддержали и федеральное, и региональное правительства, будет создан на базе Научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России.

По словам директора ННИИПКА академика РАН Александра Караськова, речь идёт о многофункциональном кластере, в структуре которого собственно кардиоцентр, а также исследовательские

лаборатории по созданию новых высоких медицинских технологий и модульные предприятия, которые будут производить генно-терапевтические препараты, биоклеточную продукцию, расходные материалы для сердечно-сосудистой хирургии.

— В настоящее время институт тратит более 3 млрд руб. в год на расходный материал, 95% которого — импортного производства. Между тем за полвека работы институт накопил большой опыт внедрения инновационных медицинских технологий, и сегодня имеет более 40 различных проектов и разработок, готовых к реализации, — коммен-

тирует заместитель директора по научной работе доктор медицинских наук Евгений Покушалов.

По плану, строительство первой очереди медицинского технопарка должно начаться в 2016 г. В рамках реализации проекта предполагается построить научно-исследовательский центр, центр медицинских IT-технологий, виварий с фермой для содержания крупных животных для проведения экспериментальных исследований. Кроме того, предполагается расширение лечебной базы самого центра сердечно-сосудистой хирургии.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

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

Новости

В виртуальном контакте

В рамках масштабного проекта, внедряемого властями столицы, пациенты с хроническими заболеваниями смогут общаться со своим лечащим врачом через Интернет и по телефону. Об этом сообщил руководитель дирекции по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения Андрей Белостоцкий.

— Это даёт возможность в постоянном режиме осуществлять врачебный контроль за состоянием пациента, давать консультации и проводить корректировку лечения. Также позволяет найти в своём расписании удобное для пациента время приёма в поликлинике в случае необходимости, — отметил А.Белостоцкий.

Данный проект запущен в пилотном режиме в 6 поликлинических центрах Восточного административного округа столицы. Участники для него были выбраны не случайно — из-за сложных диагнозов им требуется гораздо больше внимания, частые визиты к врачу и консультации. Чтобы они не проводили много времени в ожидании приёма, им был предложен постоянный и доступный контакт с лечащим врачом.

Несмотря на первые положительные результаты программы, столичные власти сомневаются в целесообразности внедрения нового метода работы с хроническими пациентами по всей Москве. «Мы не хотим спешить и вводить его в приказном порядке. Однако мы постараемся изучить опыт и оценить его позитивную значимость», — заключил А.Белостоцкий.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

Малоинвазивные операции новорождённым

Врачи Воронежской областной детской клинической больницы № 1 почти за трёхлетнюю практику по проведению малоинвазивных хирургических операций у новорождённых уже выполнили более 50 операций. Таким образом, они ещё раз доказали, что высокотехнологичная медицинская помощь доступна маленьким пациентам с первых дней жизни.

Методика минимального травматического лапароскопического доступа применяется детскими хирургами больницы с 2012 г. Операции проводятся на органах брюшной полости, в том числе по поводу врождённых кистозных новообразований яичников у девочек и при пилоростенозах. Недавно впервые в области успешно выполнена торакоскопическая пластика пищевода. Методическую помощь оказали коллеги Филатовской детской городской больницы Москвы.

По словам Романа Щербинина, заведующего хирургическим отделением новорождённых, первая операция с использованием лапароскопической техники была проведена при поддержке кафедры детской хирургии Воронежского ГМУ им. Н.Н.Бурденко. С 2013 г. лапароскопия у новорождённых вошла в повседневную практику отделения, созданного в ноябре 2006 г. Здесь помогают даже недоношенным и маловесным детям.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Воронеж.

Булавка в трахее

Необычную операцию по извлечению инородного предмета провели в Ульяновской детской областной клинической больнице им. Ю.Ф.Горячева.

Накануне 13-летний мальчик рассказал родителям, что проглотил булавку, после чего его отвезли в больницу. Рентгенологи диагностировали, что 3-сантиметровая игла булавы встала в начале трахеи по диагонали. Пациента срочно госпитализировали в детское хирургическое отделение, где ему сделали бронхоскопию.

— Сложность случая в том, что иголка крепко вошла в стенку трахеи, практически на треть своей длины, — отметила заведующая эндоскопическим отделением Оксана Афонина. Колющий предмет в организме ведёт себя непредсказуемо и может травмировать другие органы. Сначала мы вынули иглу из стенки трахеи, далее развернули предмет так, чтобы он не поцарапал другую стенку и не повредил слизистую. Затем щипцами ухватили иглу за острый конец и аккуратно вывели через голосовые связки.

В спасении мальчика участвовали анестезиолог, эндоскопист и три медсестры. Иглу извлекали 25 минут, операция прошла успешно. Сейчас состояние пациента опасений не вызывает.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Пострадавших от клещей больше на 18%

Окончательные итоги мониторинга Роспотребнадзора заболеваний, передающихся при укусе клещей, свидетельствуют:

В медицинских организациях в период с 1 апреля по 18 сентября 2015 г. в 82 субъектах РФ обратились 527 525 пострадавших, в том числе 121 806 детей. По сравнению с аналогичным периодом прошлого года обращаемость увеличилась на 18%.

Зарегистрировано 2028 случаев клещевого вирусного энцефалита, 139 случаев Крымской геморрагической лихорадки, 4986 случаев инфекционного клещевого боррелиоза.

Наибольшая часть заражений по-прежнему происходит при посещении населением лесных массивов, мест отдыха, а также при уходе за сельскохозяйственными животными в личных хозяйствах. Роспотребнадзор продолжает мониторинг.

Иван ВЕТЛУГИН.

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

Тенденции

Маленьким пациентам лечение в радость

Им предоставили нейросенсорную комнату и даже ипподром



Елена Гаврилович на занятиях иппотерапией

В детской больнице № 4 Омска завершили реконструкцию филиала-2, специализирующегося на реабилитации детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Теперь всё полезное пространство в его здании, начиная с врачебных кабинетов и до подсобных помещений, стало полностью отвечать современным требованиям, которые предъявляются к медицинским учреждениям, в которых проходят восстановительное лечение ребятами с такими тяжёлыми недугами. Но особенно довольны медики этого специализированного отделения тем, что после капитального ремонта совершенно преобразилась нейросенсорная комната.

— Прежде всего, нас радует то, что теперь эта особая комната оснащена новейшим оборудованием, использование которого не имеет противопоказаний для детей, — рассказывает заведующая филиалом-2 ДГБ № 4 Елена Гаврилович. — И мягкие модули, и тактильные панели с такими

же дорожками, и световые столы для рисования песком, и интерактивная проекционная система «ОМи-Виста», сухой бассейн и сухой душ, — абсолютно всё совершенно безвредно для наших маленьких пациентов. К слову, пока велась реконструкция, все специалисты нашего отделения изучили новые методики восстановительного лечения ребят с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата...

Лечебные занятия с детьми в нейросенсорной комнате филиала-2 индивидуальные или в группах по 2-4 ребёнка — в зависимости от тяжести заболевания. Продолжительность каждого занятия — от 20 до 30 минут. И этого недолгого, казалось бы, времени вполне достаточно для снятия мышечного и психоэмоционального напряжения, активизации различных функций центральной нервной системы, развития двигательных функций, а также памяти, речи, фантазии, мышления. Но на нейросенсорной комнате свет, как говорится, клином не сошёлся. В реабилитационных мероприятиях для детей

обязательны все виды терапии — от медикаментозной и мануальной до спелеотерапии, а также парафинолечение, ингаляции, жемчужные, хвойные и минеральные ванны. А ещё подводный душ, занятия с логопедом, лечебная физкультура, в том числе для самых маленьких — массаж, но в этом случае обязательно присутствие кого-то из родителей.

Очень эффективна и иппотерапия — детская горбольница № 4 вот уже второй год арендует для филиала-2 на главном ипподроме Омска конюшню и манеж. И дети прямо-таки светятся от счастья, когда делают на лошадях очередной круг к возвращению себе здоровья. Правда, пока лечение иппотерапией возможно только в летний период. А с осени до наступления лета юным пациентам реабилитационного отделения дарит радость, тоже способствуя их выздоровлению, нейросенсорная комната.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Кагры

Уроки для экономистов

28 заместителей главных врачей медучреждений Калининградской области по экономическим вопросам прошли обучение по линии Министерства здравоохранения РФ. Удостоверения о повышении квалификации недавно им вручила заместитель министра здравоохранения области Татьяна Артамонова.

Занятия проводились в Калининграде на базе областного Центра медицинской профилактики и реабилитации. Повышение квалификации включало лекционные и семинарские занятия, которые провели преподаватели кафе-

дры общественного здоровья и управления здравоохранением Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова — профессор Игорь Стволинский, доцент Ольга Грандиловская и старший преподаватель Ольга Крестьянинова.

В завершение курса состоялась защита созданного во время учёбы итогового проекта, в котором слушатели курса отразили стратегические цели и задачи развития своего медучреждения. Все работы получили положительное заключение.

— Такой обучающий курс был, несомненно, очень полезным и плодотворным для наших экономистов, — подвела итоги учёбы

Татьяна Артамонова. — Он показал, над какими актуальными вопросами нам предстоит работать. Мы наметили пути реализации наших планов в экономическом аспекте и будем продолжать дальнейшее обучение таких специалистов. Помимо этого, они уже сейчас общаются между собой, обмениваются опытом по самым разным вопросам — это лишний раз доказывает, что есть заинтересованность, есть энтузиазм в работе, а значит, будет и результат.

Ольга ВОРОНИНА,
внешт. корр. «МГ»,
сотрудник Минздрава
Калининградской области.

Признание

Президент России объявил
благодарность тульским врачам

За заслуги в развитии здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу распоряжением № 286-рп 23.09.2015 Президент РФ Владимир Путин объявил благодарность тульским врачам.

Благодарность объявлена заместителю главного врача по терапевтической помощи Тульской

областной клинической больницы Татьяне Гомовой и врачу-хирургу хирургического отделения № 2

Тульского областного онкологического диспансера Олегу Хамиковеу, сообщает портал правительства Тульской области.

Губернатор региона Владимир Груздев поздравил врачей с этим событием.

Соб. инф.

Профилактика

Грипп и ОРВИ —
ситуация стабильная

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) сообщает, что в настоящее время заболеваемость гриппом и ОРВИ в регионах находится на низком уровне, ситуация расценивается как стабильная.

Рассмотрев вопрос «О ходе подготовки к эпидсезону по гриппу и ОРВИ 2015-2016 гг.», Роспотребнадзор отметил вместе с тем «некоторый подъём заболеваемости острыми респираторными инфекциями, преимущественно среди детского населения». Это обусловлено формированием детских коллективов после летних каникул и характерно для данного времени года.

Руководитель Роспотребнадзора Анна Попова выступила с докладом на Всероссийском селекторном совещании о ходе прививочной кампании в Российской Федерации под председательством вице-премьера РФ Ольги Голодец. Она отметила, что на середину сентября иммунизация детского населения против гриппа начата во всех субъектах

Федерации, иммунизация взрослого населения против гриппа – в 46 регионах. Всего против гриппа уже привито 5,5 млн человек, в том числе 3 млн детей, что составило порядка 4% от общей численности населения Российской Федерации.

На территории Российской Федерации для недопущения завоза и распространения полиомиелита в связи со вспышкой этого заболевания в Украине приняты все необходимые меры. Начата подчищающая иммунизация против этого заболевания непривитых детей до 14 лет во всех субъектах Федерации, а также дополнительная двухтуровая иммунизация против полиомиелита детей до 5 лет в Республике Крым и в Севастополе.

А.Попова также отметила, что Роспотребнадзором проведены контрольно-надзорные мероприятия за безопасными условиями вакцинопрофилактики, проверено более 3 тыс. лечебно-профилактических организаций и почти 5 тыс. медицинских кабинетов при детских образовательных организациях. По итогам проверочных мероприятий Роспотребнадзор

ром, сообщает сайт ведомства, наложено свыше 14,5 млн руб. штрафных санкций и временно приостановлена деятельность 41 объекта. Выявленные нарушения устраняются. Поставки вакцины осуществляются в соответствии с графиком.

В целях обеспечения эффективной работы в период эпидемического сезона по гриппу и ОРВИ в регионах организуется иммунизация против гриппа сотрудников органов и учреждений Роспотребнадзора. Иммунизация работников центрального аппарата ведомства проведена 22 сентября 2015 г.

Роспотребнадзор обращает внимание, что заболевания гриппом, в отличие от респираторных заболеваний негриппозной этиологии, протекает достаточно тяжело и вызывает серьезные осложнения. Больной гриппом является источником инфекции для окружающих. Эффективным способом предупреждения заболевания и профилактики постгриппозных осложнений остаётся иммунизация населения.

Иван ВЕТЛУТИН.
МИА Сити!

Однако

Без каталог, зато с колоннами



Накануне сентябрьских выборов в региональные органы власти правительство Иркутской области презентовало масштабную программу реконструкции и строительства медицинских объектов. Однако суждено ли ей быть реализованной – большой вопрос, коль скоро проявленная властями щедрость имеет ярко выраженную политическую подоплёку, да и первый тур губернаторских выборов оказался провальным.

Было заявлено, что до конца года в Иркутской области планируется сдать 22 новых фельдшерско-акушерских пункта. Деньги на эти цели – свыше 100 млн руб. – имеются. При этом, по информации регионального Минздрава, 5 ФАПов находятся в стадии строительства уже целый год (!) и пока возведены лишь на 60%. В настоящее время новоселье могут справить только 4 сельских медпункта, да и для тех были приобретены готовые помещения. Ещё 8 ФАПов должны быть построены по типовому проекту, но когда начнутся работы неясно: ещё только определяется подрядная организация. И наконец, по оставшимся 5 мини-учреждениям сельского здравоохранения только-только выполнена экспертиза проектных документов.

Следующий пункт программы – строительство детской поликлиники в одном из быстро растущих районов Иркутска. Исполняющие

обязанности чиновников правительства Иркутской области говорят о планах ввести поликлинику в строй в конце 2017 г. Что-то весьма призрачные планы...

Наконец, третий широкий жест властей в сторону медицины: правительство Иркутской области планирует в этом году выделить дополнительно 25 млн руб. на ремонт одного из корпусов областной клинической больницы. Это уже вторые 25 млн с начала года, и не факт, что на этом аппетиты строителей поумерятся. В то же время, как сообщают в самой больнице, и.о. министра строительства Марина Садовская публично «признала факт недоосвоения строителями в 2014 г. 60 млн руб., выделенных из областной казны на реконструкцию второго блока ИОКБ и поблагодарила журналистов за сведения о недоработках строителей. Речь, в частности, идёт о строительстве колонн неизвестного назначения, установке дверных проёмов, в которые не проходят медицинские каталки».

Реконструкцию корпуса главной больницы Приангарья планировалось завершить к концу прошлого года, однако стройка продолжается до сего дня. Отсюда и скепсис по поводу новых масштабных обещаний власти медикам и населению. А ну как иркутским зодчим придёт в голову возвести ФАПы с колоннами, а денег-то и не хватит...

Елена СЕРГЕЕВА.

Иркутск.

Подписка-2016

Продолжается
подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

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

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие;

42797 – на год.

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

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

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

Министерство связи		АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ									
Медицинская газета (индекс издания) Количество комплектов											
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)		(адрес)									
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Стоимость		подписки		_____ руб. _____ коп.		количество комплектов					
		пере-адресовки		_____ руб. _____ коп.							
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)		(адрес)									
Кому											

1 октября весь мир отмечает День пожилого человека. В связи с ростом продолжительности жизни россиян всё острее встают проблемы оказания медицинской помощи стареющим людям. В России люди пенсионного возраста – это почти 30% населения, не заметить этой тенденции невозможно. Не удивительно, что тема геронтологии, появления и становление институтов, занимающихся гериатрией, вызывают всё больший общественный интерес, и в первую очередь у врачей. Сегодня мы беседуем с главным гериатром Минздрава России, руководителем Федерального геронтологического научно-клинического центра Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Ольгой ТКАЧЁВОЙ.

Демография диктует

– Ольга Николаевна, сохранение работоспособности, достойного качества жизни людей старшего возраста – актуальная проблема для нашей страны. Активно изучаются вопросы старения, продления жизни, появляются всё больше медицинских структур, помогающих продлить активное долголетие. Вы – руководитель структуры, требующей немалых усилий, чтобы обеспечить нормальную, здоровую старость. Насколько эффективно удаётся решать проблемы пожилых?

– В нашей стране пожилых людей действительно много. В Москве, а я являюсь ещё и главным гериатром столицы, мы уже приближаемся к тому, что почти треть населения – люди пожилого и старческого возраста. У нас растёт продолжительность жизни, улучшается материальное положение населения, решаются проблемы здравоохранения, но старение населения стабильно продолжается. Сегодня, как снежный ком, нарастают проблемы, связанные с возрастной категорией граждан, ими и занимается практическая геронтология – гериатрия. Гериатрия – это медицина пожилых, а сама специальность – молодая, только в конце 80-х годов получила официальный статус. На базе различных учебных заведений открыты и активно ведут работу почти 30 кафедр геронтологии и гериатрии. Другое дело, что сама гериатрическая служба у нас пока не отлажена, функционирует крайне фрагментарно, нет целостной системы, где бы звенья были связаны между собой цепочкой – амбулаторная, стационарная помощь, помощь на дому, где бы была единая методология. Вот это мы – специалисты и должны будем разрабатывать. Вопрос о том, можно ли остановить старение, не простой. Параллельно с практическими делами наши сотрудники ведут научные дискуссии. Есть мнение, что старение – это болезнь, которую можно вылечить или предотвратить. Я так не считаю. Это запрограммированный природой процесс. Можно влиять на темпы старения, на гериатрические синдромы, эффективно их корректировать, но старение остановить нельзя.

– Как вы стали гериатром?

– Я окончила Нижегородскую медицинскую академию, работала терапевтом в ЦРБ Нижегородской области. Затем в той же Нижегородской медицинской академии защитила кандидатскую, а потом докторскую диссертацию. В Москве прошла хорошую школу – на кафедре клинической фармакологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. А в Центре профилактической медицины Минздрава России серьёзно занималась проблемами старения, в частности сердечно-сосудистой

Беседы с главными специалистами

Где же врач для пожилых?

Кто поможет сохранить здоровье 30% нашего населения?



патологией пожилых. В этом году назначена директором Федерального геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

– Неужели во всей России нет ни одного примера чётко отлаженной системы гериатрической помощи?

– К сожалению, примеров мало. В Санкт-Петербурге активно работает гериатрический центр, который напрямую взаимодействует с гериатрическими кабинетами и отделениями города и где удалось создать единую методологию оказания помощи пожилым. Наш центр сотрудничает с ними, мы изучаем и перенимаем их опыт, совместно готовим материалы. Руководитель петербургского центра доктор медицинских наук В.Серпов – активный, опытный организатор, который много делает для развития службы. Совместно с главным геронтологом Северо-Западного федерального округа, директором Института биорегуляции и геронтологии, профессором В.Хавинсоном они уделяют большое внимание науке, практике. Мы учимся у них. Активно работают гериатры Курска, Самары, Екатеринбурга.

– Как терапевту стать гериатром?

– Очень часто гериатрию понимают как терапию, как внутренние болезни у пожилых людей. То есть многие считают, что гериатр – это тот же терапевт, но ориентированный на пожилого человека. На самом деле различия колоссальные, гериатр учитывает все заболевания, а их бы-

вает и более десятка. К примеру, он занимается так называемым синдромом старческой астении, это состояние объединяет более 60 гериатрических синдромов, к ним относятся: когнитивные нарушения, высокий риск падений, сенсорные нарушения и т.д. Кроме того, гериатр учитывает социальные аспекты – как живёт пожилой человек, с кем, ка-

ков его социум, ведь пневмонию можно вылечить таблетками, а старческую астению только медикаментозными средствами нельзя лечить, здесь важен социальный аспект.

– Вступив в должность главного гериатра, с какими проблемами сразу столкнулись?

– Например, такая непростая проблема, как взаимодействие системы здравоохранения и социальной службы. Сегодня пожилого пациента лечит участковый терапевт, курирует его представитель центра социальной защиты, и часто они друг друга дублируют, что-то упускают, а необходимо их взаимодействие. Гериатрия – это медико-социальная помощь людям старшего возраста, а у нас сегодня два разных ведомства занимаются пожилыми. Как их соединить в одну упряжку – над этим будем работать.

– Опыт терапевта, помогает вам в работе? И может ли терапевт со временем стать хорошим гериатром?

– Гериатрия – это одна из самых интеллектуальных специальностей. Действительно, чтобы стать гериатром, надо знать очень много. Сначала надо получить базовое медицинское образование, образование врача общей практики, и только потом браться за гериатрию.

– Почему-то на всех мероприятиях, где обсуждают вопросы старшего поколения, на первом месте всегда работники социальной службы, в то время, как 80% проблем пожилых – это состояние их здоровья. И финансирование, как утверждают медики, в основном получает Минсоцразвития, а не Минздрав.

– Сейчас ситуация кардинально меняется. Мы сотрудничаем с Министерством труда и социальной защиты. Между органами здравоохранения и социальной защиты населения должны быть соглашения или договоры о совместной работе, должно быть взаимопонимание. Социальный работник должен присутствовать в поликлинике и консультировать

пациентов по важным вопросам, информировать свою службу о том или ином пациенте. Сегодня и стационар, где лечатся пожилые, также не может обходиться без социального работника. Когда мы выписываем пожилого одинокого человека домой, то мы выписываем его часто «в никуда», а его надо передать в чьи-то надёжные руки, это очень

важно. Пожалуй, это один из самых трудных вопросов.

По двум направлениям

– Как ваша команда будет перестраивать работу центра, который стал теперь головным, ведущим учреждением по проблемам геронтологии и гериатрии?

– Наш центр является структурным подразделением РНИМУ им. Н.И.Пирогова и сейчас происходит его реорганизация. Он станет не только лечебно-диагностическим учреждением для пожилых, но и методологическим, научным, образовательным центром в этой области. Мы должны выстроить единую систему, обеспечивающую работу в субъектах РФ, заниматься образовательной программой, привести её в соответствие с международными стандартами, проводить научные исследования. У нас хорошие перспективы, поскольку здесь работают высокопрофессиональные специалисты из разных областей медицины, это многопрофильный центр. Большая часть их пришла недавно, в основном это сотрудники РНИМУ им. Н.И.Пирогова, пришла со мной и команда из НИИ профилактической медицины.

– Каковы возможности вашей клиники?

– У нас 260 коек, помощь оказывают неврологи, ортопеды, хирурги, гинекологи, кардиологи, терапевты, открывается отделение гериатрии. Есть консультативно-диагностическое отделение. Будем обязательно организовывать патронажную службу, помощь пациентам на дому. В проекте открытие клиники памяти, курировать её будет академик Н.Яхно. Команда у нас сильная, к тому же мы взаимодействуем с гериатрической службой Израиля. В ближайшее время наши сотрудники поедут туда на стажировку, это обучение финансирует известный фонд. В Израиле одна из лучших в мире гериатрических служб.

– Каковы практические перспективы геронтологии?

– Научные сотрудники нашего центра ведут исследования по двум основным направлениям. Во-первых, необходимо понять, почему человек стареет, какие механизмы лежат в основе старения, какие могут быть «мишени» для воздействия на этот процесс. Такие исследования уже начались. Недавно мы выступали на Европейском конгрессе кардиологов, наш доклад признали лучшим, мы

опубликовали свою работу в авторитетных зарубежных журналах и намерены продолжить изучение механизмов старения сердечно-сосудистой системы, репликативного клеточного старения. Будут разрабатываться и другие фундаментальные направления геронтологии. Второе направление – эпидемиологические и клинические исследования в области гериатрии. Нужно выяснить распространённость гериатрических синдромов среди пациентов пожилого и старческого возраста в нашей стране, оптимизировать подходы к диагностике и лечению заболеваний у пожилых.

Нет, не иллюзии

– Молодые не хотят заниматься стариками. Как вы считаете, удастся ли вам переломить отношение их к специальности, которая связана с лечением пожилых людей?

– Может, у меня есть иллюзии, но мне кажется, я даже уверена, что преодолеть этот психологический барьер нам удастся.

– На чём основана эта уверенность?

– На моём личном опыте. Когда я начала работать с пожилыми пациентами, читать литературу о гериатрии, то смогла увидеть за пожилым – молодого человека, который прожил жизнь, дал её своим детям. Да, пришла пора, когда он начинает терять силы, работоспособность, но это не конец, просто это длинная история под названием – жизнь. Геронтология, гериатрия – те самые наука и практика, которые позволяют перевернуть представления о пожилых людях в обществе, о медицине, которая может им и всем нам помочь.

Я уверена, что у нас всё получится. Уже сегодня мы неплохо оснащены, мы создадим комфортные условия для пациентов. Планируем привлечь волонтеров, которые будут помогать в уходе за пожилыми. В Петербурге волонтерами активно работают пожилые люди, это помогает им самим держать себя в тонусе, продлять трудоспособность.

– Что пожелать и самим пожилым, и медицинскому сообществу?

– Тем, кто занимается здоровьем пожилых, – понимания, терпения. Пожилые заслуживают доброго к ним отношения. А всем нам – активного долголетия. Двигайтесь, думайте, учите иностранные языки, ходите в театр, общайтесь, ставьте цели, достигайте их, не замыкайтесь в себе – всё это залог того, что человек будет не существовать, а радоваться всему, будет активен, не будет зависеть от окружающих. На телевидении должны быть передачи для пожилых, у нас есть передачи для детей, молодёжи, но для пожилых их нет, а ведь они могут быть не менее интересными. В обществе надо менять отношение к людям «третьего возраста» и не забывать, что каждому из нас не миновать этой поры жизни, не надо думать, что мы вечно будем молодыми. Увы, омолаживающего, гарантирующего вечную жизнь средства Макропулоса пока ещё нет, и думать о будущем, решать проблемы старшего поколения надо сегодня.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Очередную попытку разобратся в статистике смертности в РФ, причинах её увеличения и соотношении медицинских и немедицинских факторов предприняли участники «круглого стола», прошедшего в Москве. Мероприятие объединило представителей разных сфер – медицинского сообщества, учёных, социологов, статистиков и правоохранительных органов. Основной итог встречи: в запутанных поисках истины необходим междисциплинарный подход.

Причины туманны

За последние 10 лет основные причины смертности россиян не изменились. Это по-прежнему болезни системы кровообращения (более 50%), новообразования (около 16%). Внешние факторы в списке причин смерти занимают третье место и составляют от 13% у мужчин до 6,5% у женщин (данные 2013 г.). Алла Иванова, заведующая отделением статистики здоровья населения ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, отметила, что доля ДТП в структуре выросла, а число самоубийств и убийств снизилось.

Однако очевидная, казалось бы, картина иногда совсем не очевидна. Например, существует такой показатель, как «повреждения с неопределёнными намерениями». Он составляет около 20%. А ведь именно в нём «спрятаны» и убийства, и самоубийства, и несчастные случаи. Такой статистический «дальний ящик», куда попадают случаи, относительно которых эксперты не смогли определить причину. Или, например, ДТП со смертельным исходом. Представитель ГИБДД, принявший участие в дискуссии, признал, что очень часто при составлении протокола инспектор не в состоянии определить, что было причиной, а что следствием – авария или, например, инфаркт или инсульт водителя.

Другой пример – болезнь Альцгеймера, заболеваемость и смертность от которой у нас значительно ниже, чем в Европе. Однако, если копнуть глубже, выясняется, что при наличии нескольких факторов медики предпочитают указывать в качестве причины смерти другой диагноз или вообще категорию «прочее». И это не говоря уже о

Итоги и прогнозы

Куда кривая выведет?

Результаты «круглого стола» о статистике смертности в РФ



«Скорая» остаётся символом жизни большого города

неизбежных ошибках или даже преднамеренном переносе случаев из одной категории в другую.

Чёрная кошка в чёрной комнате?

Насколько в действительности размываются эти цифры, на которых мы строим долгосрочные стратегические планы? Прозвучала даже мысль о том, что эффективность нынешней системы здравоохранения – отчасти – связана с неправильной оценкой ситуации. Это как «искать чёрную кошку в чёрной комнате» – по мнению экспертов, без изменения подходов, оценки конкретных ситуаций, обучения специалистов нынешней официальной статистикой пользоваться нельзя.

Кстати, нашумевший в СМИ рост

коэффициента смертности в России в I квартале, как и утверждает Минздрав, не показатель. Речь о том, что необходимо дождаться конца года. Имеет значение и структура статистики.

– То, что мы знаем, – это абсолютное число смертей. Это очень ненадёжный показатель. У нас меняется возрастная структура, быстро увеличивается число пожилых людей. Настоящий анализ возможен только тогда, когда год окончился, данные собраны, – считает Анатолий Вишневский, директор Института демографии НИУ ВШЭ.

Необходимо также изменить подходы к сбору статистической информации. Давид Мелик-Гусейнов, член Координационного совета Госдумы РФ по вопросам инновационного развития ме-

дицинской и фармацевтической промышленности, предложил создать регистры по всем ключевым диагнозам, входящим в показатели смертности. Он отметил: «даже по сахарному диабету у нас по трудоспособным возрастам в этом регистре недооценка в 4,5 раза».

Однако главная проблема в другом – использовании устаревшей эпидемиологической модели, подчеркнул Анатолий Вишневский. Он утверждает, что незначительные колебания в показателях смертности являются восстановлением после демографических провалов прошлых лет, а речь о качественных изменениях в снижении смертности вовсе не идёт.

– Вся, например, позитивная динамика, которая наблюдается на протяжении последних 10 лет, – это не настоящий рост, это то, что было утрачено ранее. Нынешний рост продолжительности жизни следует за её глубоким падением. Вся картина носит восстановительный характер, прыжки – мы то теряем, то восстанавливаем показатели уже на протяжении 50 лет и никаких качественных изменений. Мы так до сих пор и не сумели перейти к новой эпидемиологической модели, становление которой в мире идёт уже не менее полувека и которая определяет сегодня ситуацию со смертностью в развитых странах, а именно её снижение по всем причинам. Становление новой эпидемиологической модели в России означало бы качественные и количественные изменения возрастной модели смертности практически от всех главных причин смерти, подчеркнул эксперт.

Действовать системно

С другой стороны, мало понимать причины – надо действовать, и действовать системно. Профилактическая работа должна быть направлена, прежде всего, на снижение факторов риска.

– Снижение смертности возможно в течение 10-15 лет в 2 и более раз, – считает директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Сергей Бойцов. – И на 50% это может произойти за счёт снижения распространённости факторов риска. Надо воздействовать на причины причин – через информирование населения, мотивирование, и самое главное – обеспечение условий для здорового образа жизни, что возможно только через межсекторальное взаимодействие – министерств, ведомств, общественных и религиозных организаций, работодателей, волонтеров, муниципальных образований, то есть всего общества.

Лидер среди факторов риска – артериальная гипертония. По данным, озвученным вице-президентом Российского кардиологического общества Светланой Шальновой, количество мужчин-гипертоников за последнее десятилетие увеличилось с 43% (1993 г.) до 47,7% (2013 г.).

Эксперты предложили конкретные меры по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В частности, это принятие федеральной целевой программы по снижению смертности, в которой должны учитываться усилия различных ведомств в этом направлении. Как добавила Светлана Шальнова, стратегия должна быть чисто практической, реализуемой на регулярной основе.

Возможно, стоит обратить внимание на опыт соседей – стран, схожих по структуре смертности и заболеваемости с РФ. «Россия сейчас – это Финляндия 1979 г.», – считает Сергей Бойцов. Но надо учитывать, что с тех пор финны запустили программу борьбы, прежде всего, как раз с сердечно-сосудистыми заболеваниями и добились неплохих результатов. Сможем ли мы использовать позитивную практику других стран и вывести страну из смертельного пике? Время покажет соответствующими цифрами.

Анна КАБИКОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Санитарная зона

Лето прошло... Эпидемиологи, казалось бы, готовы уже вздохнуть с облегчением: сезон кишечных инфекций – его ещё называют сезоном «грязных рук» – позади. Так, в Управлении Роспотребнадзора по Омской области сообщили о том, что в Прииртышье «вспышечная заболеваемость сальмонеллёзами за данный период не зарегистрирована». Уровень заболеваемости, по последним данным, составил 5,51 на 100 тыс. населения, что ниже аналогичного периода 2014 г. в 1,2 раза (6,64 на 100 тыс. населения), на территории области было зарегистрировано 109 случаев заболеваний сальмонеллёзами.

Да, на смену жарким солнечным дням пришла пасмурная, дождливая погода. Но, известно, активность далеко не всех инфекций идёт на спад с наступлением прохлады и приближением первых морозов. В числе таких коварных недугов – сальмонеллёз, вызываемый палочковидными бактериями. Сальмонеллы – весьма живучие микроорганизмы! К примеру, они могут сохраняться в воде до 5 месяцев, в мясе и колбасных изделиях – от 2 до 4 месяцев, в замороженном мясе – около полугода (а в тушках птиц – более года), в молоке – до 20 дней, кефире – до 2 месяцев, в сливочном

Коварные сальмонеллы

Некоторые итоги сезона кишечных инфекций

масле – до 4, в сырах – до 1 года, а в почве – до полутора лет. Причём в некоторых продуктах (молоко, мясные изделия) сальмонеллы способны не только сохраняться, но и размножаться, не изменяя их внешнего вида и вкуса.

А ведь эти бактерии давно всем знакомы, в отличие, скажем, от новых штаммов гриппа. Ровно 130 лет назад, в 1885 г., известный ветеринарный врач и бактериолог, основатель американской санитарно-ветеринарной службы Дэниел Эльмер Салмон впервые обнаружил во внутренних органах погибших свиней возбудителей «мясных отравлений». Название Salmonella для этой группы бактерий как раз и было дано в память о докторе Салмоне (D.Salmon), а затем и утверждено в 1934 г. Международной ассоциацией микробиологов. Кстати, тогда же был принят и термин «сальмонеллёз» для болезни, вызванных этими возбудителями.

В народе бытует стереотип, что «подцепить» эти бактерии можно, если в пищу попали яйца от больных куриц. Увы, это так, но не



Сальмонелла может прятаться везде

только несущки «разносят» заразу. Инфекция наступает при употреблении в пищу мяса заражённых сальмонеллёзом животных (крупного рогатого скота и свиней, овец

и кур, уток и гусей) и загрязнённого молока. Сальмонеллы могут попасть в готовые блюда разными путями. Например, если их хранить вместе с сырыми продуктами

или если для обработки варёных и сырых продуктов использовать один и тот же кухонный инвентарь (разделочные доски, ножи). Мало кто знает, что бактерии живут и в организмах экзотических домашних животных – черепах, хомяков, ящериц, хорьков и т.д. Поэтому не зря ветеринары не советуют держать их в доме, где есть ребёнок младше 5 лет. Малыши и пожилые (вот уж воистину: старый, что малый), а также люди с ослабленным иммунитетом всегда находятся в группе риска кишечных инфекций, и в первую очередь сальмонеллёза. К сожалению, напоминают эпидемиологи, вакцины, способной уберечь от подобной опасности, пока не разработано, поэтому крайне важна профилактика сальмонеллёза. Самая элементарная – нужно чаще мыть руки с мылом, не надеясь, что безвредные бактерии и опасные вирусы, как прошедшее лето, останутся лишь в воспоминаниях...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Одним из наиболее актуальных вопросов первичного звена на современном этапе является проблема политерапии в связи с коморбидностью пациентов. Единственным решением здесь является создание так называемых университетских клиник на базе поликлиник, где наряду с реальным, а не формальным лечебным процессом будут проходить клинические разборы, клинико-анатомические конференции, а также междисциплинарные консилиумы с участием кафедральных сотрудников – профессоров, доцентов и ассистентов с целью непрерывного образования и перманентного повышения квалификации городских

врачей. Иными словами – последипломное образование в наших нынешних условиях должно проходить, что называется, без отрыва от рабочего процесса.

Именно об этом и шла речь в ходе очередной образовательной сессии, ориентированной в первую очередь на врачей первичного звена системы отечественного здравоохранения. Вёл мероприятие заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЁРТКИН.

– Все отраслевые достижения, связанные с наукой, практикой и образованием берут своё начало в университетских клиниках. Это – общемировая практика. Я бы назвал эти научно-практическо-образовательные учреждения кузницей лучших кадров. Известно, что абсолютно все нобелевские лауреаты по нашей специальности – выходцы из университетских клиник. Лозунг любой такой клиники прост: научиться чему-то в нашей с вами профессии можно только у постели больного. Только в таких условиях формируется клиническое мышление, – отметил в начале мероприятия А.Вёрткин.

К огромному сожалению, в настоящее время терапия перестала быть базисом клинического образования. Все терапевтические кафедры – пропедевтические, факультетские и госпитальные утратили прежнее значение. Если раньше эти образовательные площадки были основополагающими на этапе вузовского образования, представляя собой широкую врачебную платформу, то сейчас профессиональные ценности немного сместились в сторону развития узких специальностей, профилированных кафедр. В основе обучения лежат данные всевозможных лабораторных и инструментальных методов исследования, но никак не врачебное мышление.

– Университетская клиника на базе амбулаторного медучреждения – неоценимая помощь практическим врачам, – поясняет профессор Вёрткин. – Принцип этой совместной работы такой же, как и в стационарах: кафедральные сотрудники консультируют наиболее сложных и прогностически неясных больных в ходе амбулаторного приёма, собирают консилиумы, где обсуждают этих пациентов, а также ориентируют своих коллег – городских докторов в самых «свежих» отраслевых изменениях. То, зачастую формальное, образование, к которому привыкли врачи, представляет собой, как правило, обсуждение и изучение отдельных нозологических единиц. Это, на мой взгляд, не даёт докторам широко и полноценно взглянуть на то или иное заболевание, а также сочетанную патологию, так часто встречающуюся у современных пациентов. К сожалению, в большинстве современных поликлиник невозможно провести полноценную клинико-анатомическую конференцию или осуществить профессорский обход. Университетская клиника в поликлинике – абсолютный образец преемственности. Главная цель её создания – оказание такого уровня амбулаторной помощи, после которого у пациента не было

Ориентуры

Университетская клиника в поликлинике, или Искусство амбулаторного приёма

бы необходимости обращаться в стационар. Больница – крайняя мера, когда уже по-другому не помочь. Однако мир изменился. Сегодня вопрос коморбидности обсуждается практически на всех отраслевых мероприятиях – конгрессах, конференциях и т.д. Это – основной тренд. Мы – большая нация. Цивилизация, хотим мы этого или нет, имеет огромный побочный эффект в виде высокой заболеваемости неинфекционными заболеваниями. Университетская клиника в поликлинике – это серьёзная рабочая атмосфера: врачи работают бок о бок в команде с «кафедралами», образовательный процесс непрерывен и, что самое главное, формальное отношение к больным при таких условиях невозможно. Эпоха диктует своё: в настоящее время именно поликлиника должна быть ключевым звеном во всей системе здравоохранения. Без эффективно функционирующего амбулаторного сектора отрасли не добьётся каких-то значимых результатов: ни федеральные центры с высокотехнологичной медпомощью, ни самое современное оборудование не помогут, – заключил эксперт.

Хотим мы этого или нет, но фундаментальные представления о норме и патологии, а также навыки физического исследования пациента наряду с умением оценить данные инструментальной диагностики, адекватная клиническая оценка симптомов и формирование прогноза заболевания, стрем-



Аркадий Вёрткин

ление к индивидуализированному алгоритму лечения в той или иной степени уходят в небытие, оставаясь лишь предметом ностальгии учёных-клиницистов старшего поколения.

Отвечая на вопрос обозревателя «МГ», а что же всё-таки предопределяет хорошего врача-терапевта, А.Вёрткин сказал: «Пожалуй, человеческая доброта. Это качество необходимо абсолютно во всех клинических специальностях, но терапевту – в особенной степени. Терапевт, как никто другой, должен осознавать социальный портрет среднероссийского пациента. К сожалению, большинство наших соотечественников курят и злоупотребляют алкоголем. Эти

пагубные привычки ведут к сочетанным патологиям, например лёгких и сердца. Кроме того, те, у кого отсутствуют эти пагубные пристрастия, зачастую страдают от избыточной массы тела. А ведь ожирение – также сочетанная патология. Этим я хочу сказать, что, помимо профессиональной подготовки, российскому врачу, в особенности терапевту, нужно быть очень терпимым и способным к состраданию и пониманию другого человека».

осложнений вплоть до летального исхода от такого, казалось бы, хорошо изученного и не самого страшного заболевания.

Обучение основам поликлинической практики на этапе дипломного образования больше напоминает ознакомление. Разумеется, исключения бывают, но в целом упор сделан на изучении «стационарных» предметов. Для того чтобы не было этого перекоса в сторону больницы, нужно повышать престиж терапевтической специальности на

– К сожалению, на этапе вузовского образования не так много времени уделяется амбулаторной практике, – заметил, в свою очередь, профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ Антон Наумов. – Да, кафедры поликлинической терапии являются завершающим отрезком обучения в вузе. Однако основной упор сделан на так называемые больничные дисциплины: пропедевтику внутренних болезней, факультетскую и госпитальную терапии. Между тем первичное обращение пациента к врачу происходит именно в поликлинике. То, что в амбулаторном звене должны быть сконцентрированы квалифицированные кадры, ни у кого не вызывает вопросов. Нельзя не сказать и о том, что поликлинические врачи работают в вечном цейтноте – тотальном

дефиците времени (на приём пациента отводится 15 минут). Для того чтобы в таких условиях грамотно и адекватно оценить состояние здоровья пациента, поставить верный диагноз и назначить верное лечение, нужно быть высококвалифицированным специалистом. А ведь именно должное образование на поликлиническом этапе позволяет практическому врачу избежать ряда ошибок: поздней диагностики, неправильного выбора медикаментозной терапии и т.д. Так, например, при внебольничной пневмонии сплошь и рядом гиподиагностика, неверная оценка тяжести, запоздалое назначение антибиотиков, неправильный их выбор... Всё это приводит к ряду

амбулаторном этапе: максимально разгружать докторов в плане работы с документацией, оборудовать поликлиники по последней медицинской моде, а также не забывать и о материальной стороне вопроса.

– Современный участковый терапевт не может выполнять клинические рекомендации по скринингу социально значимых заболеваний. Все свои решения доктора обосновывают стандартами и клиническими рекомендациями. Откуда берутся эти документы? С кафедр и НИИ, которые абсолютно оторваны от мира. Современные клинические рекомендации ни в коем случае не учитывают условия работы практических докторов, в том числе амбулаторного звена. Всё это зачастую голая теория.

Отсутствие университетской клиники в поликлинике создаёт предпосылки к возникновению больших трудностей при подготовке документов по ведению пациентов с той или иной патологией. Никто из клинических профессоров, занимающихся стандартами, разработками алгоритмов ведения пациентов и тех же самых национальных рекомендаций, не знает подзаконных актов работы амбулаторной службы. Формировать подход к лечению без знания этого – невозможно. Взять хотя бы рекомендации по сердечной недостаточности: выполнить их на амбулаторном этапе нереально. Никто не знает и даже не задумывается о том, как в нашей 140-миллионной стране организовать массовый скрининг социально значимых заболеваний. Наши ведущие эксперты об этом никогда не узнают, если не придут в поликлинику, – резюмировал мероприятие А.Вёрткин.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Профилактика

Профилактическая акция «Уроки безопасности» прошла в Сургутской клинической травматологической больнице для учеников городской школы № 24.

Врачи рассказали о правилах поведения на дороге, во дворе, на детских площадках и в других местах. Да и ребята сами активно задавали специалистам вопросы, которые касаются собственного здоровья: интересовались, как сохранить осанку, чем необходимо питаться, чтобы кости были крепкими, почему важно делать зарядку...

О безопасности — помнить с детства!

– Мы впервые проводим экскурсию для школьников в Сургутской травматологической больнице, – прокомментировала педагог школы № 24 Алла Султанаева. – Идею посещения больницы активно поддержали родители. Радует, что наши школьники закрепляют свои знания, полученные за партой, подобными профилактическими акциями.

Ученики в этот день посетили

детское травматологическое отделение, где проходят длительное лечение ребята со всего Ханты-Мансийского автономного округа.

Также врачи клиники показали ребятам детский травмпункт, где оказывается экстренная медицинская помощь пострадавшим: они побывали в гипсовом и процедурном кабинетах.

– Подобные акции в нашей

больнице – традиционны. Это актуальная и необходимая форма общения с подрастающим поколением, – отметила заместитель главного врача Сургутской клинической травматологической больницы Светлана Алиева. – Детский травматизм в Югре держится на высоком уровне, при этом характер травм, как правило, тяжёлый. Ежегодно к нам поступает до 1,5 тыс. детей, которые получили

травмы в результате дорожно-транспортного происшествия, дома, на улице и т.д.

Приятно, что к экскурсии присоединились и родители, потому как в любой детской травме есть вина взрослого. При этом родители являются главными союзниками врачей в предотвращении детского травматизма.

Алёна ЖУКОВА.

Сургут.

Главный врач Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Минздрава Республики Марий Эл, доктор медицинских наук Виктор Севастьянов не отказывается в консультациях больным из других государств. Но чтобы российского профессора приглашали консультировать в благополучную Европу... Это, действительно, редкое для нашей страны явление. Тем более что некоторые наши известные медицинские реформаторы считают, что физиотерапевтические методы не вылечили ещё ни одного больного! А вот Виктор Викторович получает просьбы от иностранцев назначить им лечение, включающее воздействие электростимуляцией и лазером, уже давно. На днях он улетел консультировать своих давних пациентов из Италии, которых наблюдает уже много лет. В центре, которым он руководит, лечат пациентов всех возрастов с тяжёлыми речевыми нарушениями, параличами и даже слепотой, атрофией зрительного нерва.

шающего циркуляцию крови, и параллельно медикаментозное лечение, – поясняет она. – После каждого курса отмечала, что постепенно стала видеть всё лучше и лучше. Потом смогла писать: сначала буквы были большие, затем уменьшились, а дальше уже смогла рассматривать предметы, которые раньше не видела.

Профессор Севастьянов постоянно консультирует эти двух пациентов. Сегодня они стали совсем взрослые, но продолжа-

Помимо традиционных дискуссий об эффективности работы лечебных учреждений, вопросы рассматривались несколько под другим углом. По крайней мере значительная часть выступающих говорила о том, что кризис всегда открывает пространство для реализации новых возможностей, существенно изменяется рынок медицинского туризма, в результате реформы здравоохранения высвобождается много высококвалифици-

Но работа построена так, что больные могут размещаться в гостинице и приходить на лечение в условиях дневного стационара. Главное, чтобы были методики, которые доказали свою эффективность, плюс желание медицинского персонала трудиться с полной отдачей сил. Тогда многие участники секции с сожалением констатировали, что не каждая клиника имеет такого профессора, разработавшего столько методик, которые к тому

После страшных диагнозов

А начиналась эта история давно, когда в 1993 г. по приглашению американской фирмы, работающей в Италии, он проконсультировал одного больного. Местные журналисты не прошли мимо этого факта и в небольшой заметке рассказали, что врач из России берётся за лечение безнадежных больных. Информация попала на глаза родителям Марко и Алесии, у которых дети страдали заболеваниями глаз. Они разыскали синьора Ботти – итальянского слепого пациента, о котором шла речь в публикации. И уже через него вышли на Виктора Викторовича.

Марко Джерометта, живущий недалеко от города Триеста, и Алесия Бадзоли из провинции Тренто на севере Италии были тогда ещё детьми. Итальянские врачи, когда их родители обратились в местные медицинские учреждения, пришли к твёрдому мнению, что сделать ничего невозможно. Им поставили диагнозы, которые, по сути, означали, что зрение восстановить не удастся.

– Когда мы прочитали в журнале «Джойя» небольшую заметку о русском враче, занимающемся лечением атрофии зрительного нерва, то ухватились за эту надежду, – говорит мама Марко. – Мой сын не был совсем слепым. Он читал заголовки, набранные крупными буквами. Но помимо этого у него имелось много проблем со зрением – у него не фиксировались, разбегались глаза. Он ходил по улицам только в тёмных очках с большими стёклами. Его ослепляло солнце, он не мог смотреть на яркий свет.

Созвонившись, мы попросили проконсультировать сына, когда профессор Севастьянов приедет в Италию. Он согласился и в очередной приезд осмотрел сына и определил, что ему можно помочь. Мы ему сразу поверили, хотя итальянские врачи утверждали, что медицина в данном случае бессильна. Виктор Викторович немногословен, каждое его слово было веским, обдуманым. Чувствовалось, что мы говорим с серьёзным человеком, настоящим профессионалом в своём деле. Кроме того, он предлагал комплексный подход, акцентируя внимание на лечении основного офтальмологического заболевания, но советовал заниматься и всем организмом, так как всё в нём взаимосвязано. Мы были в Швейцарии, Испании, Франции, консультировались у лучших итальянских врачей. Но ни один из них не сказал столь оптимистично, что нужно бороться. Наоборот, ограничивались сочувствием и говорили: крепитесь, Господь не посылает испытания сверх наших сил.

Доктор из России приезжал примерно раз в полгода и проводил курсы лечения дней по 20. Виктор Викторович нас сразу предупредил, что быстрого результата ждать нельзя. Ведь речь идёт не об операции, а о

Наши коллеги

Очень хочется лечиться в России

Итальянские пациенты доктора Севастьянова доказывают, что это не просто рекламный лозунг



Доктор Севастьянов и его итальянские пациенты

постепенном естественном восстановлении зрительной функции. Изменения происходили не такие стремительные, как хотелось бы, но после каждого сеанса лечения становилось очевидно, что сделан ещё один шаг вперёд, к свету.

В 2000 г. Марко и Алесия побывали на лечении и в Йошкар-Оле. К тому времени Марко уже окончил три курса американского университета и собирался стать специалистом по физиотерапии. После первого «очного» лечения у доктора Севастьянова ему стало гораздо лучше. К этому времени ему уже исполнилось 23 года. Сегодня он уже взрослый человек, состоявшийся специалист. О том, кто помог ему достигнуть многих высот в жизни, прекрасно помнит.

– После нескольких лет лечения мне стали не нужны громадные чёрные очки для защиты от солнца, глаза стали нормально фиксироваться, исчезло их «дрожание», – рассказывает он, – вижу гораздо лучше, без опасения самостоятельно передвигаюсь даже ночью.

Похожая история и у Алесии, которая родилась почти слепой. Она ничего не видела, почти год её обследовали на родине, но не смогли предложить какого-то конкретного и обнадеживающего плана лечения.

– Я прошла курсы электростимуляции при помощи многоканального электростимулятора и специального массажа, улуч-

ли все эти годы находиться под его врачебной опекой. День за днём, год за годом они вместе с Севастьяновым отвоёвывали у болезни один плацдарм за другим и свято верили, что когда-нибудь смогут почувствовать себя, если не здоровыми людьми, то хотя бы их недуги не будут им мешать не только работать, но и наслаждаться жизнью. Сейчас очень моден термин «качество жизни». Так вот с этим у двух итальянских граждан всё в порядке. А своим спасителем они по праву считают главного врача центра в Республике Марий Эл, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Виктора Севастьянова. Какие ещё нужны доводы, что комплексное лечение даёт хорошие результаты?

Всему своё время

Летом этого года в Москве прошёл ежегодный Всероссийский конгресс руководителей учреждений здравоохранения. Он собрал для дискуссионного обсуждения сложных проблем главных врачей медицинских учреждений регионов России. Здесь выступали первые лица как государственных, так и частных клиник. Конечно, эта интерактивная площадка была организована для обсуждения нововведений в российском законодательстве и поиска решений проблем, которые каждый день возникают перед медицинскими менеджерами.

рованных специалистов. Всё это может стать новыми точками роста для развития медицинских учреждений.

Достоинство, которое надо использовать

На секции «Актуальные инструменты повышения эффективности работы медицинского учреждения» выступил профессор Виктор Севастьянов. Он доложил

же официально запатентованы в развитых странах мира.

Недавно мне позвонил профессор Виктор Севастьянов. Как всегда удивил своей просьбой и неукротимой энергией. Он посмотрел передачу «Пусть говорят», которая вышла в эфир Первого канала 2 сентября этого года. В ней речь шла об особых людях – тех, кто страдает тяжёлыми заболеваниями. Одним из участников программы был Роман Кривачёв из посёлка

ИЗ ДОСЬЕ «МГ». Виктор Викторович Севастьянов – невролог, психиатр, сексолог. Имеет два высших образования: медицинское и радиотехническое. В советское время организовал группу из специалистов Марийского политехнического института, завода полупроводников, а также Марийского машиностроительного завода, занимавшегося ракетными двигателями, которая изучала возможности электромагнитного излучения. На его счету много изобретений, запатентованных в США, Великобритании, Германии, Дании, Швеции, Японии и Франции. Кроме того, он проводил научные исследования в США на животных, продолжительное время работал там в научной лаборатории.

результаты работы, рассказал о применяемых методиках. Коснулся и вопросов лечения иностранцев в российских больницах. Зал, чувствуется, не совсем понимал, о чём говорит Виктор Викторович. Здесь бы, как в известном стихотворении, день продержаться, да ночь простоять. Кто поведет лечиться в российские клиники из-за рубежа? Да ещё в глубину?!

Но Севастьянов спокойно продолжил свой рассказ. Да, в первую очередь надо лечить российских граждан, используя возможности фондов ОМС, благотворительных организаций, ДМС, платных услуг и бюджетов. Но и иностранцы могут захотеть приехать, если применяются доказавшие свою результативность методики. Поэтому надо заниматься и научными исследованиями, внедрять их в практику лечебных учреждений. А медицинский персонал должен уметь не только проводить консультации, назначать лечение, реабилитацию, но и создать атмосферу комфорта в медицинском учреждении, на это особенно обращают внимание иностранцы.

В центре, которым руководит В.Севастьянов, немного коек.

Свердловской области. Если коротко, то история его такова. Когда мальчику было 9 лет, он перестал расти. Из-за болезни Рома с каждым годом становился слабее, перестал ходить, а в 9-м классе лишился зрения. Но всё это время в его дневниках были только «пятерки». Роман проходил домашнее обучение и школу окончил с золотой медалью. Сейчас Роме 20 лет, его рост – 120 см, вес – 20 кг. Врачи до сих пор не могут поставить ему точный диагноз. Но он не сдаётся – уже не первый год успешно торгует на фондовой бирже. Рома верит в то, что однажды ему поможет наука, учёные вырастят новое тело, куда можно будет пересадить его сознание. А профессор Севастьянов решил попробовать помочь ему улучшить зрение. И попросил меня найти какие-нибудь контакты, чтобы связаться с ним. Это удалось сделать. Мама Романа позвонила Севастьянову... Как знать, может, эта история станет ещё одной, доказывающей эффективность комплексного лечения и воздействия физическими факторами.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 67 (1919)

(Продолжение. Начало в № 71 от 23.09.2015.)

После подготовки устройства и помещения прозрачного колпачка на дистальный конец эндоскопа тубус вводят в канал эндоскопа, а затем через него проводят рабочую часть инструмента с предварительно надетой на крючок петлей. Когда петля появляется в поле зрения, её укладывают в выемку на внутренней поверхности дистального края колпачка.

Вмешательство выполняют натошак, премедикация за 30 минут до процедуры: промедол 2%-ный – 1,0; метацин – 1,0 подкожно, реланиум – 2,0 внутримышечно. Орошение глотки 1%-ным раствором лидокаина (спрей).

Эндоскоп с насадкой проводится через глоточное кольцо, после этого приступают к лигированию. Варикозную вену втягивают в колпачок при помощи аспиратора. Петлю затягивают до ощущения упора, после чего отстреливают плотно зафиксированную лигатуру (рис. 8).

Для наложения следующей петли следует извлечь рабочую часть инструмента из канала и повторить описанные действия. К положительным моментам данной ме-

и антисекреторные препараты. Такие ограничения режима рекомендовано соблюдать в течение 3 недель.

Осложнения эндоскопического лигирования.

Общие:

- реакция на латекс;
 - гипертермия;
 - аспирация желудочного содержимого.
- Местные:
- боли за грудиной;

- образование ВРВ в фундальном отделе желудка;

- невозможность аспирировать ВРВ диаметром более 15 мм.

Эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода

Метод эндоскопического склерозирования вен пищевода предложен в 1939 г. С. Crafoord, P. Frenckner. Облитерация варикозных вен происходит после введения в просвет вены склерозанта через эндоскоп с помощью длинной иглы. Наряду с интравасальным способом склеротерапии существует метод паравазального ведения склерозанта, который основан на введении склерозанта рядом с веной, в результате чего происходит сдавление варикозных узлов, первоначально за счёт отёка, а затем за счёт образования соединительной ткани.

Для интравасального введения чаще

до 24-36 мл склерозанта. Вводимый по инъекторусклерозант создает по обеим сторонам варикозной вены плотный отёк, сдавливающий сосуд.

По окончании сеанса склеротерапии варикозные вены практически не определяются в отёчной слизистой. Подтекание крови из мест проколов обычно незначительно и не требует принятия дополнительных мер.

Ближайший период после сеанса склеротерапии обычно не сопровождается болевыми ощущениями. Больному разрешают пить и принимать жидкую пищу через 6-8 часов после процедуры.

После проведения 1-го сеанса склеротерапии через 5 дней проводят 2-й сеанс, при этом стараются охватить участки пищевода с ВРВ, которые оказались вне зоны действия 1-го сеанса. 3-й сеанс – через 30 дней, при этом оценивают эффектив-

Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

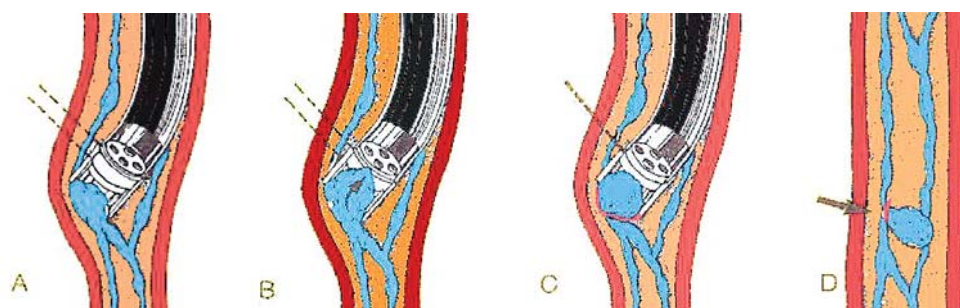


Рис. 8. Техника эндоскопического лигирования петлями Olympus

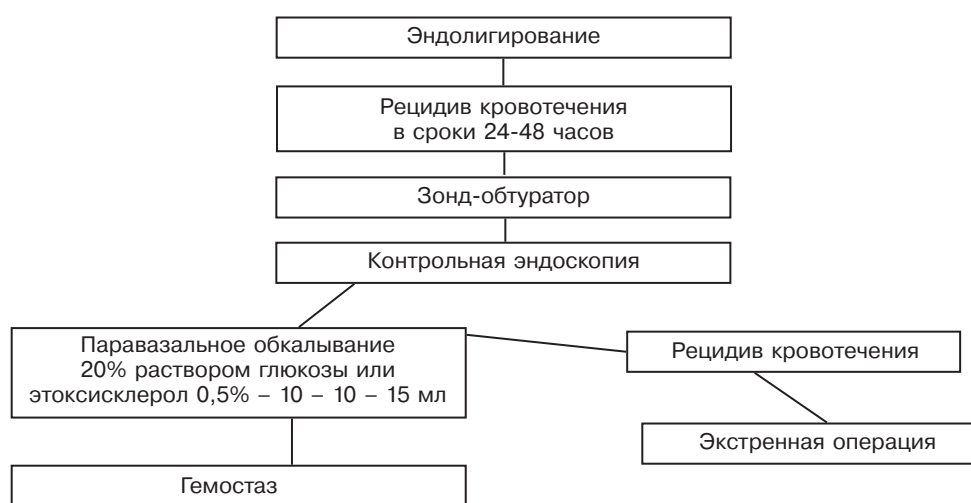


Рис. 9. Алгоритм лечебных мероприятий при ранних рецидивах кровотечения после ЭЛ

тодики относим то обстоятельство, что нейлоновая петля сохраняется на лигированной вене желудка 7-14 дней в отличие от латексной лигатуры фирмы WilsonCook, которая лигируется под действием желудочного сока и перистальтики.

Комбинированное лигирование ВРВ пищевода и желудка

При необходимости лигировать пищеводно-желудочные ВРВ I и II типа у больных с ПГ используется следующая методика.

Вначале на ВРВ желудка накладываются нейлоновые петли, затем извлекается эндоскоп, заряжается устройством типа фирмы WilsonCook, после чего лигируются латексными кольцами ВРВ эзофагокардиальной зоны и пищевода. Данный способ позволяет за один сеанс перевязывать до 14-15 варикозных узлов желудка и пищевода.

Опыт использования ЭЛ у больных с портальной гипертензией убедил в необходимости пребывания больного в стационаре после данного вмешательства в течение 10 дней, а иногородним больным перед выпиской в обязательном порядке следует проводить контрольную эндоскопию. Пациентам даются указания о характере пищи, запрещается подъем тяжести, назначают обволакивающие

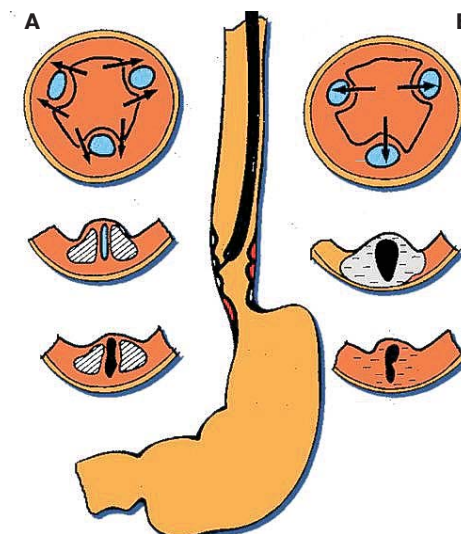


Рис. 10. Схема эндоскопического склерозирования ВРВ пищевода и желудка. А – паравазальное, Б – интравасальное

- транзитная дисфагия (1-3 сут);
- изъязвления слизистой оболочки и рецидивы ЖКК;
- перфорация пищевода;
- стриктура пищевода;

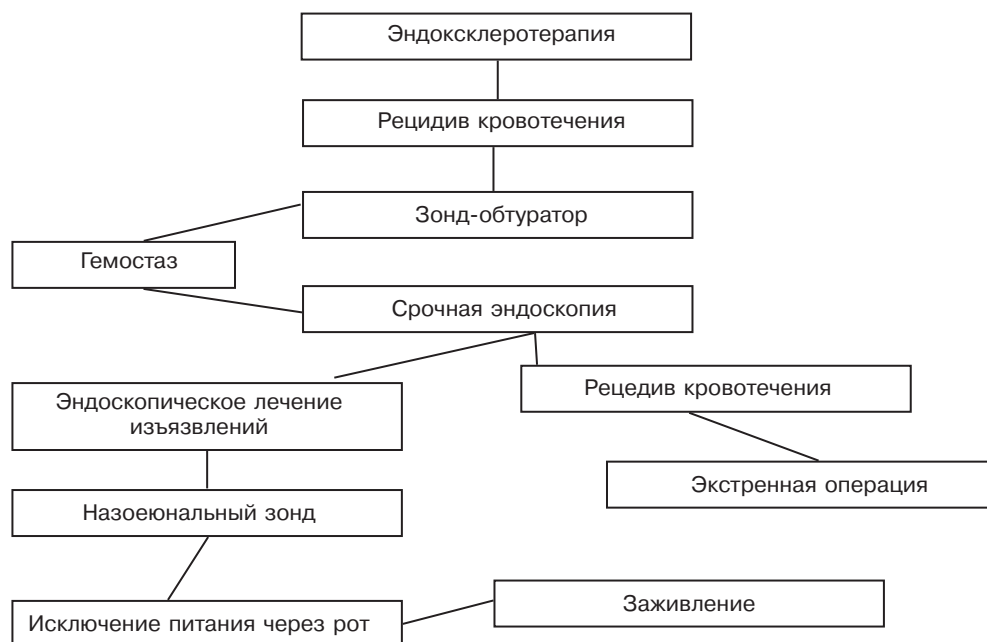


Рис. 11. Алгоритм действий при развитии осложнений после эндоскопической паравазальной склеротерапии

всего используют тетрадецилсульфат натрия (тромбовар) в количестве 5-10 мл на каждый вкол (можно и 3%-ный раствор этоксисклерола и другие препараты). После введения склерозанта необходимо сдавить вену в местах пункции, чем обеспечивают образование тромба в результате отёка эндотелия сосуда. За один сеанс тромбируют не более 2 варикозных стволов вен, во избежание усиления застоя в ВРВ желудка (рис. 10Б).

Основной целью паравазальной склеротерапии является создание отёка подслизистого слоя, что позволяет сдавить варикозно-деформированную вену, тем самым остановить кровотечение, а в последующем на 5-7-е сутки за счёт активизации склеротического процесса в подслизистом слое обеспечить создание рубцового каркаса (рис. 10А).

Процедура выполняется под местной анестезией 1% раствора лидокаина с предварительной премедикацией 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл реланиума. Предварительно слизистая оболочка пищевода и желудка орошается 96% спиртом в количестве 10-12 мл. Склеротерапия начинается от области эзофагокардиального перехода и продолжается в проксимальном направлении. Из склерозирующих агентов, как правило, используется этоксисклерол (Германия), который содержит 5-20 мг полидоканола в 1 мл этилового спирта. Чаще всего применяется этоксисклерол в 0,5% концентрации. При каждой инъекции вводят не более 3-4 мл склерозанта. Обычно осуществляют от 15 до 20 вколов. За один сеанс расходуется

ность проводимого лечения, динамику уменьшения степени ВРВ и снятие угрозы кровотечения. 4-й сеанс склеротерапии назначают через 3 месяца.

Глубокий рубцовый процесс в подслизистом слое пищевода и желудка при проведении повторных сеансов эндоскопического склерозирования предотвращает возможность для их развития и варикозной трансформации предрасполагающих венозных коллатералей.

Лечение продолжается до получения эффекта эрадикации либо до достижения положительного результата. Для этого требуется в среднем 4-5 сеансов склеротерапии в год. Динамический контроль осуществляется в последующем один раз в 6 месяцев. В случае необходимости лечение повторяется.

Проведение склеротерапии при продолжающемся кровотечении имеет некоторые особенности. При обнаружении кровоточащей вены, в зависимости от локализации источника, введение склерозанта осуществляется по обе стороны кровоточащей вены. При этом приходится вводить значительное количество склерозанта до осуществления гемостаза.

Для достижения эффекта необходимо количество склерозанта нередко превышало 10-15 мл. Данное обстоятельство требует выполнения контрольной эндоскопии через 3-4 дня после проведения эндоскопического гемостаза, нередко к этому времени уже формируется зона некроза участка слизистой оболочки.

При отсутствии осложнений больным выполняется контрольная ЭГДС и в случае

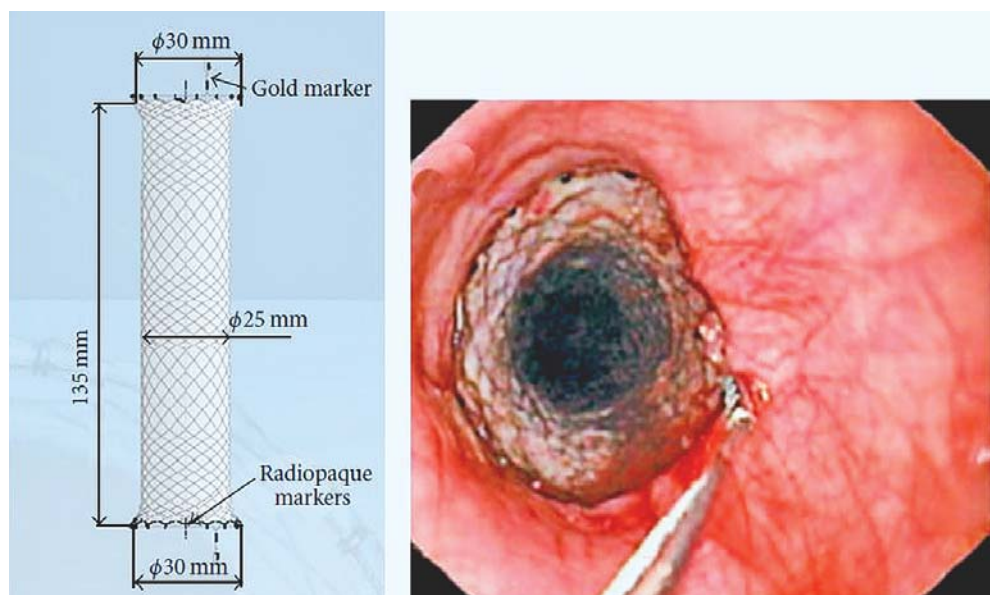


Рис. 12. Установка стента Даниша (Danis) в пищеводе

необходимости повторное склерозирование через 3, 6, 12, 24, 36 месяцев.

Применение клеевых композиций

В случаях, когда склеротерапией не удаётся остановить кровотечение (при ВРВ желудка) применяют цианокрилатные клеевые композиции. Используют два тканевых клея: N-бутил-2-цианокрилат (гистоакрил) и изобутил-2-цианокрилат (букрилат). При попадании в кровь цианокрилат быстро полимеризуется (20 секунд), вызывая облитерацию сосуда, чем достигается гемостаз. Через несколько недель после инъекции клеевая пробка отторгается в просвет желудка.

Время проведения инъекции ограничено 20 секундами из-за полимеризации гистоакрила. Несоблюдение данного условия приводит к преждевременному застыванию клея в инъекторе, что не позволяет широко применять данный метод для лечения и профилактики кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

При неэффективности эндоскопического гемостаза и наличия источника кровотечения в пищеводе возможно использование стента Даниша (Danis) (рис. 12).

Эндоваскулярные методы лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка включают в себя:

- чреспеченочную чрескожную облитерацию внеорганных вен желудка;
- трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS).

Плохая переносимость больными циррозом печени обширных травматических хирургических вмешательств послужила основанием для отказа от операций portoкавального шунтирования в пользу методики чреспеченочной чрескожной облитерации внеорганных вен желудка, описанного в 1974 г. A.Lunderquist, J.Vang.



Рис. 13. Эндоваскулярная эмболизация левой желудочной вены и коротких вен желудка

Смысл данного вмешательства заключается в разобщении portoкавального перетока крови путём эмболизации левой желудочной и коротких вен желудка с помощью эмболизирующих материалов и металлической спирали Гиантурко, что позволяет снизить напряжение в ВРВ желудка и пищевода и тем самым уменьшить риск кровотечения из этих вен (рис. 13).

Эндоваскулярная эмболизация ВРВ желудка применяется с целью профилактики и лечения кровотечения из эзофагокардиальной зоны. Но она также эффективна при рецидивах кровотечений из вен желудка. Осуществить данную манипуляцию возможно только в клиниках, имеющих дорогостоящую рентгеноангиографическую аппаратуру. Через 6 месяцев после первой процедуры необходимо повторять рентгеноэндоваскулярную эмболизацию в связи с быстрой реканализацией тромбированных вен и высоким риском рецидива кровотечения. Данный метод выполним только у больных циррозом печени и проходимой воротной веной. Фатальным осложнением данной методики является продолженный тромбоз воротной вены и последующие неконтролируемые кровотечения из ВРВ пищевода и желудка.

Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование

Большой интерес клиницистов вызвало внедрение в практику трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования, разработанного J.Rosch и соавт. в 1969 г. Общеизвестное сокращённое название данной методики – TIPS (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt).

TIPS является малоинвазивной хирургической операцией, проводимой под контролем рентгеноскопии, и включает в себя ряд эндоваскулярных процедур в определённой последовательности - после пункции яремной вены с помощью сосудистых стентов (голометаллических или стент-графтов) формируется внутрипеченочное соустье между крупными печёночными венами и ветвями воротной вены. В результате использования TIPS сохраняется гепатопетальный кровоток и осуществляется отчётливая портальная декомпрессия. Успех процедуры во многом зависит от квалификации оперирующего

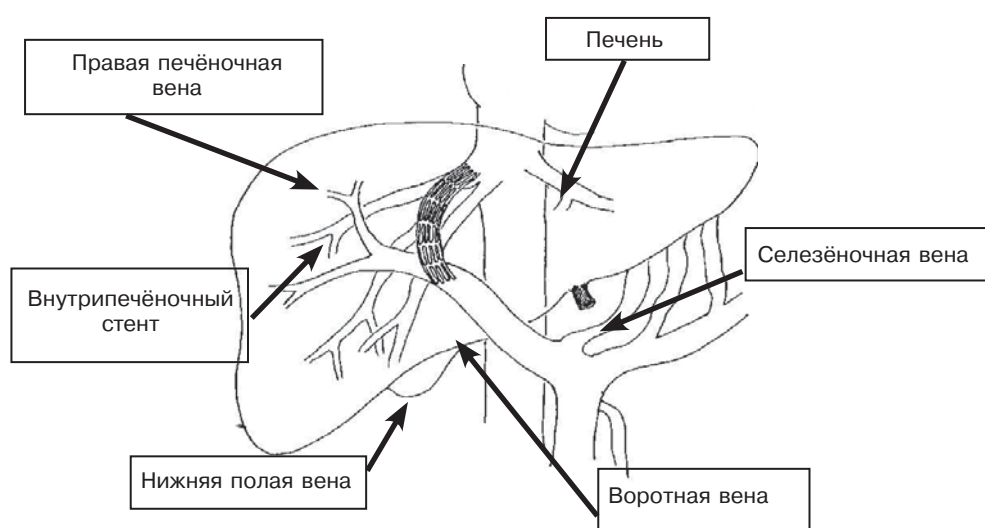


Рис. 14. Схема трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования

хирурга и учёта им индивидуальных анатомических особенностей пациента (рис. 14).

Показания к TIPS:

1. Продолжающееся кровотечение из ВРВ пищевода и желудка, которое невозможно остановить с помощью медикаментозной терапии или эндоскопических методов.

2. Повторные кровотечения у пациентов, прошедших эндоскопическое лечение с терапией β -блокаторами или без неё и/или имеющих противопоказание к эндоскопическому вмешательству.

Рецидивом следует считать повторное появление мелены и/или гематемезиса даже при наличии стабильных гемодинамических показателей и уровня гемоглобина и гематокрита в течение по крайней мере 24 часов после первого эпизода острого кровотечения.

3. Резистентный к диуретической терапии асцит.

4. Печёночный гидроторакс, резистентный к диуретической терапии и/или его рецидив после плевральных пункций.

5. Массивные повторные кровотечения из ВРВ тонкой и толстой кишки.

Противопоказаниями к проведению TIPS являются:

1. Показатель MELD > 20 баллов или при проведении TIPS по поводу резистентного к диуретической терапии асцита.

2. Количество баллов по шкале Child – Turcotte – Pugh > 11 баллов или общий билирубин более 60 мкмоль/л при про-

ведении TIPS по поводу кровотечений из ВРВ пищевода.

3. Печёночная энцефалопатия 3-4-й степени, некорректируемая медикаментозно.

4. Ишемическая болезнь сердца или дилатационная кардиомиопатия, ассоциированные с недостаточностью кровообращения выше 1-й степени.

5. Повреждения, опухоли печени, поликистозная болезнь печени, агональное состояние.

Относительным противопоказанием к TIPS можно считать хроническую окклюзию воротной вены с развитыми коллатеральными. В некоторых случаях TIPS можно осуществить при неокклюзивном характере тромбоза.

Выполнение TIPS в ряде случаев возможно при кавернозной трансформации воротной вены, при этом для выполнения процедуры используется комбинация доступов - чрескожного и эндоваскулярного.

Уменьшение портосистемного градиента ниже 12 мм рт.ст. является достаточным для остановки продолжающегося кровотечения. Однако в urgentных ситуациях невозможно руководствоваться данным критерием, так как на параметры гемодинамики могут существенно влиять наличие напряжённого асцита, медикаменты, септические осложнения, выброс цитокинов и др. Поэтому успешный исход TIPS и остановка кровотечения прогнозируются при снижении исходного давления в воротной вене по крайней мере на 20%.

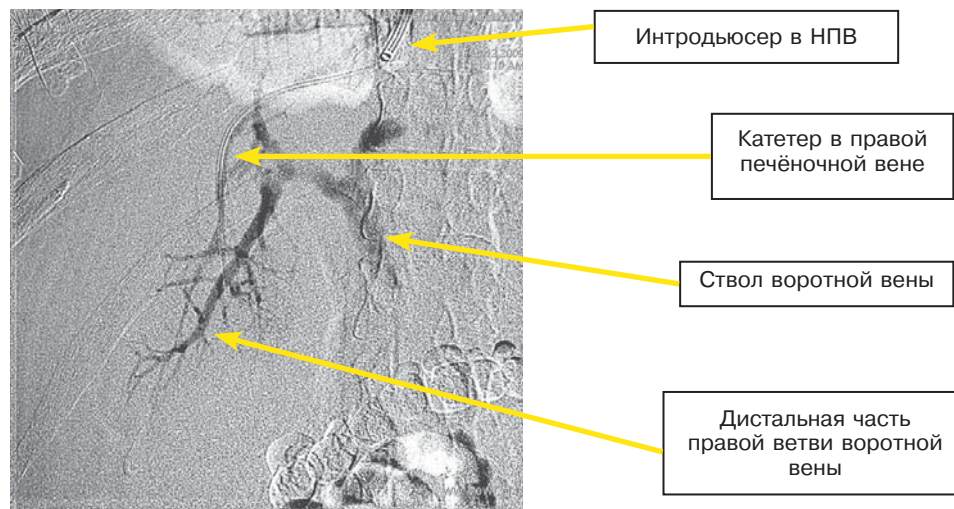
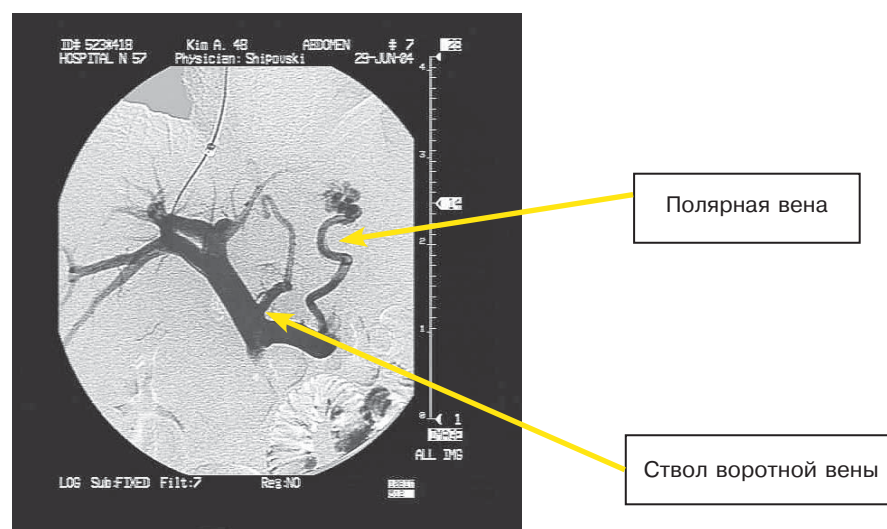
Рис. 15. Портография с использованием CO₂ (карбоксипортография)

Рис. 16. Трансъюгулярная портография

Особенности методики трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования:

1. Чрескожная катетеризация внутренней яремной вены.

2. Катетеризация печёночной вены.

3. Печёночная флебография, определение «давления заклинивания» и портосистемного градиента. Давление в воротной вене напрямую связано с риском возникновения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. Его измерение – один из самых важных показателей для пациентов с портальной гипертензией.

4. Доступ в воротную вену. Для облегчения этого этапа операции целесообразно использовать УЗИ-наведение пункционной иглы и карбоксипортографию (рис. 15 и 16).

5. Дилатация внутрипеченочного тракта. Предпочтительнее использовать дефлятор в связи с высокой плотностью паренхимы печени.

(Окончание следует.)

На Всероссийской конференции с международным участием «VI Беломорский симпозиум», которая проходила в Северном государственном медицинском университете, собрались более 800 врачей и медицинских сестёр из различных городов России, а также Белоруссии, Норвегии, Испании, Великобритании, Бельгии, Израиля, Франции, Пакистана и Италии. Специалисты обсудили вопросы новых технологий мониторинга и целенаправленной терапии, современных аспектов экстренной медицинской помощи, обезболивания, инфузионно-трансфузионной терапии, респираторной поддержки, сепсиса, анестезиологии и интенсивной терапии в неонатологии и педиатрии, сестринского дела. В ходе пленарного и 12 секционных заседаний, 3 постерных сессий и спутных мероприятий было заслушано более 200 докладов по различным научным и клиническим проблемам.

Пrestиж Беломорского симпозиума

Мероприятие, прошедшее в Архангельске, является значимым событием в отечественной медицинской науке, в том числе в анестезиологии и интенсивной терапии, гемотрансфузиологии и экстренной медицине. Беломорский симпозиум, завоевав популярность у клиницистов, давно и заслуженно считается настоящим брендом Северного региона. В этом году симпозиум состоялся при поддержке Федерации анестезиологов и реаниматологов, Северного ГМУ, Министерства здравоохранения Архангельской области, Архангельской областной ассоциации врачей анестезиологов-реаниматологов.

— По инициативе нашей кафедры Беломорский симпозиум проводится в течение уже 10 лет с периодичностью раз в 2 года. Толчком для его создания послужила необходимость повышения качества образовательного процесса в медицине критических состояний и использования опыта ведущих мировых и отечественных специалистов для улучшения результатов лечения наших пациентов. С каждым разом увеличиваются научная ценность мероприятия и число участников, расширяется география, — пояснил заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии СГМУ, профессор Михаил Киров.

В этом году Всероссийская конференция с международным участием была посвящена 75-летию юбилею основателя северной научной школы анестезиологов-реаниматологов и почётному президенту симпозиума профессора Эдуарда Недашковского.

— За последние 20 лет в Архангельске сформировалась северная научная школа анестезиологов. Семена её выросли на основе плодотворного международного сотрудничества и развития новых медицинских технологий, — отметил в своём обращении Эдуард Владимирович. — Приоритеты интереса наших учёных — проблемы сепсиса, кардиоанестезиологии, респираторной терапии, регионального обезболивания и лечения боли. В последние годы наши молодые учёные активно вторгаются в поле неотложной неврологии и кардиологии, современной сложной хирургии и ортопедии. Научное общение — обязательное условие развития науки. Так родилась идея Беломорского симпозиума, который уже в 6-й раз собирает в Архангельске ведущих отечественных и зарубежных учёных.

Двойной подарок

Ещё одним заметным событием VI Беломорского симпозиума стала презентация русского перевода «Анестезии» Ронольда Миллера. Плод нелёгкой работы целого коллектива — 4-томное издание — стало поистине достойным подарком почётному юбиляру.

По сложившейся традиции в рамках мероприятия прошло вручение беломорских премий. Победителями конкурса научно-исследовательских проектов «Новые методы мониторинга в анестезиологии и реаниматологии» стали: архангельский проект «Биомаркёр NT-proBNP при остром респираторном дистресс-синдроме»; исследование учёных из Новосибир-

Деловые встречи

Подальше от политики

В «столице» Поморья обсудили актуальные вопросы медицины критических состояний



Докладчик — профессор Жан-Луи Винсент, в президиуме — профессора Михаил Киров, Юрий Полушин, Эдуард Недашковский

ска «Влияние целенаправленной инфузионной терапии различными инфузионными средами на содержание внесосудистой воды лёгких у больных ишемической болезнью сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения». Также члены жюри по достоинству отметили проект из Санкт-Петербурга «Параллели между гемодинамическим профилем, активностью биомаркёров и клиническим течением при изолированной систолической дисфункции правого желудочка в послеоперационном периоде коронарного шунтирования». Всем победителям конкурса была предоставлена возможность представить доклады по теме своих научных работ на заседании по мониторингу и целенаправленной терапии критических состояний Беломорского симпозиума.

Как и в прошлые годы на пленарном заседании прозвучали доклады ведущих специалистов России и ряда зарубежных стран. Почётными гостями и активными участниками симпозиума стали: президент Федерации анестезиологов-реаниматологов профессор Юрий Полушин, президент Общества интенсивной терапии Испании Э.Фернандес-Мондехар, главный анестезиолог-реаниматолог Минздрава Республики Беларусь Александр Дзядзько, главный трансфузиолог Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова профессор Евгений Жибурт, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии им. В.Л.Ваневского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, учёный секретарь ФАР, профессор Константин Лебединский и другие.

Особенно хотелось бы отметить выступления гостя из Бельгии, президента Всемирной федерации обществ интенсивной терапии и медицины критических состояний

профессора Жана-Луи Винсента, который является одним из мировых лидеров современной интенсивной терапии. Он внёс огромный вклад в прогресс и развитие этой специальности и уже 35 лет подряд проводит «брюссельские» симпозиумы, делегатами и гостями которых были архангельские учёные.

Это первый визит бельгийского специалиста в наш северный регион.

Отвечая на мои вопросы, про-

щадок, на которых специалисты обсудили современные аспекты хирургии, терапии и неврологии, новые технологии обезболивания, рассказали о новых направлениях лабораторной диагностики. Кроме того, в рамках симпозиума состоялось несколько спутных заседаний, мастер-классов и «круглых столов», в которых, кроме анестезиологов-реаниматологов, активно участвовали врачи скорой медицинской помощи, трансфузиологи

повторная операция при болезни Гиршпрунга. Обычно подобных пациентов направляли на лечение в Москву.

— Программа совместной работы была очень насыщенной — проконсультировано и обследовано более 20 больных, проработаны диагностические проблемы и вопросы реабилитации данной сложной врождённой аномалии. В конечном итоге осуществился проект, который, мы надеемся,

изменит хирургические подходы в широком спектре врождённой колопроктологической патологии у детей. Такие проекты всегда являются ключевыми, так как радикально меняют устаревшие методы лечения. Судьбы многих детей изменятся в лучшую сторону. Особенно ценно, что сразу наметились новые перспективные направления в рамках сотрудничества России и Франции: создание реабилитационных центров колопроктологических больных на базе северных природных санаториев, создание школы детского колопроктолога, обсуждены возможности улучшения гистологической верификации диагноза у колопроктологических пациентов. Планируется совместное написание методических рекомендаций для студентов с учётом современных представлений о врождённой патологии у детей, — поделилась своими впечатлениями доцент кафедры детской хирургии Северного ГМУ Мария Яницкая.

Участники мастер-класса получили уникальную возможность пообщаться с профессором Мишелем Гизом в клинике, присутствовать на лекции, задать гостю интересующие вопросы. Как отмечают архангельские врачи, после визита профессора Гиза осталось очень тёплое чувство. Он очень добрый и интеллигентный человек. С ним было легко и приятно общаться.

Непрерывное образование

Также под крылом Беломорского симпозиума на базе 1-й городской клинической больницы им. Е.Е.Волосевич Архангельска был проведён курс лекций Комитета по европейскому образованию в анестезиологии (CEEА) Европейского общества анестезиологов (ESA) «Частная анестезиология и периоперационный период». Курс направлен на поддержание и улучшение стандартов анестезиологической помощи путём участия в непрерывном последипломном образовании анестезиологов-реаниматологов.

Закрывая конференцию, ректор СГМУ Любовь Горбатова отметила большое значение, которое имеет Беломорский симпозиум для врачебной общности региона и всей страны. По словам ректора, очень важно, что симпозиум позиционируется сегодня как неотъемлемая часть непрерывного медицинского образования. Об актуальности вопросов, которые обсуждаются на Всероссийской конференции, говорит тот факт, что в её работе принимают участие представители ведущих научных центров России и стран ближнего и дальнего зарубежья. Встречи такого рода неразрывно связаны с научным поиском, развитием медицинской науки в целом и анестезиологии-реаниматологии в частности.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

На секционных площадках

После пленарного заседания работа конференции продолжилась в формате секционных пло-

и врачи других специальностей.

Так, в рамках Беломорского симпозиума прошёл мастер-класс по детской колопроктологии, который был организован кафедрой детской хирургии Северного ГМУ. На базе Архангельской областной детской клинической больницы были выполнены два уникальных для северного региона оперативных вмешательств. В состав операционной бригады вошёл один из лучших в мире детских хирургов, руководитель детского хирургического отделения университетской клиники в Марселе, профессор Жан Мишель Гиз. Профессор является экс-президентом Французского и Европейского обществ детских хирургов, почётным членом Российской ассоциации детских хирургов, экспертом мирового уровня в детской колопроктологии. Именно с его участием проходят мастер-классы с выполнением показательных операций на ежегодных симпозиумах, которые проводятся на базе Научного центра здоровья детей в Москве.

— Детская хирургия абсолютно отличается от хирургии взрослых. Взрослый разбил колено, сломал руку — это лечится. Это какой-то промежуток жизни. Но если вы оперируете маленького ребёнка — результаты вашей работы скажутся на его судьбе. Надо сделать так, чтобы ребёнок смог в дальнейшем прожить нормальную жизнь, — говорит Жан Мишель. — Я не первый раз работаю с командой русских хирургов и отмечу, что российские врачи сталкиваются с гораздо большим количеством пациентов, чем их коллеги во Франции.

В рамках мастер-класса прооперировано двое больных с врождёнными пороками развития, причём в одном случае операция по поводу аноректальной аномалии в столь раннем возрасте (1 месяц) была выполнена в архангельской клинике впервые. Ранее такие операции проводились после 1 года. Второму пациенту проведена

В России необходимо создать сеть межрегиональных детских онкологических центров – по одному в каждом федеральном округе. Техническая и технологическая оснащённость, а также кадровое обеспечение этих центров должны быть максимально высокими.

Данный подход не только приблизит оказание специализированной и высокотехнологичной онкологической помощи детскому населению страны, но и существенно повысит её качество, поскольку максимально сократится время от выявления и диагностики заболевания до выработки тактики и начала лечения.

Современная структура оказания онкопомощи, при которой регионы нередко либо не имеют возможности лечить детей на местах, либо стараются направить максимальное число пациентов в столичные клиники, не отвечает этим задачам. Таково мнение главного детского онколога Минздрава России академика РАН Владимира Полякова.

Вопрос об эффективности работы детской онкологической службы в её нынешнем виде будет обсуждаться на предстоящем VI съезде детских онкологов России. Как пояснил главный специалист, необходимость структурных перемен объясняется объективными причинами.

В 2010 г. вышел приказ Минздрава о трёхуровневой системе оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Первый уровень – районная больница или поликлиника, где врач может заподозрить заболевание у ребёнка и направить его на второй уровень для углублённой диагностики. На втором уровне, в условиях областного лечебного учреждения онкологического профиля пациента обследуют, в том числе выполняют гистологическое исследование, чтобы подтвердить или снять диагноз злокачественной опухоли. В случае, если ситуация стандартная по стадии и по локализации, врачи должны проводить

Накануне

Зачем плодить пустующие койки?

На предстоящем съезде детских онкологов будет обсуждаться вопрос оптимизации коечного фонда



Владимир Поляков

лечение на месте по утверждённым клиническим протоколам. Но когда стадия заболевания запущенная, состояние пациента тяжёлое и врачи на месте не могут справиться, больного следует направить на третий уровень – в один из федеральных детских онкологических центров Москвы или Санкт-Петербурга, где сосредоточены возможности для лечения наиболее тяжёлых категорий больных. Формально трёхуровневая си-

стема оказания онкопомощи детям существует в РФ уже в течение 5 лет. Фактически же она до сих пор не работает. Почему? В соответствии с тем же министерским приказом, в каждом регионе страны должно быть создано 18-коечное отделение детской онкологии. Но подобная унификация коечного фонда себя не оправдывает, так как в территориях с разной численностью детского населения разное число больных детей. Статистически, онкологическая заболеваемость у детей в среднем 15 случаев на 100 тыс. человек. В регионе с численностью детского населения 200-250 тыс. заболевают 30 детей в год, а в регионах, где 120 тыс. детей, заболевают всего 12.

Таким образом, предлагается открывать отделения с заведомо пустующими стационарными койками и приглашать на работу специалистов, практика которых будет весьма ограниченной. Это абсолютно нецелесообразно, считает В.Поляков. Наличие 18-коечного отделения оправдано там, где выявляется не менее 50 больных детей в год. Так же неверно, что Москва постоянно наращивает количество стационарных детских онкологических коек и там концентрируются больные дети со всей страны.

Вот почему необходимо поднимать вопрос об укрупнении, то есть создании межрегиональных дет-

ских онкоцентров в федеральных округах для централизации оказания помощи маленьким жителям всех территорий данного округа. Пример подобного подхода – строительство сети федеральных пе-

ринатальных, нейрохирургических и кардиохирургических центров.

В свою очередь, национальные онкологические центры Москвы и Санкт-Петербурга, по мнению главного детского онколога Минздрава России, призваны заниматься научными исследованиями, разрабатывать протоколы лечения, испытывать лекарственные препараты, внедрять новые технологии в практику и вести образовательные программы для врачей. Иными словами, здесь создают методологию и транслируют её в регионы, а также принимают на лечение строго определённые категории пациентов, которым требуется высокопрофессиональное и высокотехнологичное лечение. Стандартные же хирургические и терапевтические подходы можно и нужно применять на местах.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото предоставлено
РОНЦ им. Н.Н.Блохина.



Во время одной из операций в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина

Перспективы

Подчинить законодательному регулированию все механизмы, связанные с изготовлением этой продукции, поможет новый федеральный закон «Об обращении медицинских изделий». Проект его прошёл все согласования в инстанциях и находится, что называется, на финишной прямой.

На финишной прямой

Как ожидается, новый закон будет принят парламентом, подписан Президентом РФ и вступит в силу уже в этом году. Проектом устанавливаются, в частности, полномочия федеральных органов исполнительной власти при обращении медицинских изделий; порядок их государственной регистрации и проведения оценки соответствия, экспертизы качества, эффективности и безопасности медизделий.

Законопроект определяет также порядок ведения государственного реестра медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих их производство и изготовление, требования к разработке, производству (изготовлению) медицинских изделий. Разработаны и порядок их ввоза на территорию России и вывоза с территории РФ; ограничения, налагаемые на субъектов обращения медизделий; порядок их технического обслуживания, ремонта, утилизации и уничтожения, а также порядок приостановления применения, изъятия из обращения и возобновления применения.

Кроме того, в пояснительный аппарат включены, в частности, такие термины медизделий, как «контрафактное», «недоброкачественное», «фальсифицированное», «валида-

От шприца до томографа

Каркас системы производства медицинских изделий замкнёт новый закон

ция процесса производства медицинского изделия» и др.

Закон «Об обращении медицинских изделий» поможет подчинить законодательному урегулированию все механизмы, связанные с изготовлением этих изделий, – от шприца до крупных приборов, поскольку речь в конечном итоге идёт о безопасности граждан. Медицинское оборудование, оснащение и другие подобные предметы не имеют единообразного подхода сертификации, изготовления и предъявляемых к ним требований, замечает председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский.

«Всё, что идёт под наименованием «медицинские изделия» надо классифицировать. Сейчас мы не обеспечим такой единообразный подход к тому, кто может их изготавливать, какими они должны быть, требования к ним, каков порядок сертификации и появления на рынке. И то оборудование, которое является более сложным, какие оно должно иметь стандарты. Естественно тут речь идёт и о мерах безопасности. Этого компонента на сегодня не хватает», – сказал сенатор.

Госзаказ
медпромышленности

«Нам важно дать некий государственный заказ медицинской

промышленности, и она должна понимать требования. Всё это должно быть описано в законе о медицинских изделиях. На сегодняшний день вопрос перерезел», – считает В.Рязанский. Он уточнил, что базовый закон в здравоохранении – «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – «предусматривает три главных аспекта, которые связаны со здоровьем людей: наличие врача, наличие лекарств и наличие медицинских изделий. «Всё, что касается профессии врачей, у нас прописано: кто учит, чему учит, какие специальности, какие порядок и стандарты лечения. Всё, что касается лекарственных препаратов, которыми мы лечимся, описывает закон «Об обращении лекарственных средств». А вот закона «Об обращении медицинских изделий» у нас пока нет. Есть одна-единственная статья базового закона, которая описывает в общем виде, как обращаются медицинские изделия в нашей стране», – констатировал В.Рязанский, добавив к сказанному: «Поэтому мы и ждём такой закон».

Сенатор напомнил, что в своё время разработка этого закона была поручена правительством Минпромторгу, но министерство не справилось с поручением. «Документ не одобрила ни общественность, ни медицинская промышленность, ни Минздрав, –

посетовал сенатор. – Сейчас по поручению правительства над этой задачей работает Министерство здравоохранения РФ».

«Это важный раздел, потому что к медицинским изделиям относится всё: от шприца для инъекций до крупных медицинских приборов и агрегатов, к примеру, МРТ, – подчеркнул он. – То есть всё, что связано с изготовлением этих медицинских изделий, должно подлежать законодательному регулированию. Кто их делает, на основании чего, какие применяются стандарты, какие материалы и какие требования к материалам – всё должно быть описано в законе».

«При этом сейчас мы не говорим, что ситуация в отсутствие этого закона критическая, заметил сенатор. На сегодня нормативно-правовыми документами описаны ситуации, связанные с производством медицинских изделий. Есть распоряжения, приказы, порядки, стандарты, технические регламенты. Но было бы желательно, чтобы все вопросы такого характера были детально описаны всё же законом, а не просто правилами и т.д.», – отметил В.Рязанский.

По его словам, «споры идут». «Министерство здравоохранения предложило редакцию закона с большим количеством отсылочных норм, что для производителя является сложным, так как каждый раз потребуются искать

ответы в других законах и нормативно-правовых актах. А если этот нормативно-правовой акт поменяется? – задался вопросом В.Рязанский. – Промышленность будет в растерянности: что делать, как делать, когда делать? Поэтому закон должен чётко и ясно ориентировать производителей в пространстве, что государство хочет, какие получить изделия, с какими выходными данными, и чтобы это был некий государственный импортозамещающий заказ», – убеждён он.

В России уже стали производить больше медицинских изделий, в том числе хирургического оборудования и ортопедических приспособлений. В марте 2015 г. их производство выросло на 17,6% по сравнению с февралём. Такие данные содержатся в отчёте Федеральной службы государственной статистики. По данным Росстата, рост производства медизделий в марте отмечался не только по сравнению с февралём. По отношению к марту прошлого года прирост составил 10,6%.

Всего в I квартале 2015 г. Россия произвела медицинских изделий, включая хирургическое оборудование и ортопедические приспособления, на 6,2 млрд руб. Это на 7,7% больше, чем в аналогичном периоде прошлого года.

Валентия МАЛОВ.
МИА Сито!

Религия и здоровье

Пример трезвости и благоразумия

Его подают священники и врачи

Россияне отметили День трезвости, который восстановлен и отмечается теперь 11 сентября. В этот день состоялись крестные ходы, студенческие акции, концерты, семинары, мотопробеги, на дорогах работали «посты трезвости».

Объединить усилия

Выступая по случаю Дня трезвости с обращением к пастве, предстоятель Русской православной Церкви Патриарх Московский и всея Руси Кирилл рассказал, что для борьбы с алкогольной угрозой Церковь создают реабилитационные центры и общества трезвости, ведётся профилактическая работа. И это приносит свои добрые плоды. «Однако для решающего перелома нужно объединить усилия всех социальных групп, органов власти, религиозных организаций», — считает Патриарх. — Убеждён, что нам удастся изменить ситуацию в обществе». Он выразил надежду, что «мы могли пребывать в воздержании и духовном трезвлении на всех путях жизни нашей».

Предстоятель Церкви обеспокоен тем, что огромная часть людей в России и других странах подвержена пьянству. «Церковь не установила бы этого дня и не учредила специальную молитву, если бы всё это не было так опасно для жизни нашего народа, да и для жизни всего рода человеческого», а также призвал всю Церковь «не только молиться, но и работать вместе с системой здравоохранения, вместе с добровольцами, вместе со многими и многими людьми, которые понимают, что дальше так нельзя».

Министерство здравоохранения РФ поддерживает инициативу Церкви по празднованию Дня трезвости, сообщил на пресс-конференции директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай. При этом он отметил, что каждый регион должен сам определять, какие именно мероприятия проводить по случаю Дня трезвости.

Примерно четверть всех преступлений совершается, по словам О.Салагая, в состоянии алкогольного опьянения. «Процент убийств, совершённых в состоянии алкогольного опьянения, может доходить до 80%», — сказал он. — И это, конечно, страшные цифры, которые подтверждают то бремя, которое несёт всё общество в связи с употреблением алкоголя».



Крестный ход в Красноярске

По данным Минздрава России, примерно 50% погибших в пожарах находились в состоянии алкогольного опьянения, четверть всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний связаны с алкоголем.

Есть огромный потенциал взаимодействия

...Более четверти века назад в России возобновилось открытое сотрудничество Церкви и врачебного сообщества. Стали открываться больничные храмы, было создано училище сестёр милосердия, где вместе с врачами преподают и священники. В медицинских институтах начали проводить беседы на духовные темы. В Москве теперь есть Свято-Алексеевская больница Русской православной церкви. Появились православные врачебные сообщества. Законы обеспечивают право пациента на совершение церковных таинств в больничных палатах и реанимационных отделениях.

«Однако есть очень много нерешённых вопросов, есть, к сожалению, и сложившиеся за это время ложные представления о целях и формах взаимодействия врачей и Церкви. Есть и огромный, не использованный пока потенциал этого взаимодействия», — полагает священнослужитель.

Церковь считает алкоголизм злом, потому что это грех разрушения человеческого достоинства, отметил глава синодального информационного отдела Московского патриархата Владимир Легойда. «По учению Церкви, человек есть образ и подобие Божие.

И всё то, что понуждает человека эти образ и подобие терять и уподобляться не Богу, а противоположенному началу, никак не может быть поддержано», — подчеркнул он. «Именно этот грех, который ведёт к потере человеческого достоинства, вызывает огромную обеспокоенность», — добавил В.Легойда.

«Церковь никогда не демонизировала алкоголь, никогда не выступала за всеобщий, полный, повсеместный отказ от алкоголя, винопития, но всегда последовательно осуждала алкоголизм, который является огромной проблемой нашего отечества», — сказал глава отдела.

«В 2009 г. на XIII Всемирном русском народном соборе возникла инициатива, которая была поддержана, — был создан Церковно-общественный совет по противодействию алкогольной угрозе», — напомнил В.Легойда. — Я думаю, мы сегодня можем говорить, что это один из самых успешных общественных проектов, инициированных Церковью и поддержанных государством. Те вещи, которые были сделаны в сфере законодательства, во многом стали возможны благодаря деятельности совета».

Своим 35-летним опытом работы поделился доктор медицинских наук, нарколог, заслуженный врач РФ, профессор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, священник Григорий Григорьев. По результатам его собственных исследований, количество людей,

которые сохранили трезвость после церковной реабилитации, на 10% выше, чем количество тех, кто не сорвался после реабилитации в светских учреждениях.

Что на будущее?

«Празднование Дня трезвости не насаждается сверху, это инициатива снизу, он нужен людям», — отметил руководитель координационного центра по противодействию алкоголизму и утверждению трезвости синодального отдела по благотворительности Московского патриархата Валерий Доронкин. В Русской православной церкви 232 организации, в том числе более 50 реабилитационных центров и приходов, помогают алкогользависимым и их родственникам на территории России, — напомнил он. — Всего в Церкви действуют более 100 обществ, братств и групп трезвения. За последние 5 лет число таких церковных проектов увеличилось более чем в 5 раз».

Согласно исследованиям общественного мнения, большинство россиян выступают за повышение возраста, после которого можно употреблять алкоголь, до 21 года, отметил также представитель Церкви. Сегодня очень важно, чтобы православные верующие подавали пример воздержания во всех сферах жизни.

Иван ВЕТЛУТИН.
МИА Сити!

Сотрудничество

Диалог Москва — Ханой

В рамках проведения дней Ханоя в Москве состоялось обсуждение вопросов сотрудничества в области медицины и здравоохранения с участием Департамента здравоохранения Москвы и Посольства Социалистической Республики Вьетнам в России.

В ходе научной конференции «Вьетнамская акупунктура и массаж как часть мирового медицинского наследия» обсуждались тенденции развития здравоохранения Москвы и Ханоя, достижения вьетнамской акупунктуры и российской рефлексотерапии, новейшие методологии нелекарственного лечения хронических и функциональных заболеваний в комбинации с современными методами лечения.

С приветствием к участникам обратился главный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения Москвы академик РАН Александр Разумов. В своей речи он отметил «положительные тенденции в развитии здравоохранения Москвы, повышение уровня доступности медицинской помощи, использование новейших инженерно-технических разработок в практическом здравоохранении». Говоря о фармацевтической промышленности, А.Разумов обратил особое внимание на сложившиеся потребности применения нелекарственных методов лечения, эффективность которых доказана.

Таким образом, акупунктура является весьма эффективным методом в коррекции функциональных состояний и хронических заболеваний.

Научный диалог представителей здравоохранения Ханоя и Москвы стал важным инструментом укрепления взаимодействия столичных и вьетнамских медицинских специалистов, развития перспективных направлений лечения хронических и функциональных заболеваний — акупунктуры и рефлексотерапии, что в целом положительно скажется на практических результатах московского здравоохранения.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Ситуация

ВОЗ отметила грустное лидерство России

Всемирная организация здравоохранения в докладе о состоянии здоровья европейцев констатирует: Россия — самая курящая страна Европы, за ней по числу курильщиков следуют Грузия и Греция.

По оценкам Европейского бюро ВОЗ, Россия опережает страны Европы по курению. Самыми неку-

рящими странами признаны Дания и Исландия.

В целом, по данным ВОЗ, в Ев-

ропе курит около трети населения (30%). Специалисты говорят, что это свидетельствует о сокращении общего количества табака на континенте, в том числе в связи с введёнными запретами на курение, ростом цен на сигареты

и практикой использования на пачках устрашающих картинок для курильщиков.

Согласно докладу ВОЗ, европейский регион по-прежнему лидирует в мире по количеству потребления табака и алкоголя, а по избыточной

массе тела и ожирению лишь незначительно отстаёт от стран Америки — лидера по этим показателям. В Европе распространённость избыточной массы тела и ожирения составляет от 45 до 67%. В России, по данным ВОЗ, избыточной массой тела страдают чуть меньше 60% населения старше 18 лет, ожирением — почти каждый пятый.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сити!

Открытия, находки

Сердечная недостаточность

Р.Бергстром, директор европейских фармакологов, признал недавно, что сахарным диабетом 1-го типа «в мире страдает более 17 млн человек», а есть ещё и диабет 2-го типа, при этом «связь между растущей урбанизацией и диабетом остаётся загадкой... это заболевание не только невозможно предотвратить, но оно... остаётся неизлечимым».

Думается, что говоривший «прогледел» связь между городским образом жизни и более калорийным питанием, а также то, что в городах диагноз заболевания устанавливается быстрее и чаще. Но его тревогу можно понять, так как диабеты опасны развитием сердечно-сосудистых заболеваний, от которых по мнению М.Мамедова, руководителя лаборатории Центра профилактической медицины Минздрава России, в мире умирают ежегодно те же 17 млн человек. «По уровню смертности от ишемической болезни сердца наша страна занимает одно из лидирующих мест», – печально констатирует он. Ишемия, или «ис-хемия», переводится как «нехватка крови – гемы». Чаще всего она является следствием сосудистого спазма и атеросклероза, приводящего к сужению просвета сосудов в результате отложения холестерина в бляшках. Последний образуется в печени, поэтому для понижения его уровня в крови врачи используют блокаторы синтезирующих его ферментов. Неудивительно

поэтому, что печень, являющаяся фильтром всего, что приходит в неё из кишечника, может «пропускать» в сосуды и самую разную микрофлору. Исходя из «заветов» И.Мечникова, мы знаем, что на микробную «атаку» в первую очередь реагируют специальные клетки макрофаги, названные его именем. Вполне возможно, что их взаимодействие с микроорганизмами кишечника крайне важно для регуляции веса человека и животных. Согласно одному из сообщений, «бактерии из кишечника худых мышей», перенесённые мышам с повышенной массой, привели к быстрой потере веса. Худые же «быстро покрывались жиром, получив микрофлору от толстяков».

Шотландский поэт Р.Бёрнс писал о единстве «мышиных планов, а равно и людских». Пока неясно каким образом микробы могут менять активность некоторых «метаболических» генов, но по крайней мере привлекательность современных женщин в глазах мужчин отличается от таковой времён Рубенса с его пышнотелыми моделями. Проведённые учёными Абердинского университета при поддержке Научного фонда Китая исследования – в них приняло участие более 1300 мужчин и женщин десятка стран – показали, что наиболее привлекательными видятся девушки с индексом массы тела не более 19. Трудно сказать, придерживались ли подобных взглядов на женскую красоту древние египтяне, в сонных артериях которых КТ показал

признаки отложения кальция и атеросклероза.

Печень синтезирует холестерин, который в первую очередь идёт на «строительство» клеточных оболочек. В крови он переносится в виде полезных частиц высокой плотности, однако при сбоях в обмене, вызванных мутациями в генах, в кровоток устремляются «вредные» частицы низкой плотности (LDL – Low Density Cholesterol), способные давать отложения изнутри сосудов. Там окисленная форма LDL связывается протеиновым рецептором (CD36), который становится «красной тряпкой» для фермента, активирующего макрофаги Мечникова. Следствием этого является снижение подвижности фагоцитов и переход их в весьма агрессивные и токсичные тучные клетки. Выключение гена вспомогательного белка устраняло аномальный ответ на «вредный» холестерин, поглощение LDL клетками и количество тучных клеток. У мышинной модели атеросклероза без гена белка – аполипопротеина, переносящего «рыхлый» холестерин (ApoE), даже жирная диета не приводила к атеросклерозу после выключения у них гена фермента, который активирует макрофаги. Так молекулярные биологи указали фармакологам две новые мишени для разработки новых лекарств против заболеваний сердца.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science Signaling.

Исследования

Человеку нужно лишь 8,2% ДНК

Согласно последней оценке учёных из Оксфорда, только 8,2% генетического кода человека действительно важны. Этот небольшой процент важен для генетического кодирования человека, остальное учёные назвали не иначе как ДНК-балласт.

Британские учёные обнаружили, что лишь 250 млн пар оснований из 3,2-миллиардного их числа выполняют генетическую работу, то есть 8,2% генома человека. «Нравится это людям или нет, но огромная часть нашего генома является бесполезной. Совершенно точно уверяем вас в этом, поскольку важен не размер генома как таковой: есть множество организмов с геномом

больше, чем человеческий», утверждает Дэн Граур, профессор молекулярной эволюционной биологии Хьюстонского университета. В новом исследовании генетики применили эволюционную модель для оценки полезности каждого участка ДНК, причём не только человека, но и млекопитающих (крупный рогатый скот, хорьки, кролики, панды). Все млекопитающие произошли около 100 млн лет назад от общего предка, и учёные предположили, что гены, наименее пострадавшие от мутации в ходе эволюции – самые нужные. Журнал PLoS Genetics подчёркивает, что и у людей, и у каждого вида животных оказалось полезным исключительно 8,2% ДНК.

Интересен и тот факт, что всего 1% наших генов кодирует белки, вовлечённые в ежедневную жизнедеятельность тела, а остальные 7% управляют ими: включают и выключают время от времени, ориентируясь на жизненно важные показатели.

Как может ДНК быть ненужной? – задают себе все логичный вопрос. Ответ прост: природа несовершенна. На протяжении миллионов лет происходит эволюция человеческого вида, за это время ДНК реплицировалась бессчётное количество раз. Отсюда и возник такой внушительный балласт.

Инга ТБИЛИСО.
По материалам PLoS Genetics.

Гипотезы

Низкорослые пациенты из Великобритании, прошедшие курс лечения гормоном роста человека, получили таким образом бета-амилоиды (основной компонент амилоидных бляшек, встречающихся в мозгу страдающих болезнью Альцгеймера). Расследование британских врачей впервые указало на то, что определённые медицинские процедуры могут стать источником заражения смертельной болезнью, которая считается незаразной.

Заразный Альцгеймер

Передача прионной болезни от человека человеку посредством медицинских процедур произошла с крайне длительным инкубационным периодом – более 50 лет. Выяснилось, что в 1958-1985 гг. 1848 британцев низкого роста получали инъекции гормона роста, извлечённого из гипофиза покойников, причём часть органов была заражена

прионами (врачи об этом не знали). К 1985 г. этот метод был запрещён из-за случаев болезни Крейтцфельда – Якоба (БКЯ) среди пациентов.

Джон Коллиндж и его коллеги провели вскрытие и анализ тканей мозга 8 пациентов, умерших от ятрогенной БКЯ (в возрасте 36-58 лет). Помимо признаков прионной болезни у 6 пациентов

ООО «ФАРМ-ЭФФЕКТ»
Предлагает к поставке в медицинские учреждения расходные материалы для бальнеологии и физиотерапии: озокерит, парафин, бишофит, хвойный бальзам, тепловит, соль морская (в т.ч. фильтр-пакеты), скипидарные эмульсии (белая, желтый раствор), комплекты медицинские для проведения физиотерапевтических процедур, бальзамир – SPA, (включая сероводородные ванны). Поставки от поставки до контейнера.
+7 (499) 270-42-72, +7 (968) 507-79-34
Сайт: www.farmeffekt.ru, www.farmeffect.ru
e-mail: info@farmeffekt.ru

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- ▶ ортодонт
- ▶ акушер-гинеколог (стационар)
- ▶ неонатолог
- ▶ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)
- ▶ уролог
- ▶ кардиолог
- ▶ анестезиолог-реаниматолог
- ▶ врач скорой медицинской помощи
- ▶ врач по спортивной медицине
- ▶ терапевт участковый (предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство в размере 1 млн руб. (постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 267-п от 14.08.2015)).

Местность приравнена к району Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.
Контактный телефон для справок **8 (34675) 3-41-20.**
Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 3-15-73**, e-mail: **sovhospital@sovboldnitsa.rf** или по адресу **628240, ХМАО – Югра, г. Советский, ул. Тагарина, 62 «а».**

Книжная полка

Путешествие от зевоты до оргазма

Колесников Л.Л., Этинген Л.Е. За пределами учебника анатомии человека. Книга вторая. М.: «Литтерра», 2015, 134 с. Тираж 500 экз.

Рецензируемая научно-популярная книга является продолжением первой книги с таким же названием, опубликованной двумя годами ранее (см. «МГ» № 40 от 04.06.2014), в которой освещались вопросы конституции человека, типы пропорций и телосложения, строение мышечного аппарата, особенности мимики, смеха, проблема пересадки лица и пищеварительная система.

Вторая книга открывается главой о дыхании, где читатель узнает совершенно удивительные данные о чихании и храпе, икоте и зевоте, кашле и мокроте. Особый интерес представляет анатомическая версия смерти Иисуса Христа.

Вторая и третья главы посвящены мочевым и половым органам. Детально представлены этапы пересадки почки. Описаны фазы эрекции, детали обряда обрезания, состояние приапизма. Последняя глава рассказывает о половом акте, оргазме и вагинизме, мастурбации и эротизме.

Вторая книга, так же как и первая, отличается нестандартностью изложения. Авторы приводят множество

малоизвестных научных и исторических фактов. Они предлагают читателю посмотреть на анатомию человека с позиций живописи и литературы, скульптуры и мифологии, музыки и истории. Обе книги богато иллюстрированы цветными фотографиями, гравюрами и схемами, рентгенограммами и изображениями электронной микроскопии.

Впрочем, есть особое отличие во второй книге: авторы во всех главах в подтверждение своих данных представляют фото натуральных анатомических препаратов рассматриваемых объектов. Это оживляет текст и интригует читателя.

Отдельно хочется сказать о дизайне: обложка и главы превосходно оформлены, текстовый и иллюстративный материал великолепно сочетаются, благодаря игре со шрифтами читатель в состоянии выбрать «основные» и «дополнительные» сведения. Книга написана ясным языком, с привлечением фактов из других научных дисциплин, литературы и искусства.

Будем надеяться, что скоро выйдет и третья книга с информацией о сердце, сосудах и нервной системе.

Борис НУВАХОВ,
руководитель пресс-центра
Отделения медицинских наук РАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ.

Риск заражения неизлечимыми нейродегенеративными болезнями через инъекции гормонов роста, полученных от трупов, можно считать доказанным. Учёные призывают тщательно исследовать и другие ятрогенные пути переноса прионов (через хирургические инструменты и переливание крови), чтобы понять, не несут ли и они риск заражения болезнью Альцгеймера.

Инна СЕРГЕЕВА.
По материалам Nature.

Недавно нью-йоркская фармацевтическая компания Turing Pharmaceuticals приобрела права на производство препарата дараприм, используемого для лечения паразитической инфекции. На следующий день фирма повысила его розничную стоимость на 4100% — ранее он продавался в аптеках по 18 долл. за таблетку, новая цена составила 750 долл.

Изначально СМИ сообщали о подорожании на 5500%, исходя из прежней стоимости в 13,5 долл. за таблетку, однако представители Мартина Шкрели указали журналистам на ошибку в вычислениях. Действия компании вызвали скандал, который дошёл почти до Белого дома, но руководство фирмы, кажется, это нисколько не смущает.

Главный герой этой истории — основатель компании, американский бизнесмен албанского происхождения Мартин Шкрели, по основной специальности менеджер хедж-фондов. Подход к работе на фармацевтическом рынке у него соответствующий: компании Шкрели ищут возможности для вложения средств с максимальной доходностью. Как показали события последних недель, никакие другие аспекты работы на рынке здравоохранения, включая этические, Шкрели не интересуют.

В начале сентября его компа-

Скандал

Сверхприбыль на ВИЧ

Финансист поднял цену лекарства в 41 раз



ния приобрела права на производство нескольких распространённых в США препаратов. Для фармацевтического рынка это довольно обычная практика: дожидаться истечения химического патента на тот или иной препарат, выкупить эксклюзивное право на производство и поднять розничную цену, чтобы отбить стоимость лицензии и заработать. В Turing Pharmaceuticals решили, что на некоторые препараты цену можно поднять в 40–50 раз.

В числе лекарств, купленных фирмой Мартина Шкрели, оказались препараты, внесённые в список базовых медикаментов ВОЗ. Один из них — дараприм,

применяющийся с 1950-х годов для лечения токсоплазмоза. По некоторым оценкам, токсоплазмозом заражены до 50% населения планеты, однако он особенно опасен для людей с заболеваниями иммунной системы. Поэтому в США является одним из стандартных препаратов, назначаемых ВИЧ-инфицированным.

Как подсчитали в ассоциации HIV Medicine Association — общественной организации, представляющей интересы больных СПИДом, — даже при наличии страховки одна таблетка дараприма обойдётся пациенту минимум в 150 долл.

Стремительным подорожанием лекарства озаботились пользователи Reddit. В ходе обсуждения на сайте предлагалось бойкотировать всю продукцию Turing Pharmaceuticals, однако некоторые указывали на неэффективность такого подхода: трудно бойкотировать лекарство, без которого ты умрёшь.

По прошествии некоторого времени на Мартина Шкрели обрушилась американская поли-

тическая машина. Сенат привлёк Turing Pharmaceuticals к ранее начатому расследованию спекуляций на рынке лекарственных препаратов, а кандидат в президенты США Хиллари Клинтон

пообещала срочно представить план борьбы с таким поведением.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Financial Times.

Кстати

Не корысти ради, а суверенитета для

Гендиректор «Ростеха» Сергей Чемезов направил Президенту РФ письмо с просьбой сделать «дочку» корпорации «Нацимбио» единственным поставщиком лекарств от ВИЧ, туберкулёза и вирусных гепатитов в рамках госзакупки до 2020 г. Кроме этого Чемезов просит сделать «Нацимбио» единственным продавцом препаратов крови для государства до 2025 г.

В пресс-службе «Ростеха» считают, что Президент удовлетворит просьбу Чемезова. В письме также сказано, что «Нацимбио» может на 90% покрыть потребность страны в лекарствах и сделать компанию единственным поставщиком необходимо в рамках «обеспечения суверенитета Российской Федерации в сфере производства лекарственных препаратов».

По данным компании, сейчас доля российских лекарств от ВИЧ и вирусных гепатитов не превышает 11%. Если просьба Чемезова будет удовлетворена, то «Ростех» станет крупнейшим поставщиком лекарств для госзаказа.

Мифы

Гады и яды

Верить ли народным средствам от укуса змей?

Справедливо ли народное поверье, гласящее, что, помочившись на место укуса змеи, можно нейтрализовать действие яда? Есть ли в этом хоть капля правды?

Змеи жалят не менее 5 млн человек ежегодно. Многие такие случаи происходят в странах Африки южнее Сахары, в Южной и Юго-Восточной Азии. Хорошая новость заключается в том, что лишь незначительное меньшинство этих укусов смертельно. Плохая же новость такова, что каждый год от укусов змей погибает 125 тыс. человек, половина из них — в Индии.

Лучшая защита — избегать

Пусть это покажется до банальности очевидным, но самый главный совет, который дают специалисты по пресмыкающимся и земноводным (они же герпетологи) состоит в том, чтобы в первую очередь избегать укусов. Не трогайте змей, если увидите их, надевайте длинные брюки и надёжные ботинки или сапоги, оправляясь в такие места, где змеи — обычное явление. Энергично встряхните обувь, прежде чем обуться, если змея теоретически может туда заползти. Если вас всё-таки ужалил змея, нужно ли помочиться на место укуса? Простой ответ: нет!

Это станет напрасной тратой драгоценного времени, которое с большей пользой можно употребить на то, чтобы добраться до ближайшей больницы и получить противоядие.

Моча не помогает при укусах змей. Она содержит мочевину, которая смягчает кожу и содержится во многих кремах, таких, например, которые способствуют заживлению трещин на пятках. Мочевина также

является антисептиком, поэтому некоторые люди находят её полезной и применяют в ваннах для лечения язв на ногах. Однако этих полезных свойств недостаточно для нейтрализации токсинов, содержащихся в змеином яде.

Итак, моча не помогает. А как быть с другими народными средствами, скажем, высасыванием яда из ранки или перетягиванием руки или ноги жгутом, сделанным из оторванной от собственной юбки полосы ткани, чтобы остановить распространение яда?

К сожалению, высасывание яда тоже не даст результата, поскольку вам вряд ли удастся его высосать полностью, прежде чем он распространится по организму. Даже попытка вырезать укус ножом может вызвать обильное кровотечение, поскольку яд мог уже привести к снижению нормальной сворачиваемости крови.

Жгуты, применение которых рекомендовалось прежде, могут повредить ткани, прилегающие к месту укуса. Впрочем, стоит деликатно обездвижить пострадавшую конечность с помощью лонгета или шины, примерно так же, как это делается при переломах, поскольку чем меньше рука или нога двигается, тем медленнее распространяется яд.

И мёртвая она может укусить

Не подвергайте себя дополнительному риску и не теряйте время на попытки убить змею, чтобы принести её труп в больницу для идентификации. Лучше постарайтесь запомнить какие-то характерные внешние признаки, которые позволят медикам определить, была ли змея, укусившая вас, ядовитой.

Какие отметины, например пятна, вы заметили? Каков был разрез глаз? Видели ли вы клыки? Какой формы была голова? Имелись ли выемки между глазами и носом? Если змея мертва, вы можете взять её с собой, но не трогайте её за голову. Даже мёртвая, она может рефлекторно укусить вас. Лучше всего будет, если вы снимете змею на камеру вашего мобильного телефона.

Есть один человек, который полон решимости снизить статистику смертности от змеиных укусов в Индии. Это д-р Иэн Симпсон, британский герпетолог, который работал во Всемирной организации здравоохранения и участвовал в разработке первого в Индии общенационального протокола по оказанию помощи при укусах змей.

Простая идея состояла в том, чтобы обеспечить противоядиями сельские районы, поскольку главная причина смертности состоит в том, что люди не успевают своевременно добраться до больницы.

Симпсона приводит в отчаяние то число встреченных им людей, которые обращаются за помощью к местным народным целителям вместо того, чтобы немедленно отправиться в больницу. Многие постепенно излечиваются от последствий укусов, побывав прежде у целителя. Но, по словам д-ра Симпсона, это происходит главным образом потому, что большинство укусов на самом деле не ядовиты.

Один биолог в Коста-Рике дал ещё один важный совет о том, что делать в случае укуса змеи. Яд распространяется по организму по системе кровообращения. Поэтому чем меньше окажется частота сердцебиения, тем медленнее будет расползаться яд по вашему телу. Его совет был таков: сохраняйте полное спокойствие по дороге в больницу, чтобы ваше сердце не колотилось как бешеное, даже вопреки тому, что вы знаете, что укус может оказаться смертельным.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам сайта BBC Future.

Исследования

Когда суставам грустно



Люди с симптомами депрессии часто страдают от соматических заболеваний. Результаты исследования показали, что более 30% страдающих депрессией были подвержены риску как минимум одного соматического заболевания, как, например, артрит или артроз.

Учёные из Университета Базеля и Рурского университета проанализировали данные более 14 тыс. человек. Оказалось, что наиболее тесная связь была выявлена между депрессией и дегенеративными и воспалительными заболеваниями суставов, такими как артроз и артрит.

Эксперты пояснили, что при подобных воспалениях организм выделяет в кровь и поражённые ткани химические вещества. Попадание в кровь и ткани таких

веществ вызывает покраснение и жжение. Происходит стимуляция нервов, что приводит к возникновению болевых ощущений.

Соматические заболевания — телесные заболевания, в противоположность психическому заболеванию. В данную группу заболеваний объединяют болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушениями работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека. В целом значительная часть болезней является именно соматическими, так, например, все травмы и генетические наследственные болезни являются соматическими.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению Meddaily.

В средней школе № 17 Белгорода открылась персональная выставка работ нашего фотокорреспондента Александра Худасова «Ловец времени». Это его родная школа, где, как принято говорить, он получил путёвку в жизнь.

Первым и очень важным звеном в его профессиональной судьбе стали знания, полученные в школьных классах. Узнав, что персональная выставка их выпускника уже выставлялась в ведущих медицинских учреждениях России и нескольких городах, руководство школы решило рассказать детям о работе медиков с помощью фотографии. Получилось настоящее повествование о гуманной профессии, поданное языком светотписи.

– Я давно знаком с Александром, – сказал на открытии персональной фотовыставки профессор Владимир Куликовский, директор Медицинского института Белгородского университета. – В его объектив попадают медики как столичных клиник, так и работающие в маленьких больницах отдалённых уголков России. Тему выставки можно определить так: врач – самая ответственная и замечательная профессия на Земле. Думаю, что, посмотрев на эти снимки, кто-то из сегодняшних школьников обязательно захочет выбрать для себя профессию медицинского работника. Потому что они заставляют задуматься о сущности деятельности врача, фельдшера, очень умно показывая её сложность и в то же время героизм.

Алексей ПАПИРИН,
директор МИА Сито!
«Медицинской газеты».

P.S. Пока материал готовился к печати, стало известно, что профессора Владимира Куликовского избрали депутатом областной думы, доверили ему руководить комитетом по охране здоровья граждан.

– Я хочу поздравить Владимира Куликовского, – говорит директор Института хирургии им. А.В.Вишневского академик РАН Валерий Кубышкин. – Он – замечательный хирург, организатор здравоохранения.

Редакция «МГ» присоединяется к этим словам и желает Владимиру Фёдоровичу успехов на новом посту.

Фото Анатолия ЛУКЬЯНОВА
и Игоря ПЛИША.

События

Ярко и достоверно

На снимках Александра Худасова – медицина во всём многообразии...



Ирина Косенко, директор школы № 17, взяла на себя роль гида



Первые посетители выставки



Ученики школы познают медицину через снимки выставки

Здоровая жизнь

В Москве состоялся долгожданный большой легкоатлетический праздник – марафонский забег на 42 км 195 м. В нём, как и в недавнем предыдущем – на 21 км 100 м принял участие наш автор. Сегодня он рассказывает о своих незабываемых впечатлениях.

Бегайте на здоровье!
Марафон – большой праздник в Москве

Старт

Легенда о марафоне гласит, что греческий воин по имени Филлиппид в 490 г. до н.э. пробежал после окончания битвы от Марафона до Афин, чтобы возвестить грекам о победе. В конце маршрута он упал замертво. Расстояние между городами составило 42 км 195 м. Так и родилась эта олимпийская дисциплина – марафонский забег.

Трудным, очень трудным был подготовительный этап к этому соревнованию. Упорные месяцы тренировок, диеты, ограничения и ожидания своего часа. К нему необходимо подойти в оптимальной физической форме, что понимал каждый участник. В нынешнем московском забеге их было около 20 тыс. человек из 60 стран мира! Ещё в 2013 г. их насчитывалось на

порядок меньше. В пробеге участвовали спортсмены и любители бега как на 10 км (11,5 тыс. человек), так и на 42 км 195 м. Старт был общим, а далее, через несколько километров, потоки разделились.

Марафонцы – их было около 8,5 тыс. человек – «ушли» на свою коронную и любимую дистанцию. По традиции не остались в стороне и хендбайкеры – участники с ограниченными возможностями, выступающие на специальных велосипедах, педали на которых крутят руками. Они и открывали турнир. Потому что это люди с ограниченными возможностями, но с неограниченным мужеством!

Старт начался в 9 часов 10 минут. На всей дистанции марафона были пункты питания и «освежения».

Волонтеры подавали участникам стаканы с водой, солевыми растворами, апельсиновыми дольками, бананами, дольками яблок и губки с водой для обтирания лица, шеи. Маршрут проходил по центру столицы, набережной Москвы-реки, вокруг Кремля. Даже бегущие обращали внимание на то, что это красиво и здорово. На трассе, как обычно, попадались участники от 18-20 лет и, как мне показалось, даже те, кому за 80.

На всём протяжении дистанции многочисленные болельщики поддерживали участников криками и плакатами с заводными надписями

типа «боль пройдёт, а медаль останется», «ещё немного и ты герой», «разбуди Москву». Лимит времени на прохождение марафонской дистанции – 6 часов. По окончании забега всех участников ждала памятная медаль марафонца и тёплый обед.

Приятно отметить, что наши девушки заняли весь пьедестал почёта, все три первых места с результатами 2 ч 33 мин 11 с, 2 ч 33 мин 41 с и 2 ч 36 мин 52 с. Первым среди мужчин добежал до финиша кенийский спортсмен с результатом 2 ч 19 мин 45 с.

Отдыхая, я – врач вспоминал



На дистанции. Питание и питье на ходу

ощущения от своего первого марафона. В общем неплохо. Главное в этом – более сложном – было то, что не остановился и бежал, несмотря на чувство боли и забитости в мышцах бёдер и голени. На дистанции где-то около 23 км у меня появились ощущения судорог в икроножных мышцах, но продолжал бежать пока ещё умеренным темпом.

На 26-м километре появились чувства забитости в мышцах левого бедра. Судороги в икроножных мышцах стали настойчивыми. На 30-м километре мышцы бёдер «сдались» окончательно. Оставалось только терпеть и идти к заветному и ещё далёкому финишу. «Только не сдаваться и не останавливаться, – твердил я сам себе, – осталось всего ничего – 12 км!» Включились морально-волевые качества. Я уже пропускал вперёд себя тех, кого на 10-м и 15-м километрах обходил достаточно уверенно.

И вот он момент истины. «Только не сдаётся, только не сдаётся», – повторял сам себе. Пусть обходят, моя цель добежать до финиша, своего первого финиша на этой дистанции.

Я всё-таки добежал с результатом 4 ч 2 мин. И эти последние 2 минуты – такие долгие и тяжёлые – были минутами борьбы с собой, борьбы за себя, победы над собой.

Помните, что маленькие победы над собой ведут к большому успеху! Бегайте на здоровье!

Эдуард НАУМЕНКО,
врач-хирург,
участник марафона.

Москва.

По завершении заседания учёного совета Николай Александрович решил не идти сразу домой, а прогуляться по парку – развеяться после тяжёлого дня. Однако полностью отвлечься от проблем не получалось, несмотря на всё великолепие ранней осени, разукрасившей деревья и клумбы в яркие жёлтые, оранжевые и красные цвета.

Вдруг словно тёплая волна воздуха накатила на Николая Александровича, во всяком случае, такое было ощущение. Профессор остановился, осмотрелся. Напротив – огромный металлический контейнер для мусора, а в нём стоит бомж, чумазый, небритый, держит в руке открытую банку с пивом, периодически прикладывает к ней нежно, словно целует, и блаженно улыбается при этом. Можно было биться об заклад – более счастливого человека в этот момент в парке не было... Настроение резко улучшилось. Думать о проблемах Николаю Александровичу больше не хотелось, а вспомнился вопрос корреспондента, который начал писать о нём очерк, – счастлив ли он? Профессор ответил, что он на своём месте, поэтому в жизни у него много счастливых событий. И, по большому счёту, его жизнь, несмотря на все трудности и испытания, сложилась удачно и счастливо... Невольно нахлынули воспоминания из самых глубин памяти...

* * *

Война на Николая, добровольца из 10-го класса, сразу навалилась своей тяжёлой бесформенной массой. Особенно запомнился один бой летом 1943 г.

Они окопались на окраине небольшого лесочка. Стояла тихая солнечная погода, в соседней деревеньке по очереди пели петиухи. Бойцы отдыхали: кто-то писал письмо, кто-то дремал, а может, с закрытыми глазами думал о чём-то своём. Вдруг в воздухе появилась "рама", она почти бесшумно пролетела над опушкой и скрылась за верхушками деревьев. А буквально через пару минут начался массированный обстрел позиции. Такого крошечного ада не было даже под Сталинградом. Николай сразу оглох от свиста снарядов и рёва разрывов. Земля сотрясалась и качалась. Казалось, что уцелеть при таком обстреле невозможно. Но уцелели... 8 человек из 43 бойцов. Не успели прийти в себя, как

А ещё был случай

Когда человек счастлив...



показались танки. Мощные "тигры" шли на позицию. После обстрела не осталось ни одной целой пушки, лишь несколько противотанковых ружей. Стали стрелять из ружей. Эффект – словно горохом об стену. Один танк, будто насмехаясь над защитниками позиции, пошёл прямо на окоп, где залёг с ружьём Николай. Когда многотонная громадина миновала окоп, осталось одно ровное место – ни окопа, ни отважного стрелка...

Тяжела земля! Николай не мог пошевелить ни рукой ни ногой. Неужели всё?! Надеяться можно было только на чудо. Но, как это бывает в жизни, в роли "чуда" выступил боевой товарищ, заметивший его погребение вражеским танком и откопавший его после боя. Счастлив ли был тогда Николай? Может быть, лишь первую минуту, когда вновь увидел белый свет. Но вместе с ним он увидел и разорванные тела товарищей... тут не до счастья...

Военные действия закончились для Николая осенью 1943 г. тяжёлой контузией и множественными осколочными ранениями от разорвавшейся рядом мины. Пройдя по всем этапам фронтовой эвакуации, он очутился в тыловом госпитале в

Ташкенте. По ночам мучили боли и кошмары, но Николай, к своей радости, обнаружил в госпитале великолепную библиотеку. Чего там только не было, но, главное, вся классика – отечественная и зарубежная. Николай полностью погрузился в чтение. Было настолько интересно, что забывал и про ноющие раны, и про контузию. Пожалуй, это был самый счастливый период за время войны.

Здесь же в госпитале Николай принял самое главное для себя решение, оказавшееся безусловно счастливым, стать врачом – человеком, от знаний, таланта и добродетельности которого зависит здоровье, судьба, а порой и жизнь многих людей. С поступлением в Ярославский медицинский институт в жизни студента-фронтовика начался интереснейший период, хотя он и выпал на первые послевоенные годы.

По мере знакомства с клиническими дисциплинами Николай сделал выбор в пользу терапии – важнейшей области медицины, беспредельной по своим горизонтам и глубине, требующей огромного объёма знаний, постоянной напряжённой работы ума и опыта,

опыта, опыта... Как показала жизнь, это был правильный выбор, счастливый для Николая.

А дальше был период становления и профессионального роста врача и учёного. Как сказали бы военные, Николай Александрович прошёл путь от лейтенанта до генерала – от сельского терапевта до профессора, заведующего кафедрой в медицинском вузе. Конечно же, путь был непростым, но в то же время необыкновенно интересным, полным ярких незабываемых событий.

Годы аспирантуры в Москве вспоминаются как сказочное время, когда исполняются заветные желания, да ещё происходит масса неожиданных сюрпризов.

Кандидатская диссертация была выполнена досрочно, за два года. Молодой учёный был оставлен на кафедре. Но Николай Александрович едет в Сибирь, где дефицит квалифицированных кадров и широкие перспективы самостоятельной научной и практической деятельности. Вся его дальнейшая профессиональная судьба будет связана с Омским медицинским институтом. Именно здесь он сможет полностью реализовать себя и как клиницист, и как учёный, и как общественный деятель. Фундаментальные работы в панкреатологии сделали 38-летнего профессора известным в научном мире. Заслуженная слава клинициста пришла ещё раньше: больные всегда знали, что консультация Николая Александровича – это окончательный диагноз, а его рекомендации – оптимальный путь к выздоровлению. К профессору потянулась молодёжь, ищущая высот профессионального и научного мастерства. Поступить в ординатуру и аспирантуру к Николаю Александровичу стало мечтой для многих молодых врачей. Выпускники, прошедшие обучение на кафедре, радовали коллег новыми знаниями и практическими навыками.

Успехи учеников всегда радовали Николая Александровича, пожалуй, даже больше, чем собственные звания и награды.

* * *

Николай Александрович завершил прогулку и, уже направляясь к дому, подвёл итог воспоминаниям и размышлениям: всё-таки самые сильные положительные эмоции он всегда испытывает как клиницист во время выздоровления больного. Порой это событие наполняется такими яркими красками, что вызывает не только нравственное удовлетворение, но и эстетическое наслаждение. В памяти надолго остался случай, когда он курировал девушку с врождённой гемолитической анемией (болезнь Минковского – Шафара). Кожа и слизистые девушки были настолько выражено желтушны, что это производило на окружающих жуткое впечатление. Больная страдала от этого, пожалуй, больше, чем от самой болезни. Профессор принял решение удалить селезёнку. Хирург, которому предстояло выполнить операцию, согласился с необходимостью резекции, но дважды переспросил: уверен ли Николай Александрович, что девушка побелеет. И вот через несколько дней после операции, когда они вдвоём вошли в палату к пациентке, то перед ними предстала лучезарно улыбающаяся красавица с белоснежной кожей. Она держала в руках зеркальце и вся светилась от счастья. Рядом сидела её мама и умилённо, со слезами на глазах, смотрела на красавицу-дочку. У терапевта и хирурга, повидавших многое в жизни, буквально перехватило дыхание от этой картины исцеления. Вот оно настоящее счастье!

Анатолий ИВАНОВ,
врач.

Санкт-Петербург.

P.S. Этот очерк – дань памяти замечательному клиницисту, педагогу и учёному Николаю Александровичу Жукову, с которым автор имел счастье общаться длительное время. В этом году профессору исполнилось бы 90 лет.

Город, Моск. обл.

Противовирусное

Трезвые ... , Зошечко

Деньги, Армения

Оборот речи

"... и Этери"

С К А Н В О Р Д

Родина Альфьери

Антибиотик

Лель, песня

Животное, Перу

Приток Нила

Южное созвездие

"Страна Оз"

Шероховатость

Нем. поэтесса

"... дочь разбойника"

Рос. сценарист

Сияние вокруг головы

Стол прибор

Амер. теннисист

Хорошо

Болголов

Гуцульский танец

Отпуск

Шумерский бог

Угол (стар.)

Часть конской упряжи

Праведник, Библия

Драг. камень

Наружность

Португ. мореплаватель

Разве

Мощи

Род товара

Внутри статора

Бог войны

Потому что

Порешня

"Зеркала", реж.

Кулик

"Леди Гамильтон", актриса

Англ. философ

Вертолет

СМИ

... координат

Самая крупная антилопа

Мать Артемиды

Шукшина

Пахотное орудие

Автор Валерий Шаршуков

Д	Е	Д	О	В	Ф	С	А	М	Б	А	П
А	А	А	Н	Е	Т	О	Л	Ф	И	Р	М
Б	А	Я	Н	Л	Н	В	Л	И	Д	Л	Я
А	К	У	З	Н	Е	Ц	В	Ю	Н	Л	А
К	А	П	О	Р	О	К	И	К	С	Е	Н
Т	В	А	Е	Р	С	П	А	М	Р	Н	А
А	И	Д	Н	Р	У	Т	А	У	С	И	К
Л	И	Ш	И	Л	И	И	Л	И	М	К	А
Н	Я	С	Ы	Т	А	Е	Г	О	Р	О	В

(Ответы на сканворд, опубликованный в № 69 от 16.09.2015.)