

События

Братство педиатров

Во время этого конгресса люди стояли в коридорах, чтобы слушать, слушать, слушать...



Главный форум страны притягивает всё больше детских докторов. О масштабе этого мероприятия лучше всего говорят цифры. В работе XVIII конгресса педиатров России приняли участие 6361 человек из 138 городов России, стран ближнего и дальнего зарубежья (были гости даже из Бразилии).

Конгресс проходил одновременно на нескольких площадках Москвы, в том числе в Научном центре здоровья детей, Московском НИИ неотложной

Академик РАН А. Баранов вручает диплом лучшей детской медицинской сестре Светлане Комаровой

детской хирургии и травматологии. Но главной трибуной стал Центр международной торговли.

Кроме 6-тысячного отряда непосредственных участников, ещё 8,5 тыс. человек следили за происходящим на конгрессе в режиме онлайн: интернет-трансляция заседаний была организована из 5 залов, благодаря чему присоединиться к коллегам в Москве смогли доктора из США, Японии, Великобритании, Таиланда, Саудовской

Аравии и других стран. И, безусловно, из России.

Программа форума оказалась столь обширной, что простое перечисление названий симпозиумов и фамилий докладчиков заняло более сотни страниц. На конгрессе была представлена самая современная информация по вопросам питания, вакцинации, профилактики и лечения распространённых болезней детского возраста.

(Окончание на стр. 6-7.)



Елена БАЙБАРИНА,
директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России:

...Снижение младенческой смертности нас очень радует. Но впереди предстоит большая работа.

Стр. 6-7.

Иван ДЕДОВ,
вице-президент РАН:

Работу учёных-клиницистов невозможно объективно оценить индексом Хирша или же публикационной активностью.

Стр. 11.



Егор КОРЧАГИН,
главный врач Красноярской ККБ:

Наша основная задача – как можно раньше активизировать пациента после перенесённой травмы, хирургического вмешательства или острого заболевания.

Стр. 12.

Перемены

Через девять месяцев родилась заново

Новую жизнь вдохнули освоенные средства областного бюджета в старое здание поликлиники Сясьстройской районной больницы, сооружённое в 70-е годы прошлого века и с тех пор не знавшее серьёзных ремонтов. понадобилось 43 млн руб. и ровно 9 месяцев, в течение которых велось капитальное переустройство, чтобы поликлиническое отделение, рассчитанное на 450 посещений в смену, кардинально поменяло свой облик и опять распахнуло двери для местных жителей, в основном селян.

– Здание было полностью отремонтировано, остались только стены: меняли крышу, коммуникации, подвалы – по итогу видна хорошая работа, – поделился своими впечатлениями с журналистами губернатор Ленинградской области Александр Дрозденко.

Глава региона в сопровождении председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области Сергея Вылегжанина и главного врача Волховской межрайонной больницы Петра Макаревича осмотрел обновлённые площади, на которых уже успели смонтировать лечебно-диагностическое оборудова-

ние, большей частью новое. Например, отечественный цифровой флюорограф, чьё производство налажено, считай, дома – в Ломоносовском районе. Показали первому руководителю области и кабинет медицинской профилактики.

Александр Дрозденко пообещал снова приехать в Сясьстрой в апреле. Именно на этот месяц в городе близ Ладожского озера запланирован ввод в строй стационара местной больницы.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
собр. корр. «МГ».

Ленинградская область.

Тенденции

Гражданская авиация в действии

В Воронежской области начата эксплуатация лёгкого вертолёта с медицинским модулем. Теперь оперативная помощь доступна и для самых удалённых и труднодоступных населённых пунктов региона. Бригада областного Центра медицины катастроф за час преодолевает по воздуху 210 км. Вылетают за пациентами с угрожающими жизни состояниями. Помощь начинается уже в полёте.

С собой всё необходимое – протившоковые и обезболивающие препараты, специальное оборудование. Но главное – это квалифицированные врачи, в медицине катастроф работают лучшие. У одной бригады в день по 2-3 вылета. Автоаварии, тяжёлые травмы, сложные роды – самые ча-

стые случаи. С начала этого года служба воронежской санавиации выполнила уже очень много перелётов.

К слову, данный лёгкий двухмоторный вертолёт на сегодняшний день является одним из самых современных вертолётов в мире.

Он имеет наилучшее в своём классе соотношение коммерческой загрузки и дальности полёта, а также кабину наибольшего объёма. Вертолёт в базовой конфигурации сертифицирован для полётов по приборам с одним пилотом. Сертификация по наиболее жёстким требованиям категории А обеспечивает высочайший уровень безопасности полётов.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

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

Новости

Новый центр гемодиализа

В Беслане на территории районной больницы завершилось строительство и техническое оснащение нового центра гемодиализа, который посетили глава Республики Северная Осетия – Алания Таймураз Мамсуров, сенатор Олег Хацаев и министр здравоохранения Владимир Селиванов. «Это самый успешный проект подобного рода на Северном Кавказе», – так прокомментировал нововведение глава республики.

Центр оснащён по последнему слову техники: кресла для гемодиализа – всего их 10, – а также всё оборудование и расходные материалы предоставлены одной из надёжных фирм, а строительные работы велись за счёт частного инвестора. Принципиальное отличие центра от аналогичных типовых – наличие нескольких дополнительных залов, в том числе для больных гепатитом. Работа в медучреждении будет организована по трёхсменному графику, что позволит обеспечить потребности всех жителей района в услугах диализа. Пациентами центра смогут стать не только жители Правобережного, но и соседних районов республики.

Рубен КАЗАРЯН.

Республика Северная Осетия – Алания.

Встреча в отдалённом районе

Министр здравоохранения Астраханской области Павел Джуваляков провёл выездной приём граждан по личным вопросам в Икрянинском районе. Жители района обратились к главе регионального Минздрава с проблемами, многие из которых копились в медицинской отрасли района долгие годы. Это строительство и ремонт поселковых поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, переоснащение районной больницы, износ автомобильной техники, оптимизация коечного фонда и многое другое.

По ряду пунктов министр предложил объединить силы и средства Минздрава и районных депутатов, решая проблемы в рамках реализации выборных наказов. Возможен также принцип долевого финансирования с участием бюджета района, если речь идёт о строительстве новых ФАПов. «Мы всегда готовы к сотрудничеству с общественными организациями района, и это тесное взаимодействие будет продолжено», – отметил П.Джуваляков.

В этот день также состоялось заседание медицинского совета Икрянинской районной больницы по итогам 2014 г., в ходе которого были подведены результаты проделанной работы и намечены перспективы.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Астрахань.

Дефицит ликвидируют за счёт приезжих

Ряды медиков на Колыме пополняют за счёт приезжих специалистов. Только в минувшем году в область приехали работать 340 человек.

По словам Сергея Зайнутдинова, министра здравоохранения и демографической политики региона, в лечебно-профилактические учреждения Магаданской области принято на работу 124 врача и 216 средних медицинских работников. Здесь и лица, прибывшие из центральных районов страны, и выпускники медицинских вузов и Магаданского медицинского колледжа, врачи-интерны и переселенцы из других республик бывшего Союза.

Ряды медиков Колымы пополнили акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, участковые терапевты, врачи ультразвуковой диагностики, хирурги и другие специалисты. Кроме того, в медицинские учреждения приняты 7 будущих акушеров, 6 зубных врачей, 18 медицинских регистраторов, 85 медсестёр, 10 фельдшеров, 11 медицинских лабораторных техников.

«Укомплектование лечебно-профилактических организаций Колымы грамотными, профессионально подготовленными медицинскими кадрами – важнейшая задача. Мы продолжим работу с инородными специалистами, а также практику обучения молодых колымчан в медицинских вузах для работы у себя в области», – сообщил Сергей Зайнутдинов.

Николай ИГНАТОВ.

Магадан.

Конференция среди вулканов

Двухдневный межведомственный форум при участии специалистов по реабилитологии и курортологии Министерства здравоохранения РФ прошёл в Петропавловске-Камчатском. Участники конференции обсудили современное состояние и перспективы развития санаторно-курортного лечения и спортивной медицины, посетили центры медицинской реабилитации больных и инвалидов.

Среди почётных гостей форума – профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова доктор медицинских наук Николай Шамалов, доктор медицинских наук, профессор Марина Герасименко и председатель Комитета ЮНЕСКО по борьбе с допингом в спорте Геннадий Алёшин.

Участники конференции ознакомились с работой Камчатского кардиологического диспансера. В этом лечебном учреждении, прежде всего, интересен вопрос реабилитации больных с острым коронарным синдромом и деятельность центра спортивной медицины.

В ходе конференции специалисты камчатского Минздрава показали московским коллегам санатории «Паратунка», «Камчатская жемчужина», побывали на спортивной базе комплекса «Малки» и в физкультурно-оздоровительном комплексе в Елизове.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Петропавловск-Камчатский.

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

Инициатива

«Территория здоровых сердец»

Такую высокую цель поставили для себя медики Свердловской области



Губернатор Е. Куйвашев во время выездного совещания

Вскоре в общественных местах Свердловской области будут установлены портативные дефибрилляторы. Об этом губернатор Евгений Куйвашев сообщил во время выездного совещания, посвящённого обсуждению концепции программы «Территория здоровых сердец».

Губернатор поручил областному Минздраву совместно с экспертами Института кардиологии в течение месяца определить перечень объектов, где необходимо размещение портативных дефибрилляторов.

Кроме того, в рамках программы предполагается создать коронарный паспорт для каждого жителя области, который позволит прогнозировать развитие заболеваний и вовремя предотвращать их.

По информации министра здравоохранения Аркадия Белявского, в 2015 г. по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» из областного бюджета будет выделено порядка 692 млн руб. Также планируется привлечь порядка 538 млн федеральных средств – а это почти 10% от общей суммы, выделяемой всем субъектам.

Отметим, что за последние 5 лет в регионе выстроена система оказания кардиологической помощи, что дало свои результаты: на 10%

снизился показатель смертности от болезней системы кровообращения; в регионе самый высокий процент возврата к труду пациентов, прошедших курс лечения и реабилитации. Тем не менее от заболеваний сердечно-сосудистой системы сегодня умирает гораздо больше людей, чем от аварий и других причин.

Программа «Территория здоровых сердец» рассчитана на 10 лет. Её квинтэссенцией является строительство «города сердца», которое планируется осуществлять на основе государственно-частного

партнёрства на базе Уральского института кардиологии. Ориентировочная стоимость проекта составляет порядка 3 млрд руб.

Помимо совершенствования материально-технической базы и повышения доступности и качества оказания высокотехнологичной помощи, особое внимание будет уделено и подготовке квалифицированных кадров.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Фото Александра ХУДАСОВА.



Медики Урала стараются на деле реализовать «сердечную» программу

Профилактика

Что покажет экспресс-тестирование?

В этом году ученики старших классов общеобразовательных школ и студенты первых двух курсов профессиональных учебных заведений Омской области пройдут тестирование на употребление наркотических средств. По собственной воле, или, как официально звучит, на добровольной основе.

Подобные профилактические мероприятия проводились в Прииртышье и раньше, начиная с 2012 г., но не в таком широком масштабе, а в виде акции «Свободный выбор». Эксперимент по тестированию подростков был инициирован региональными министерствами здравоохранения и образования, а в межведомственную рабочую группу, его курирующую, вошли представители учебных заведений,

правоохранительных органов, реабилитационных центров, наркологи, педагоги и психологи. И 3 года назад, когда был сделан пробный шаг в этом направлении, в добровольном тестировании приняли участие свыше 5,5 тыс. школьников. Результаты тестов 11 ребят оказались положительными.

В 2013 г. было обследовано более 7 тыс. подростков, но склонным к употреблению наркотиков был признан только один из них. В минувшем году экспресс-тестирование прошли практически столько же человек. Употребляющих наркотические средства и психотропные вещества не было выявлено вовсе.

Казалось бы, на столь благом фоне можно и успокоиться. Однако в межведомственной комиссии, напротив, решили перевести эти одноразовые мероприятия

в круглогодичные, поскольку, по статистическим данным, наркотизация населения Омской области с каждым годом увеличивается, особенно в молодёжной среде. И теперь добровольное тестирование подростков будет проведено в течение года во всех 32 сельских районах Прииртышья и в Омске.

Такая целенаправленная профилактическая работа, уверены медики и педагоги, позволит не только выявить подростков, склонных к употреблению наркотиков или уже вставших в наркотическую зависимость, но и поможет определить, на каких именно этапах пробуксовывает, скажем так, борьба с наркотизацией молодёжи в нашем обществе.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Официально

Субсидии ВМП, не предусмотренной ОМС

Распоряжением Правительства РФ утверждено распределение в 2015 г. субсидий бюджетам 61 субъекта Федерации. Они предназначены для финансирования расходов, возникающих при оказании россиянам высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включённой в базовую программу ОМС.

Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» на эти цели в 2015 г. предусмотрено 5 млрд руб. Но рассмотрев

на заседании кабинета министров этот вопрос, было решено выделить на оказание ВМП, не предусмотренной ОМС, 26 млрд руб. Более 21 млрд из них на эти цели должны израсходовать сами регионы.

«Субсидии должны помочь регионам обеспечить людей высокотехнологичной медицинской помощью, деньги пойдут на сложное, дорогостоящее лечение, которое не включено в базовую программу ОМС», – пояснил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сити!

Признание

Поздравляем с высокими премиями!



Присуждены премии 2014 г. Правительства РФ в области науки и техники. Согласно постановлению кабинета министров № 954 от 24.10.2013, с 1 января 2014 г. учреждены 20 ежегодных премий в размере 2 млн руб. каждая.

В области медицины премии Правительства РФ 2014 г. удостоены:

Сергей ГОТЪЕ, академик РАН, директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России, руководитель работ

Вячеслав ЗАХАРЕВИЧ, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник

Игорь ПОГРЕБНИЧЕНКО, профессор, заведующий отделением Дмитрий ШУМАКОВ, член-корреспондент РАН, заведующий отделением

Виталий ПОПЦОВ, профессор, заместитель директора Ринат САИТГАРЕЕВ, профессор,

руководитель отдела того же учреждения;

Кирилл БАРБУХАТТИ, доктор медицинских наук, заведующий отделением Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского Минздрава Краснодарского края Владимир ПОРХАНОВ, член-корреспондент РАН, главный врач того же учреждения;

Марина МИНИНА, кандидат медицинских наук, заведующая Московским координационным центром органного донорства городской клинической больницы им. С.П.Боткина Департамента здравоохранения Москвы

Александр ЧЕРНЯВСКИЙ, профессор, руководитель Центра хирургии аорты, коронарных и периферических артерий Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России.

Премии присуждены за разработку и внедрение в практику здравоохранения инновационных научно-технологических и органи-

зационных решений по повышению эффективности трансплантации сердца.

Премии Правительства РФ присуждены также

Баграту АЛЕКЯНУ, академику РАН, заведующему отделением Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, руководителю работы

Ашоту ГРИГОРЬЯНУ, кандидату медицинских наук, младшему научному сотруднику

Манолису ПУРСАНОВУ, доктору медицинских наук, главному научному сотруднику того же учреждения;

Наталии БОРИСОВОЙ, профессору, заведующей кабинетом детской городской больницы № 1 Санкт-Петербурга;

Виктору ВАРВАРЕНКО, кандидату медицинских наук, старшему научному сотруднику Научно-исследовательского института кардиологии.

Эта группа медиков удостоена премий за разработку и внедрение в Российской Федерации инновационных эндovasкулярных технологий лечения новорождённых и детей с врождёнными пороками сердца.

Подписанным премьер-министром РФ Дмитрием Медведевым распоряжением удостоенным премии Правительства 2014 г. присваивается звание «Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники». Всего соискателей – 136, в их числе 12 академиков и 4 члена-корреспондента РАН, 34 профессора, 45 докторов наук и 37 кандидатов наук. Среди авторов работ представители 15 субъектов Федерации.

Журналисты «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Сити! от всей души поздравляю медиков, чей труд удостоен высокого признания и заслуженной награды! Удачи вам, коллеги!

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

Решения

Чётко, по-военному

В структуре медицинской службы Вооружённых сил РФ будет создан центр профессиональной переподготовки военно-медицинских специалистов. Соответствующее решение принял глава Министерства обороны РФ Сергей Шойгу.

Образовательный кластер будет создан на базе Института усовершенствования врачей Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка. Институт, в свою очередь, будет преобразован в филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Кроме того, в качестве клинической базы для новой структуры будут использоваться Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко и 3-й Центральный воен-

ный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого

Как отметили в Минобороны России, к работе в центре в качестве преподавателей будут привлекаться зарубежные клиницисты, имеющие большой опыт практической работы и значимые научные достижения.

Переподготовка и повышение квалификации военных врачей будут вестись по расширенным учебным программам, в которые включены занятия по изучению традиционной и интегративной медицины. В учебный план также войдут новые циклы по подготовке специалистов в сфере кибернетической медицины и телемедицинских технологий.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Проекты

Вокруг отечественной вакцины

В рамках борьбы с полиомиелитом к 2017 г. Национальный календарь прививок будет полностью состоять из отечественных вакцин – живой и инактивированной.

Это случится впервые, поскольку даже во времена СССР инактивированная вакцина приобреталась за рубежом. В настоящее время Предприятие по производству бактериальных и вирусных препаратов Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова ведёт финальные исследования российской инактивированной вакцины.

Данная разработка совместно с живой полиомиелитной вакциной обеспечит полный комплекс прививок против полиомиелита. Создание отечественного препарата велось на протяжении последних 5 лет. Российская вакцина будет максимально эффективна и дешевле зарубежных аналогов в 3-5 раз. Западный продукт, кстати, сейчас стоит более 380 руб. за одну инъекцию.

«Производству инактивированной полиомиелитной вакцины необходимо уделить особое внимание. Для создания качественной

и безопасной вакцины у нашего предприятия всё необходимое имеется – отечественная научная школа, высококвалифицированный персонал и современное оборудование. Через 2-3 года мы выпустим в массовое производство отечественную инактивированную вакцину», – отметил директор Предприятия по производству бактериальных и вирусных препаратов Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова Айдар Ишмухаметов.

Напомним, что, согласно распоряжению Правительства РФ, инактивированная полиомиелитная вакцина является стратегически значимым лекарственным средством, производство которого должно находиться на территории России. Инактивированная полиомиелитная вакцина вместе с живой полиомиелитной вакциной включены в Национальный календарь прививок. В настоящее время для вакцинации населения государство закупает препарат у зарубежных компаний.

Иван ТРОЕПОЛЬСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Криминал

Травматолог заплатит за бездействие



Суд Мотовилихинского района Перми вынес приговор врачу-травматологу, который работал в частной клинике.

Следствием и судом установлено, что в помещении ООО «Первый травмпункт» дежурный врач без уважительных причин отказалась оказать медицинскую помощь женщине, которая в ней экстренно нуждалась. В результате пострадавшая скончалась в коридоре травмпункта.

Преступное бездействие обвиняемой «оценено» судом в 2 года лишения свободы условно, также на эти 2 года она лишена права заниматься медицинской деятельностью. В пользу родственников погибшей с врача взыскано 1,7 млн руб. и еще 36 тыс. руб. – в счёт возмещения материального вреда.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Пермь.

Конкурсы

Мой любимый детский врач

В Воронеже наградили победителей открытого интернет-конкурса «Мой любимый детский врач». Торжественная церемония прошла на базе областной детской клинической больницы № 2.

Конкурс среди медработников педиатрического профиля проходил в Воронежской области впервые. Голосование длилось в течение 8 недель. Юные пациенты, их родители, а также все желающие активно

поддерживали врачей и медсестёр. Всего было отдано более 54 тыс. голосов, 3 тыс. добрых отзывов, отправлено несколько тысяч детских фотографий, рисунков и видео.

«За профессионализм», «За доброе сердце», «За верность профессии» – в каждой из этих номинаций есть свои победители и призёры. В рейтинге медсестёр 5 призовых мест. Все победители, призёры и лауреаты награждены дипломами, а также поощрительными призами. В ходе церемонии

награждения состоялись просмотр фото и видеоматериалов от детей, которые отправляли свои работы в поддержку врачей. А всего же педиатрическая служба Воронежской области – это порядка 600 специалистов из 49 медицинских учреждений. Они заботятся о здоровье 350 тыс. детей, проживающих в регионе.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

В Москве прошёл I съезд общероссийской общественной организации «Ассоциация наркологов России» и VI съезд общероссийской общественной организации по содействию в профилактике и лечении наркологических заболеваний «Российская наркологическая лига». В центре внимания специалистов, в частности, оказалась проблема оказания медицинской помощи пациентам с алкогольной зависимостью.

Как известно, проблема алкоголизма в нашей стране стоит весьма и весьма остро на протяжении не одного столетия. В России это заболевание является одной из значимых медико-социальных проблем. К всеобщему сожалению, мы занимаем первое место в мире по количеству детей, оставшихся без семьи вследствие родительского алкоголизма, а также вторую строчку в мировом рейтинге по количеству разводов в этой связи. Также по уровню потребления алкоголя Россия находится на четвёртом месте в мире с показателем 15,1 л на душу населения в год.

Очевидно, что подобный «расклад» негативно сказывается не только на здоровье населения страны, но и существенно ухудшает и без того непростую экономическую ситуацию. Так, прямые и косвенные потери от злоупотребления алкоголем составляют в районе 1,7 трлн руб. в год.

«В России, как и во всём мире, существуют достаточно чёткие критерии, позволяющие врачу определить, нуждается ли человек в медицинской помощи в связи со злоупотреблением алкоголем. Как часто вы употребляете спиртное? Сколько доз алкоголя вы выпиваете в обычный день, когда принимаете алкогольные напитки? (Стандарт-

В центре внимания

Главное — знать меру

А также сделать всё, чтобы нуждающиеся в лечении алкогольной зависимости были под наблюдением специалистов



ной дозой специалисты называют количество алкоголя, содержащее 10 мл чистого спирта: 100 мл вина, 250 мл пива или 40 мл крепких напитков). Как часто вы выпивали 6 или больше единиц — для женщин, 8 или больше единиц — для мужчин алкоголя за один раз в течение последнего года?», — поставил в своём выступлении вопросы главный нарколог Комитета по здравоохранению Ленинградской области профессор Евгений

Крупницкий. Такой краткий опрос, занимающий меньше 2 минут на приёме у врача, по его мнению, может помочь специалисту понять, не связаны ли жалобы пациента на патологии со стороны различных органов и систем с приёмом алкоголя. Регулярное превышение средних показателей в 14 доз для женщин и 21 для мужчин в неделю, а также наличие сильной мотивации выпивать должно стать поводом для врачебной настороженности и,

возможно, медицинского решения проблемы, — подчеркнул он.

Сложность, однако, заключается в том, что в нашей стране единственный врач, который может задавать пациенту вопросы, касающиеся употребления алкоголя, — это нарколог. Возможно, ситуация могла бы измениться к лучшему, если бы круг специалистов, занимающихся решением проблемы алкогольной зависимости был расширен. Такой опыт существует на Западе, где терапевты, эндокринологи, гастроэнтерологи, кардиологи наряду с наркологами вовлечены в процесс лечения пациентов с алкоголизмом.

Кроме того, в нашей стране за наркологической помощью люди обращаются крайне неохотно и зачастую под давлением близких. Ведь постановка на наркологический учёт чревата многочисленными ограничениями: потеря работы, лишение водительских прав и т.д. В итоге до 80% нуждающихся в специализированной медицинской помощи оказываются вне поля зрения специалиста-нарколога. Впрочем, если это хоть как-то кого-то утешит, примерно такое же соотношение сложилось и в других странах. В этой связи европейские эксперты разработали принципиально новую модель оказания наркологической

помощи пациентам с алкогольной зависимостью.

«Суть нового метода, — пояснил Е.Крупницкий, — заключается в том, что человек может не отказываться полностью от спиртных напитков. Основной целью терапии является существенное уменьшение потребления алкоголя. Для успешного лечения зависимости от алкоголя необходимо учитывать личные пожелания и установки пациентов. 12-месячное наблюдение за эффективностью лечения алкогольной зависимости показало, что эффект возрастает как минимум вдвое при учёте предпочтений человека. Поэтому наилучшим вариантом в терапии алкогольной зависимости является определение индивидуальных задач для каждого пациента. Если же пациент не хочет отказываться от употребления алкоголя полностью, необходимо помочь ему сделать рациональный выбор в пользу уменьшения количества спиртного, а значит, помочь избежать проблем со здоровьем, возможной утраты семьи, социального статуса и прочих негативных последствий алкоголизма», — резюмировал учёный.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

В особых условиях

«Сибирская язва» в аэропорту

Саратовская область — это первый субъект России, где учения проработаны на отличном уровне

В Саратове на территории аэропортового комплекса «Центральный» состоялись Всероссийские тактико-специальные учения по организации оказания медицинской помощи условно пострадавшим на крупных транспортных узлах.

По сценарию в аэропорту экстренно приземлились 2 самолёта, на бортах которых пассажирам в первом случае стало плохо с сердцем, во втором — появились подозрения на опасное инфекционное заболевание — сибирскую язву.

Участники учений отработали оперативные действия обслуживающего персонала авиалайнеров, медицинских служб аэропорта, санитарных организаций области по оказанию экстренной (неотложной) медицинской помощи условно пострадавшим.

В учениях было задействовано более 100 сотрудников лечебных учреждений области, региональных Роспотребнадзора, МЧС России, правоохранительных органов, Центра гигиены и эпидемиологии Саратовской области, регионального Центра медицины катастроф, Станции скорой медицинской помощи, ОАО «Саратовские авиалинии» и др.

Во всех случаях медицинская помощь условно пострадавшим

была оказана в соответствии с временными нормативами и порядками. В первом — её начали оказывать борпроводники, затем к ним присоединились сотрудники здравпункта, далее прибыла реанимационная бригада, которая доставила условно пострадавшего в областную клиническую больницу для госпитализации и оказания медпомощи более высокого уровня.

Во втором случае к медикам и спасателям присоединились санитарные службы, которые в защитных (противочумных) костюмах оказали пострадавшему необходимую помощь и в сопровождении экипажа ДПС организовали его доставку в специализированное отделение 10-й городской клинической больницы для госпитализации.

Руководивший учениями министр здравоохранения области Алексей Данилов подчеркнул, что проведение подобных учений на территории Саратова — это большая честь, оказанная Правительством РФ региону.

«Учения подобного масштаба и подобного формата проводятся на территории Саратовской области впервые. Нам доверили проверить эффективность и работоспособность нового регламента оказания медицинской помощи гражданам,

потенциально пострадавшим на объектах транспорта, который был разработан федеральным Минздравом. Почему были выбраны именно сердечное и инфекционное заболевания? Первый пример — он достаточно часто встречающийся. Второй — обусловлен распространением лихорадки Эбола в странах Африки. Нам было важно чётко и во взаимодействии со всеми органами и структурами отработать временной регламент оказания помощи больным, этапность медицинской помощи, слаженность, оперативность действий всех сотрудников от момента поступления сигнала о заболевшем до его госпитализации. По результатам учений мы увидели, что нам это удалось. В ближайшее время каждый этап действий участников учений будет детально проанализирован, «отшлифован», и мы дадим в Минздрав России свои предложения», — отметил А.Данилов.

Принимавшая участие в мероприятии заместитель директора Департамента организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности Минздрава России Наталья Маркарян отметила, что теоретическая часть учений и отработка действий спецслужб на практике показала, что поставленные задачи были

выполнены — в полном объёме и в реальном времени.

«От учений в Саратове у меня остались только положительные впечатления», — резюмировала представитель федерального Минздрава.

Первый заместитель начальника штаба Всероссийской службы медицины катастроф «Защита» Владимир Крюков, также следивший за тактико-специальными учениями, подчеркнул, что всё было сделано в реальном движении.

«Саратовская область — это первый субъект России, где алгоритм учений проработан на высоком профессиональном уровне. Считаю, что цель их достигнута, всё отработано в полном объёме. Работа проведена на достойном уровне. В Саратове готовы к реагированию на подобные инциденты на транспорте. Теперь опыт Саратовской области нам предстоит применить во всех регионах нашей страны», — отметил В.Крюков.

Подводя итоги, А.Данилов высказал слова благодарности всем ведомствам и структурам, принимавшим участие в организации учений.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Саратов.

Новости

Единый диспансерный день, посвящённый 71-летию со дня полного освобождения Ленинграда от блокады, прошёл во всех «взрослых» поликлиниках Выборгского района Санкт-Петербурга.

Все
поликлиники
работали
на блокадников

Шесть часов кряду длился амбулаторный врачебный приём, на котором посетителей — ветеранов и жителей блокадного Ленинграда — выслушивали и осматривали терапевты, кардиологи, неврологи, хирурги, оториноларингологи, офтальмологи, давали им развёрнутые консультации. У посетителей имелась возможность по показаниям сдать лабораторные анализы, пройти ультразвуковое обследование внутренних органов, снять электрокардиограмму.

По мнению руководства отдела здравоохранения администрации Выборгского района, цель акции — максимально приблизить медицинскую помощь к каждому пациенту из когорты ветеранов-блокадников, помочь врачам более детально разобраться в их заболеваниях и наметить пути медицинской реабилитации представителей этой социально значимой группы — достигнута. В прошлом году при проведении единых диспансерных дней накануне полного освобождения блокадного Ленинграда было обследовано более 900 человек.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

В Томске торжественно открыли радиологический корпус областного онкологического диспансера. Внутри – 3 радиологических каньона, объединённые единым технологическим комплексом по диагностике и лечению онкологических заболеваний.

В распоряжении томских онкологов появился целый арсенал высокотехнологичного оборудования: линейный ускоритель, рентгенотерапевтическая система для близкофокусной рентгенотерапии, компьютерный томограф, однофотонный эмиссионный компьютерный томограф, гамма-терапевтический аппарат для брахитерапии, радиофармацевтическая лаборатория.

Событие это для здравоохранения территории настолько же радостное, насколько с привкусом горечи: чтобы начать и завершить данную стройку, потребовалось... 15 долгих лет. Как уточняют в Департаменте здравоохранения Томской области, «впервые о необходимости строительства радиологического корпуса онкодиспансера начали говорить в 2000 г., тогда же был залит фундамент под будущий объект, однако из-за отсутствия средств в бюджете стройка была заморожена, фактически не начавшись».

В 2013 г. – «МГ» сообщила об этом – губернатор Томской области Сергей Жвачкин подверг резкой критике систему оказания онкологической помощи жителям региона, назвав её далёкой от нужд населения. Тогда же были озвучены глобальные планы по реорганизации профильной службы. Первым пунктом этой программы стало увольнение бывшего главного врача Томского областного онкодиспансера и главного онколога региона Сергея Коломийца, которого назначили персонально виноватым в том, что в онкослужбе не хватает стационарных коек и площадей для развития новых видов специализированной помощи, а потому пациенты жалуются на ограниченную доступность онкопомощи.

Трудно поверить в то, что бывший руководитель онкодиспансера за 10 лет работы в должности никогда и ни с кем из властей предрекших не обсуждал на-



Долгострой справил новоселье

ных условиях по двум адресам в разных концах города, так сильно обострился «квартирный вопрос», что тянуть с его разрешением дальше нельзя. Материально-техническая база учреждения сегодня, увы, заметно отстаёт от уровня квалификации работающих здесь специалистов». И даже работая в таких условиях, региональная онкослужба стабильно демонстрировала положительную динамику по основным показателям. «Идеология совершенствования онкологической помощи нашла поддержку у губернатора Томской области Виктора Кресса. Вот почему программа преобра-

Вскоре после этого интервью в регионе сменились и губернатор, и начальник Департамента здравоохранения, а затем последовало и скандальное увольнение главного онколога. О том же, что регион ещё в 2011 г., при прежнем главе, планировал войти в федеральную целевую программу развития онкологической помощи, предпочли забыть. И вот уже в официальном сообщении областного Департамента здравоохранения говорится: «Губернатору Сергею Жвачкину удалось добиться включения Томской области в Федеральную онкологическую

Ситуация

Пятнадцать лет и одна сломанная карьера

Радостное событие с привкусом горечи



Сергей Жвачкин на открытии радиологического корпуса

копившиеся проблемы, не просил выделить средства на строительство новых корпусов. Более того, в сентябре 2011 г. в интервью

«Медицинской газете» бывший главный врач ТООД признавался: «У диспансера, подразделения которого распложены в стеснё-

зований онкослужбы имеет статус неотложных мероприятий», – радовался тогда Сергей Коломиец.

программу и получить из федерального бюджета более 457 млн руб. на приобретение современной медицинской техники, в том же 2013 г. региональные власти выделили почти 309 млн руб. на строительство радиологического корпуса».

Кстати, в концепции развития системы оказания онкологической помощи населению Томской области, которую региональный Департамент здравоохранения презентовал тогда же, в 2013 г., значилось открытие сети межмуниципальных отделений регионального онкодиспансера в сельских районах области, а также строительство нового хирургического отделения онкодиспансера и ПЭТ-центра. Однако даты этих новоселий, даже приблизительные, до сих пор не названы.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск.

Фото с сайта ДЗАО.

Ориентиры

Предупредить остеопороз – не вопрос

Это подтверждает работа специалистов в Омске

Центру по профилактике и лечению остеопороза, что в Омске, исполнилось полгода, но за это короткое время здесь получили медицинскую помощь более 1500 жителей областного центра и сельских районов Прииртышья. А вернее – жительниц, поскольку подавляющее большинство из обратившихся в это ЛПУ – 95% – женщины. Увы, но именно у прекрасной половины человечества в силу особенностей организма в большинстве случаев и наблюдается снижение плотности костной ткани, что влечёт опасные переломы костей, к примеру при падении.

Развитию остеопороза можно эффективно противостоять, если знать, как именно. О чём, к сожалению, многие женщины мало осведомлены. Почему в Клиническом диагностическом

центре и было создано особое подразделение по профилактике и лечению этого заболевания. Здесь представлен весь спектр диагностических методик для распознавания заболевания – рентгенографические, томографические, денситометрические и биохимические, а приём ведут квалифицированные врачи – эндокринологи и ревматологи. Организована в центре и школа по остеопорозу, в которой женщин учат основам предупреждения этого заболевания, а если его не удалось избежать – практике лечения и реабилитации. Оказывается в центре и организационно-методическая помощь врачам – специалистам из городских и сельских лечебно-профилактических учреждений, наблюдающим больных остеопорозом по месту работы.

За полгода работы врачи Центра по профилактике и лечению остеопороза провели более



В Омском областном центре по профилактике и лечению остеопороза

полтора тысяч консультативных приёмов. В основном, как уже говорилось выше, женщин. И уже наработана своя стати-

стика. Как выяснилось, у 14% обследованных установлено снижение минеральной плотности костной ткани ниже нор-

мальной, но не настолько, чтобы диагностировать заболевание остеопорозом. У 48% выявлен остеопороз с патологическим переломом, у 38% – без патологического перелома.

Статистика, конечно, неутешительная. Да и вообще, по прогнозу Всемирной организации здравоохранения, в ближайшем будущем каждая вторая женщина и каждый восьмой мужчина в мире будут страдать этим недугом, вызываемым в основном недостатком кальция в организме. Но предупреждение и лечение остеопороза – это не вопрос, если своевременно обратиться к врачам-специалистам. Что и доказывает чётко поставленная работа учреждения по борьбе с этим недугом в Омске.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

На службе у детства

Участников форума приветствовали член Совета Федерации, руководитель общественно-политического движения «Матери России» Валентина Петренко, председатель Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов Ольга Баталина, заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева и другие.

Как сказано в приветствии Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, конгресс – зримое свидетельство готовности педиатров активно трудиться на пользу близких. Участковый педиатр Татьяна Сальникова проводит большую оздоровительную работу среди детей в Прилузском районе Республики Коми.

Николай Черкасов проживает в Астрахани. Важным показателем эффективности его профессиональной деятельности является снижение летальности среди детей с врождёнными пороками сердца.

Людмила Сухарева работает в Москве заместителем директора НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, содействует обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения страны, немало нормативно-методических документов федерального уровня, в том числе санитарных норм и правил подготовлено с её участием.

Заведующая эндокринологическим отделением Наталья Криницкая трудится в Казани. Только за последние два года благодаря её усилиям внедрено в практику 18 новейших технологий.

Александр Эйберман служит педиатрии в Саратове, воспитывает молодёжь, имеет более 480 печатных работ, в том числе 12 монографий.

Всех их собрал в Москве Союз педиатров России, объединяющий в своих рядах десятки тысяч детских докторов. Авторитетная профессиональная организация, возглавляемая академиком РАН Александром Барановым, одной из своих главных задач считает повышение уровня знаний детских врачей и внедрение в практику новейших научных достижений. Собственно этому и служит ежегодный конгресс педиатров. Ныне он состоялся в 18-й раз, причём прошёл с большим успехом. Каждый из перечисленных выше докторов

Существенно сократилась смертность детей раннего и дошкольного возраста.

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Елена Байбарина поблагодарила педиатров за вклад в охрану здоровья подрастающего поколения и прежде всего в снижение младенческой смертности. По предварительным данным, в 2014 г. показатель составил 7,4.

– Нас это очень радует, – отметила Е.Байбарина. – Но впереди предстоит большая работа – нужно как минимум удержать этот показатель, как максимум – снизить.

– И всё же задача снижения

Как отметил академик РАН Виктор Тутельян, питание детей раннего возраста – вопрос здоровья или нездоровья на всю жизнь. К сожалению, малыши быстро переводятся на взрослый, «семейный» стол. Это, по словам профессора Татьяны Боровик, не соответствует возможностям их пищеварительной системы и нередко приводит к дефициту или избытку поступления как основных питательных веществ, так и микронутриентов. Несбалансированное питание, избыточное по калорийности и дефицитное по содержанию микронутриентов, является серьёзной проблемой, требующей масштабного, государственного подхода. Выработкой консоли-

«Вследствие того, что в ряде поликлиник в регионах из-за дефицита кадров участковые педиатры трудятся на 2-3 участках, они вообще не проводили диспансеризацию в 2013-2014 гг. И это не их вина. Не хватает не только педиатров, но и узких специалистов. Нехватка кадров ведёт к созданию очередей, диспансеризация растягивается».

– Я знаю, что у вас много к нам претензий по трудоёмкости, по сложности заполнения базы данных, по медицинской документации, – сказала Е.Байбарина. – Сейчас готовится новый приказ, в соответствии с которым будет снижена нагрузка на врача, исключены те осмотры и лабораторные

ступности при дефиците кадров? – удивилась Людмила Козлова, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике. – Качество ведь определяется не только адекватностью организационных форм и состоянием материальной базы, но и наличием квалифицированных специалистов. А с этим – всё больше и больше проблем.

Говорят участники конгресса Елена Комарова, Любовь Лукашова, Лариса Житникова, педиатры из Рязанской области:

– Хочется сказать большое спасибо за организацию конгресса, считаем, что такие мероприятия просто необходимы

События

Братство педиатров

младенческой смертности перестаёт быть стратегической. Она важная, нужная, гуманистическая, но никак не сверхмедицинская. А вот профилактика факторов риска, восстановление здоровья, развитие реабилитационной службы, стационарозамещающих технологий – это сегодня очень актуально, – считает профессор Валерий Альбицкий.

Действительно, несмотря на успехи детского здравоохранения, острых проблем всё ещё много, среди них рост функциональных нарушений, высокий уровень хронических и социально-обусловленных заболеваний, ухудшение психического и репродуктивного здоровья подростков. По данным Минздрава, низок процент абсолютно здоровых детей. Следовательно, профилактическое направление становится всё более актуальным.

Говорят участники конгресса Роман Проценко, главный врач Белгородской областной детской больницы:

– В конгрессе Союза педиатров России участвовать впервые. Форум меня очень впечатлил. Такой объём информации! Столько известных педиатров со всего мира! Заседания, симпозиумы одно-

дированной врачебной тактики и занимались педиатры совместно с нутрициологами в рамках целого ряда симпозиумов.

Огромный блок вопросов был посвящён вакцинопрофилактике.

Е.Байбарина подчеркнула эффективность иммунизации и выразила удовлетворённость тем, что с 2014 г. удалось включить вакцинацию против пневмококка в Национальный календарь прививок, несмотря на нападки в прессе.

– Следует сплотиться против антивакцинального движения и проявить свою активную жизненную позицию, – призвала она педиатров.

Эта мысль прозвучала и в выступлении заведующего отделением инфекционных болезней детского госпиталя из США Александра Кеннета:

– Мы, врачи-педиатры, должны быть пропагандистами, адвокатами вакцинации, уверенно говорить о её пользе и обязательно привить своего ребёнка, ведь ключом к работе с родителями является доверие.

Доктор также сказал, что американцы должны завидовать успеху России в вакцинации детей против кори.

– Я бы очень хотел, чтобы мы так выглядели, – признался он. – А за вклад российских специалистов в ликвидацию полиомиелита всё человечество благодарит Россию и её сынов, в первую очередь вирусолога Михаила Чумакова.

Серьёзный аргумент в пользу иммунизации привёл А.Баранов: в XX веке средняя продолжительность жизни населения земного шара увеличилась на 30 лет, из них на 25 лет – за счёт вакцинопрофилактики.

Гордостью отечественного здравоохранения советских времён была диспансеризация. Особенность нынешней (с 2013 г. массовая диспансеризация детей объявлена ежегодной) в том, что она направлена не столько на выявление ранних признаков заболевания и функционального отклонения, сколько на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Правда, её качество, по мнению Е.Байбариной, может быть улучшено. Кое-где имеет место формальный подход.

Эти слова вызвали дискуссию в педиатрическом сообществе. Вот лишь несколько мнений детских докторов:

«...Не может быть нормальной диспансеризации, потому что у нас нет нормального ресурсного обеспечения. Чтобы провести диспансеризацию всего обслуживаемого участка численностью 800 человек, педиатру нужно работать только на диспансеризацию 2 часа 20 минут в день. Где взять это время?»



Во время заседаний

исследования, которые специалисты посчитали избыточными.

Качество и доступность

Говоря о задачах на будущее, Е.Байбарина отметила, что предстоит много работать над качеством и доступностью первичной медико-санитарной, специализированной, высокотехнологичной помощи.

У нас очень трудная для организации медицинской помощи страна: территория огромная, плотность населения низкая (в среднем 8 человек на 1 км², а в европейских странах – 100-200). Наибольшие сложности возникают в сельской местности. Правда, сейчас там строятся новые ФАПы, вводятся общеврачебные практики. Но следует разработать для них протоколы.

– Я думаю, нужно использовать «Стратегию интегрированного ведения болезней детского возраста» как раз для фельдшеров и для врачей, чтобы они могли поставить правильный диагноз, выделить группы риска и знать, кого надо направить на более высокий уровень.

Сложные, высокотехнологичные, дорогостоящие виды помощи, в которых нуждается относительно небольшое число детского населения, по мнению Е.Байбариной, должны развиваться в определённых кластерах. Не нужно создавать, к примеру, отделение неонатальной хирургии там, где всего 3 случая диафрагмальной грыжи в год.

То же самое касается онкологии, онкогематологии и большинства других педиатрических разделов. Развитие кластерной системы оказания помощи по профилям представляется Минздраву наиболее оптимальным выходом, но он потребует изменения Порядков, над чем сейчас трудятся главные специалисты.

– Как можно говорить о качестве медицинской помощи и её до-

для профессионального роста. В них должны участвовать не только заведующие отделениями, поликлиниками и т.д., а рядовые педиатры. Польза бесспорная, неоценимая. Отдельная благодарность организаторам за то, что конгресс проводится в выходные дни, нам не нужно отпрашиваться с работы.

Везде, где удалось поприсутствовать, было очень интересно. Например, на симпозиуме по бронхиальной астме получили много практических советов, в частности для участковых педиатров. Немало нужного почерпнули на секции «Пароксизмальные состояния у детей» с участием кардиолога, эндокринолога и невролога, где разбирались клинические случаи, демонстрировались видеоролики. Будем рекомендовать своим коллегам обязательно приезжать сюда и набираться знаний.

Разгромная должность

Если программа модернизации здравоохранения позволила изменить внешний вид детских поликлиник, то, к сожалению, обеспеченность педиатрами, а без этого не может быть доступной и качественной помощи, продолжает снижаться.

«Посмотрите, какое лицо у современной педиатрии?» – сказала мне одна из участниц конгресса. Я взглядела: оно было неравнодушным, заботливым, одухотворённым и... немолодым. По словам представителей ряда регионов, до 70% педиатров в их учреждениях – люди пенсионного и предпенсионного возраста. Притока молодёжи практически нет. А те, кто остаётся, работают с тройной нагрузкой.

– Вчера приняла 50 человек, – рассказала моя собеседница, – позавчера тоже. Эпидемия. Но и без неё по 30 человек в день на приёме. Сплошное мельтешение.



Обмен мнениями с зарубежными коллегами (слева направо) профессор М.Петоелло-Мантовани (Италия), профессор Л.Намазова-Баранова, профессор И.Эрих (Германия)

имел возможность поделиться с коллегами, почерпнуть что-то новое для себя, получить импульс для дальнейшего развития. За свою работу им не стыдно. Как не стыдно и всем остальным, кто оказался в залах конгресс-центра. По словам организаторов здравоохранения, можно с уверенностью констатировать стабилизацию уровня общей заболеваемости новорождённых и детей первого года жизни, снижение младенческой смертности (несмотря на то, что страна перешла на новый учёт живорождения, показатель сопоставим с европейскими странами, а в ряде регионов даже лучше).

временно идут в десяти залах. И везде хотелось бы побывать. Но как руководителя учреждения меня, конечно же, больше интересовали вопросы организации здравоохранения, внедрения новых технологий.

Огромная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит питанию и вакцинопрофилактике. Этим двум факторам на конгрессе уделялось особое внимание.

Шесть лет назад была принята программа оптимизации питания детей первого года жизни. А на нынешнем форуме обсуждалась такая же программа, но уже для детей 1-3 лет.

А ведь ещё минимум по 3 бумажки на каждого надо оформить, в день получается 100. Работаю без мед-сестры. Вызовы на дом тоже никто не отменял. К вечеру как выжатый лимон. Сил хватает только на то, чтобы переступить порог квартиры и упасть, забывшись сном. С утра всё повторяется. Не знаю, сколько протяну. Участковый педиатр – просто разгромная сейчас должность.

– Нагрузка сумасшедшая, и даже деньги уже не привлекают, не являются стимулом, – поддержали доктора коллеги. – Безусловно, нужно оптимизировать отчётную документацию, её объём огромный, зачастую дублируется. На фоне вызовов на дом и большого количества приёмов в кабинете врачам физически некогда проводить профилактические консультации.

– ...Мы, педиатры, понимаем важность профилактической медицины. Но система ОМС заставляет нас работать несколько иначе. Потому что зарабатывает сегодня участковый педиатр только тем, что смотрит больных детей.

– В условиях дефицита кадров нужно каким-то образом структурировать работу на дому. Считаю, что пришло время осуществлять вызовы к детям только в возрасте до 3 лет, – прозвучала точка зрения главного педиатра Самарской области Людмилы Катковой. Между прочим, в Самарской области нет самостоятельных детских поликлиник, они находятся в составе объединённых поликлиник.

Не разрушать, а совершенствовать

– Как бы не потерять педиатрию, поскольку происходит вымывание кадров и в коммерческие структуры, и в систему врачей общей практики, – высказал опасения доктор Леонид Рошаль. – Думаю, мы должны поставить заслон этому. В Москве в одной из поликлиник из 8 участков только три обеспечены физическими лицами. Причём дефицит нарастает.

А тут ещё у реформаторов здравоохранения появилось новое веяние – разрушить участковость.

– Когда я вижу, как педиатров направляют на курсы переподготовки по линии врачей общей практики, моему гневу нет предела. Необходимо запретить перепро-

обучением их вопросам педиатрии в течение 54 часов.

По словам профессора В.Альбицкого, замена участкового педиатра на ВОП не выдерживает критики. Наибольшее количество диагностических и терапевтических ошибок у детей допускают именно врачи общей практики и семейные врачи. Не может семейный врач правильно расписать питание и уход для ребёнка грудного возраста, знать особенности течения острых хирургических и соматических заболеваний у младенцев. Всё чаще в западных странах первичную врачебную помощь детям оказывают педиатры, просматривается явная тенденция следовать российской модели. А мы в это время пятимся назад.

Кстати, накануне конгресса на базе Научного центра здоровья детей под председательством заместителя директора НЦЗД, члена-корреспондента РАН Лейлы Намазовой-Барановой состоялась Генеральная ассамблея педиатрических обществ Европы, на которой представители 30 стран обсуждали вопросы дальнейшего совершенствования медицинской помощи детям, вносили дополнения в устав, принимали новых членов.

Созданная в СССР государственная система охраны здоровья детей, центральной фигурой которой являлся участковый педиатр, доказала свою неоспоримую эффективность, считает большинство детских докторов. Подготовка врачей-педиатров на специальных факультетах есть достижение отечественной медицинской мысли. Как поздно начинать воспитание ребёнка с 5 лет, а не с пелёнок, так, может быть, уже не воспитать у специалиста глубокого, органичного педиатрического мышления после 6-го курса университета.

– Мы также за реструктуризацию первичной медицинской помощи, в ней действительно накопился чрезмерный груз проблем, – выразил мнение В.Альбицкий. – Считаю целесообразным узаконить как самостоятельную специальность участкового педиатра, специально готовить педиатра в медицинском вузе для работы в первичном звене на специализированных кафедрах (поликлинической и социальной педиатрии).

Следует подумать, как наполнить новым содержанием деятельность участкового педиатра, чтобы она отвечала вызовам XXI века!

будет до 60-70% обратившихся за медицинской помощью детей направлять к узким специалистам.

В настоящее время уже принято решение о том, что в ближайшее десятилетие отечественное здравоохранение осуществит постепенный переход к трёхуровневой системе медицинской помощи. Основой деятельности поликлиник и участковых врачей в условиях трёхуровневой модели здравоохранения станет профилактическая, а не лечебная работа.

Другое, не менее важное стратегическое направление – медико-социальное сопровождение детского населения. Вот о чём надо думать, – подытожил В.Альбицкий, – а не заниматься внедрением надуманных для России форм медицинского обслуживания детей!

Говорят участники конгресса
Татьяна Кадурина, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача детской поликлиники № 5 Воронежа:

– В форуме регулярно участвую последние 10 лет и всякий раз открываю для себя много нового. Сфера моих интересов – пульмонология, иммунология (я являюсь пульмонологом городского пульмонологического центра Воронежа). Многие проблемы находятся на стыке специальностей, поэтому интересуют разные аспекты, например, лор-патология, современный взгляд на аденоитомию.

Уже 25 лет занимаюсь редкими заболеваниями, в частности муковисцидозом. В рамках конгресса проходит форум по редким болезням, что, конечно же, не может не привлечь внимание. Приехав домой, расскажу коллегам о новшествах, с которыми познакомилась. Рада, что удалось заполучить методичку по работе с родителями. Их обучение – одна из важных задач. (Если родители не обладают знаниями, они вредят лечению. Если обладают, они – наши помощники.)

Честно говоря, преклоняюсь перед педиатрами. Несмотря на все трудности, они остаются на высоте.

Инновационные технологии

Однако, придерживаясь принципов советской профилактической системы, мы должны, как справедливо заметила Анна Иванова, профессор кафедры поликлинической педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, внедрять и новые технологии профилактики XXI века.

Одной из таких инновационных технологий можно назвать донологическую диагностику. Сейчас медицинские кабинеты образовательных учреждений оснащаются аппаратно-программными комплексами, позволяющими рано выявить начинающиеся изменения, отнести потенциального пациента к группе риска, начать профилактическое консультирование.

С помощью другого новшества – метода компьютерно-оптической топографии (КОМОТ) можно определить начинающиеся функциональные нарушения осанки, осмотреть в день до 400 человек. Метод сопоставим по достоверности с рентгенологическим, только не имеет никаких ограничений



Высшую награду Союза педиатров России медаль имени Г.Н.Сперанского получила Л.Сухарева

по лучевой нагрузке. Он активно используется в ряде регионов, например, в Новосибирске, Омске, Перми, Кемерово.

Развитие информационных и телекоммуникационных технологий позволяет осуществлять консультации в режиме онлайн, значительно увеличить объём санитарно-просветительской работы, а также открывает возможности персонального мониторинга здоровья. Пока это воспринимается как фантастика, но тем не менее с датчиков, которые расположены на теле человека, информация передаётся на мобильный телефон, обрабатывается различными приложениями, и пациент, скажем, с сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологией может в любой момент проконсультироваться со своим врачом в режиме онлайн.

К сожалению, внедрению таких технологий препятствует (помимо всего прочего) отсутствие законодательной базы: не определён уровень ответственности врача за дачу онлайн-консультации. ОМС их не оплачивает, хотя во всём мире это такая же оплачиваемая медицинская услуга.

Профессиональный стандарт

Особое значение на конгрессе придавалось обсуждению профессионального стандарта педиатра.

– Первоначально такого стандарта не было, – заметил А.Баранов, – а был объединённый стандарт с терапевтами. Это говорит о том, что где-то в недрах жива порочная идея объединить педиатра с терапевтом. Против этой идеи мы будем бороться.

По словам профессора Екатерины Алексеевой, президент Национальной медицинской палаты Л.Рошаль и председатель исполкома Союза педиатров России А.Баранов приложили немало усилий, чтобы был разработан отдельный стандарт по педиатрии. Он содержит описание трудовых функций врача-педиатра (построен по принципу: знать, уметь, владеть) и перечисление должностей, которые тот может занимать.

– Мы знаем, что в номенклатуре есть только 5 педиатрических специальностей, но тем не менее включили в стандарт 37 детских специальностей, – прокомментировала Е.Алексеева. – С нашей точки зрения, это оправдано, потому что оказание помощи детям, например, с ревматологическими, онкологическими и другими заболеваниями имеет очень большие особенности по сравнению со взрослой патологией.

– Задача стандарта: обозначить, кто есть кто и самое главное дать мотивацию к постоянному совершенствованию, – подчеркнул Л.Рошаль.

Говорят участники конгресса
Софья Колесникова, заведующая кафедрой педиатрии Института повышения квалификации из Хабаровска:

– Конгресс педиатров России – это всегда значимое событие. В последние 13 лет не пропустила ни одного. На каждом получаю полезную информацию. Ведь всё довольно быстро меняется, появляются новые алгоритмы диагностики, лечения. С пользой для себя посетила симпозиумы по проблемам гастроэнтерологии, респираторной патологии, питания детей. С удовлетворением отметила, что во всех выступлениях нутрициологов красной нитью проходила мысль о необходимости сохранения грудного вскармливания.

Конгресс даёт не только знания, но и пищу для размышления. Невольно возникает вопрос, почему за всё должны отвечать медики? Здоровье ведь зависит не только от них.

Вместо послесловия

Одной из значимых тем, обсуждавшихся на конгрессе, была тема повышения качества научных исследований, планирования диссертационных работ, подготовки научных кадров. Решению этого вопроса и перспективам дальнейшего развития фундаментальных исследований, созданию и расширению площадок трансляционной медицины, формированию центров для дорегистрационных клинических испытаний отечественных медицинских разработок, развитию тесного сотрудничества лабораторий и клинических баз был посвящён «круглый стол» с участием заместителя министра образования и науки РФ Людмилы Огородовой, председателя исполкома Союза педиатров России Александра Баранова, председателя правления Российской академии педиатрии Лейлы Намазовой-Барановой.

Стоит также упомянуть, что в рамках конгресса прошли: IV Евразийский форум по редким болезням, 3-я Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология», V форум медицинских сестёр, который, кстати, назывался «Педиатрическая сестра: медицинская наука». По словам врачей, медицинские сёстры сделали большой рывок вперёд, о чём свидетельствовал высокий уровень докладов.

Как отметил руководитель Федерального агентства научных организаций Михаил Котюков, сегодня развитие педиатрии невозможно без научных исследований и разработок. Они были широко представлены на многочисленных симпозиумах.

Даже в воскресенье, в конце дня в залах кипела работа, все они были заполнены, а некоторые переполнены. Люди стояли в коридорах, ловя каждое слово, доносящееся из открытой двери, готовы были жертвовать перерывом и слушать, слушать, слушать...

Торжественная церемония закрытия конгресса и то собрала столько желающих, что огромный зал оказался забит до отказа. Многие ли мероприятия могут похвастаться такой востребованностью? Три дня лекций, симпозиумов, мастер-классов (именно столько длился конгресс) не остудили жажду знаний и профессионального общения. Люди словно бы надышаться не могли воздухом познания и педиатрического братства.

«Полный восторг!» – такими словами охарактеризовали своё впечатление от увиденного и услышанного на конгрессе врачи из Рязанской области. Преодолев сотни километров в воскресный день (для этого пришлось встать в 4 часа утра), они по собственной инициативе приехали на форум и нисколько не пожалели об этом.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Педиатров приветствуют дети

филирование педиатров во врачей общей практики. Как впрочем, и врачи общей практики не должны заменять педиатров.

Новые попытки передать оказание первичной медицинской помощи детям в руки врачей общей практики весьма насторожили педиатров. Так, реформаторы московского здравоохранения реализуют план по созданию 100 амбулаторий для врачей общей практики и начинают перепрофилировать терапевтов и узких специалистов с

Уже почти 70 лет у нас 6-летний (с учётом интернатуры – 7-летний) срок обучения в медицинском вузе, а в западных университетах для получения доступа к врачебной деятельности нужно проучиться не менее 8 лет. Давно пора последовать этому примеру. Ибо, в частности, без глубокого изучения отдельных педиатрических специальностей (детской невропатологии, оториноларингологии, офтальмологии и т.д.) участковый педиатр так и останется диспетчером,

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 14 (1866)

Аллергические заболевания являются серьёзной проблемой и, по прогнозу ВОЗ, в XXI веке по распространённости выйдут на первое место в структуре заболеваний. Ежегодно около 35% населения Земли обращаются за медицинской помощью с клиническими проявлениями аллергии. В последние десятилетия отмечен наибольший рост заболеваемости астмой, аллергическим ринитом и аллергодерматозами.

По прогнозам специалистов Института иммунологии ФМБА России, половина россиян в 2015 г. будут страдать той или иной формой аллергии. Ещё 10 лет назад аллергией страдала только четверть населения страны, а сегодня – уже треть.

Традиционно в России аллергия не считается серьёзным заболеванием и ей не уделяется большого внимания. Это привело к тому, что больные аллергией в течение многих лет занимаются самолечением. Это подтверждает огромный разрыв между реальной и зарегистрированной заболеваемостью аллергией (по данным МЗ России, заболеваемость аллергией по обращаемости не превышает 0,5-1% в зависимости от региона).

Среди аллергических заболеваний одним из наиболее распространённых считается аллергический ринит (АР). В различных странах Европы и Америки распространённость варьирует от 4 до 33%, в России – от 12,7 до 24%. Важность проблемы АР заключается в том, что он является одним из факторов риска развития бронхиальной астмы. В России лишь 18% пациентов направляется к специалистам на первом году заболевания сезонным АР, в 30% случаев интервал между появлением симптомов и диагнозом составляет 2 года, в 43% – 3 года и в 10% – более 4 лет.

Не отмечено никакой тенденции к снижению распространённости аллергии. Ко всему, ещё не существует ни одного метода лечения, который бы стопроцентно освобождал человека от аллергии. Наиболее перспективными остаются специфическая иммунотерапия причинными аллергенами или их модификациями.

Аллергический ринит – заболевание, которое характеризуется наличием иммунологического обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причиннозначимым аллергеном, и клинически проявляется ежедневно в течение не менее часа двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханьем и нередко anosmией.

Основными факторами риска развития АР являются:

- семейный анамнез – отягощённая наследственность;
- сенсibilизация;
- способствующие факторы (курение, качество воздуха в жилище, загрязнение воздуха, климатические факторы).

Классификация

Аллергический ринит классифицируют по форме, характеру, тяжести течения, стадии заболевания.

Формы аллергического ринита:

- сезонный – возникает при сенсibilизации к пыльцевым аллергенам (поллиноз): пыльце деревьев, злаковых и сорных трав;
- круглогодичный – развивается у пациентов с сенсibilизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном их приёме, профессиональным аллергенам.

Классификация международных согласительных документов, по которой в настоящее время отдаётся предпочтение, предлагает разделять:

По характеру течения:

- интермиттирующий АР: симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году,
- персистирующий АР: симптомы беспокоят более 4 дней в неделю или более 4 недель в году.

По степени тяжести течения:

- лёгкая (у пациента имеются лишь незначительные клинические проявления болезни, не нарушающие дневную активность и сон);

- средняя (симптомы нарушают сон пациента, препятствуют работе, учёбе, занятиям спортом, качеству жизни существенно ухудшается);

- тяжёлая (симптомы настолько выражены, что пациент не может нормально работать, учиться, заниматься спортом или проводить досуг и спать ночью, если не получает лечения).

По стадии течения АР подразделяется на стадию обострения и стадию ремиссии.

Основными этиологическими факторами аллергического ринита являются:

- а) Пыльца растений.** Сенсibilизация к пыльцевым аллергенам регистрируется в 30-75% случаев. Однако этиологическая значимость разных растений в механизме

развития заболевания неодинакова. Так, в центральных регионах России чаще встречается аллергия на пыльцу деревьев и злаков.

Для нашей страны характерны три основных сезона поллинииции, определяющие три основных пика манифестации симптомов АР: в весеннее время он связан с пылением деревьев (берёза, ольха, орешник, дуб), в первой половине лета – злаковых растений (ежа, тимopheевка, рожь), в конце лета и осенью – сорных трав (полынь, подорожник, амброзия). Пыльца может переноситься ветром на значительное расстояние и вызывать появление симптомов АР в необычное время.

Развитие поллиноза вызывает пыльца, обладающая следующими свойствами:

- принадлежит к ветроопыляемым растениям, широко представленным в данном регионе, продуцирующим её в больших количествах;
- лёгкая, летучая, распространяемая ветром на большие расстояния;
- имеет небольшие размеры (до 35 мкм);
- обладает выраженной аллергенной активностью.

У некоторых больных клинические проявления поллиноза могут наблюдаться весь период, начиная с весны до глубокой осени.

б) Аллергены клещей домашней пыли (видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*). Эти клещи и продукты их жизнедеятельности находятся в постельном белье, матрасах, коврах, подушках.

в) Эпидермальные аллергены. Частой причиной аллергического ринита являются аллергены животных (кошки, собаки, лошади, морские свинки и т.д.), которые содержатся в слюне, моче, секретах слюнных желез.

г) Плесневые аллергены. Хотя споры грибов и аллергены клещей домашней пыли относятся к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе также зависит от времени года. Дрожжевые и плесневые грибки особенно быстро и бурно размножаются во влажное и тёплое время года. В течение года аллергические реакции вызывают такие грибки, как *Aspergillus*, *Penicillium*, а грибки типа *Cladosporium*, *Alternaria*, *Stemphylium*, вызывают сезонность обострения заболевания. Таким образом, персистирующий аллергический ринит может иметь волнообразное течение и сопровождаться сезонными вспышками.

д) Профессиональный аллергический ринит наблюдается у лиц, постоянно контактирующих по роду своей деятельности с разными группами аллергенов, например с мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латексом и другими аллергенами (встречается у зоотехников, работников хлебозаводов, фармацевтов, медицинских работников и др.).

Патогенез

Патогенетическую основу аллергического ринита составляет IgE-опосредованные аллергические реакции. Проникновение

аллергенов в организм человека, генетически детерминированного к развитию атопии, индуцирует первую фазу аллергической реакции – иммунологическую, а именно повышенный синтез антител класса IgE, которые фиксируются на поверхности тучных клеток и базофилов с помощью соответствующих рецепторов.

Соединение антигенов с IgE-антителами, фиксированными на поверхности этих клеток, вызывает развитие следующей патохимической фазы с выделением биологически активных веществ или медиаторов аллергии (гистамина, серотонина, лейкотриенов и др.), которые индуцируют патофизиологическую фазу: отёк слизистых оболочек, повышение продукции слизи, спазм гладкой мускулатуры. Эти патофизиологические реакции реализуются через 10-20 минут после воздействия аллергена и определяют клиническую картину заболевания.

Выделяют следующие основные стадии аллергического ринита.

1. Вазотоническая стадия (постоянное изменение сосудистого тонуса проявляется постоянной заложенностью носа и требует периодического использования деконгестантов).

2. Стадия вазодилатации (постоянная заложенность носа вследствие расширения сосудов слизистой носа и частое использование деконгестантов).

3. Стадия хронического отёка (постоянная заложенность носа, деконгестанты малоэффективны).

4. Стадия гиперплазии (разрастание слизистой носа и образование полипов).

Клиника

Основные клинические симптомы аллергического ринита:

- ринорея (водянистые выделения из носа);
- чиханье – нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чиханья могут возникать спонтанно;
- зуд, реже – чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом нёба и глотки); зуд носа может проявляться характерным симптомом – «аллергическим салютом» (постоянное почёсывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх), в результате чего у части больных появляется поперечная носовая складка, расчёсы, царапины на носу;
- заложенность носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;
- снижение обоняния.

Дополнительные симптомы аллергического ринита развиваются вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых (евстахиевых) труб:

- раздражение, отёчность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа;
- носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и ковыряния в носу;
- боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);
- боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тугоухости).

Диагностика

Диагноз аллергического ринита устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и выявления аллергенспецифических антител класса IgE.

Анамнез и физикальное обследование
При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие аллергических заболеваний у родственников, характер, частоту, продолжительность, тяжесть симптомов, наличие/отсутствие сезонности, ответ на терапию, наличие у пациента других аллергических заболеваний, провоцирующие факторы. Необходимо проведение риноскопии (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки).

У больных с аллергическим ринитом слизистая оболочка обычно бледная, цианотично-серая, отёчная. Характер секрета слизистый и водянистый. При хроническом или тяжёлом остром аллергическом рините

обнаруживают поперечную складку на спинке носа, образующуюся у детей в результате «аллергического салюта».

Хроническая назальная обструкция приводит к формированию характерного «аллергического лица» (тёмные круги под глазами, нарушение развития лицевого черепа, включающее неправильный прикус, дугообразное нёбо, уплощение моляров).

Лабораторные и инструментальные исследования

Кожное тестирование – быстрый, безопасный и недорогой метод исследования, подтверждающий наличие IgE-АТ. При постановке кожных проб с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами реакцию оценивают через 20 минут по размерам папулы и гиперемии. За 7-10 дней до постановки кожных проб следует отменить антигистаминные препараты. Кожное тестирование должен проводить специально обученный медицинский персонал. Конкретный набор аллергенов для тестирования варьирует в зависимости от предполагаемой чувствительности к аллергенам и географической зоны.

Дифференциальная диагностика

- Острый инфекционный ринит при ОРВИ проявляется заложенностью носа, риноре-

ей, чиханьем. Назальные симптомы преобладают на 2-3-й день и угасают к 5-му дню заболевания. Симптомы, сохраняющиеся более 2 недель, могут свидетельствовать о наличии аллергического ринита.

- Вазомоторный (идиопатический) ринит – одна из наиболее распространённых форм неаллергических ринитов. Характерна постоянная заложенность носа, усиливающаяся при перепадах температуры, влажности воздуха и резких запахах. Существует гиперсекреторный вариант с персистирующей ринореей, для которого характерны незначительный зуд носа, чиханье, головные боли, anosmia, синуситы. Наследственность по аллергическим заболеваниям не отягощена, также не характерна сенсibilизация к аллергенам. При риноскопии в отличие от аллергического ринита, для которого характерны цианоз, бледность, отёк слизистой оболочки, выявляют её гиперемию, вязкий секрет.

- Медикаментозный ринит – результат длительного применения сосудосуживающих назальных препаратов, а также вдыхания кокаина. Отмечают постоянную назальную обструкцию, при риноскопии слизистая оболочка ярко-красного цвета. Характерен положительный ответ на терапию интраназальными глюкокортикоидами (ГК), которые необходимы для успешной отмены препаратов, вызывающих данное заболевание.

- Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом характеризуется наличием выраженной назальной эозинофилии, отсутствием положительного аллергологического анамнеза, отрицательными результатами кожного тестирования. Отмечают персистирующие симптомы, слабо выраженное чиханье и зуд, склонность к образованию назальных полипов, отсутствие адекватного ответа на терапию антигистаминными препаратами, хороший эффект при применении интраназальных ГК.

- Односторонний ринит предполагает наличие назальной обструкции в результате инородного тела, опухоли, полипов носа, которые возможны при неаллергическом рините с эозинофильным синдромом, хроническом бактериальном синусите, аллергическом грибковом синусите, аспиринной астме, муковисцидозе и синдроме неподвижности ресничек респираторного эпителия. Одностороннее поражение или полипы носа для неосложнённого аллергического ринита не характерны.

- Назальные симптомы характерны для некоторых системных заболеваний, в частности для гранулематоза Вегенера, который проявляется постоянной ринореей, наличием гнойного/геморрагического отделяемого, язвами в полости рта и/или носа, полиартралгией, миалгией, болями в области дополнительных пазух полости носа.

Лечение

Включает в себя следующие меры:

- устранение контакта с аллергеном (если возможно);

- аллергенспецифическую иммунотерапию;
- фармакотерапию;
- обучение пациента.

Также необходимо добиваться оптимизации факторов окружающей среды и социальных факторов, чтобы больной мог вести нормальный образ жизни, устранения (уменьшения) контакта с причинно-значимыми аллергенами.

Благоприятный эффект различных мер, направленных на удаление аллергена из окружающей среды, в полной мере проявляется лишь через несколько недель или месяцев. В большинстве случаев полное исключение контакта с аллергеном по практическим или экологическим причинам невозможно. Тем не менее по возможности до назначения лекарственных препаратов или на фоне их применения целесообразно предпринять меры с целью уменьшения контакта с аллергеном.

Лекарственная терапия

Если элиминация аллергенов не приводит к уменьшению выраженности симптоматики, начинают лекарственную терапию.

Интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС). Местные (интраназальные) ГКС – препараты выбора в лечении аллергического ринита; они эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чиханье, ринорея, заложенность носа. Начало действия интраназальных ГКС приходится на 2-3-й день. Обычно они хорошо переносятся. К преимуществам препаратов этой группы относится возможность их применения 1 раз в сутки и минимальная системная абсорбция. Побочные эффекты возникают в 5-10% случаев, среди местных эффектов наиболее распространены чиханье, жжение, раздражение слизистой оболочки носовой полости, которые обычно выражены минимально и не требуют отмены препарата.

- Мометазон применяют у взрослых по 2 ингаляции (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки; у детей с 2-летнего возраста – по 1 ингаляции (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки.

- Флутиказона пропионат взрослым и детям старше 12 лет назначают по 100 мкг в каждый носовой ход, предпочтительно утром. При необходимости – по 100 мкг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза – 400 мкг (по 100 мкг в каждый носовой ход 2 раза в сутки). Пожилым пациентам рекомендуется средняя терапевтическая доза, предназначенная для взрослых. Детям от 4 до 12 лет назначают по 50 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки, предпочтительно утром; при необходимости можно увеличить кратность применения до 2 раз в сутки.

- Флутиказона фуолат взрослым и подросткам в возрасте от 12 лет и старше: рекомендуемая начальная доза – по 55 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки (110 мкг/сут), детям в возрасте от 2 до 11 лет – по 27,5 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки (55 мкг/сут).

- Беклометазон применяют у детей с 6 лет, назначают по 1-2 ингаляции (50-100 мкг) 2-4 раза в сутки в зависимости от возраста, взрослым по 2 ингаляции (100 мкг) 2-4 раза в сутки.

- Будесонид разрешён к применению у детей с 6 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг, взрослым по 2 дозы (100 мкг) 1 раз в сутки.

Антигистаминные препараты. Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и уменьшают такие симптомы, как зуд, чиханье, ринорея, но менее эффективны в отношении назальной обструкции.

В плане уменьшения выраженности симптомов аллергического ринита антигистаминные препараты менее эффективны, чем интраназальные ГКС, и сопоставимы с кромоном или даже превосходят их. Наиболее эффективно профилактическое применение антигистаминных препаратов (перед контактом с аллергеном). Добавление к терапии интраназальными ГКС антигистаминных препаратов оправдано при тяжёлом течении аллергического ринита, сопутствующем аллергическом конъюнктивите и atopическом дерматите.

Интраназальные антигистаминные препараты (азеластин) эффективны при лечении сезонного и круглогодичного аллергического ринита. При их применении возможны жжение в носу, горький и металлический привкус во рту.

Кромоны. Кромоглициевая кислота в лечении аллергического ринита менее эффективна, чем интраназальные ГКС. Препарат применяют у детей с аллергическим ринитом лёгкого течения в форме назальных спреев по 1-2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день. Кромоглициевая кислота – препарат первого выбора у детей до 3 лет, второго

выбора – у детей старше 3 лет. У взрослых применяют по 1-2 дозы 4 раза в день. При необходимости дневная доза может быть повышена максимально до 6 раз в сутки. Наиболее эффективно профилактическое применение препарата (перед контактом с аллергенами). Побочные эффекты выражены минимально.

Комбинированная терапия. Для пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым течением заболевания или при неэффективности начальной терапии возможно назначение комбинированной терапии, которая может включать интраназальные ГКС или кромоглициевую кислоту в сочетании с антигистаминными препаратами второго поколения. При достижении положительного эффекта один из компонентов терапии следует отменить.

Деконгестанты. Интраназальные сосудосуживающие препараты (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин) для лечения аллергического ринита применять не рекомендуется, так как через 3-7 дней их использования развивается тахифилаксия, которая проявляется «рикошетным» отёком слизистой оболочки носа. При длительном применении препаратов этой группы развивается медикаментозный ринит. Допустимо применение сосудосуживающих препаратов у больных с выраженной заложенностью носа перед назначением интраназальных ГКС в течение не более 1 недели.

Специфическая иммунотерапия

Смысл аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) заключается в десенсибилизации – снижении чувствительности организма к воздействию аллергена путём повторного введения экстракта этого аллергена, начиная с минимальных доз. Несмотря на то, что механизм АСИТ на клеточном и молекулярном уровне до конца не изучен, можно утверждать, что индукция Т-регуляторными клетками сдвига Т-клеточного профиля от Т-хелпер2 к «толерантному» Т-хелпер1-профиле является ключевым моментом АСИТ.

Сегодня накоплен огромный опыт клинического применения АСИТ. Она превратилась в один из наиболее научно оправданных и широко используемых эффективных методов лечения atopических заболеваний: сезонных и круглогодичных риноконъюнктивитов, atopической бронхиальной астмы, анафилактических реакций на ужаление перепончатокрылыми насекомыми.

Лечебные аллергены, применяемые для АСИТ

Для проведения АСИТ используют следующие группы лечебных аллергенов:

- водно-солевые экстракты аллергенов;
- сублингвальные (САГ);
- пероральные;
- модифицированные лечебные.

Показания к АСИТ

1. Невозможность элиминации пыльцы растений.

2. АСИТ может проводиться только при чётком подтверждении причинно-значимой роли аллергенов в этиологии болезни и установлении IgE-опосредуемого механизма её развития (по клиническим данным и результатам специфической диагностики).

3. Фаза ремиссии поллиноза. У больных бронхиальной астмой использование этого метода возможно при отсутствии выраженной бронхиальной обструкции (пиковая скорость выдоха или ОФВ1 > 70% от должных).

4. Возраст 5-50 лет.

Противопоказания к АСИТ:

- тяжёлые иммунопатологические состояния и иммунодефициты;
- онкологические заболевания;
- тяжёлые психические расстройства;
- лечение β-блокаторами, включая топические формы;
- приём ингибиторов МАО в комбинации с симпатомиметиками;
- невозможность соблюдения пациентом схемы назначенного лечения;
- отсутствие контроля бронхиальной астмы (ОФВ1 менее 70% на фоне адекватной фармакотерапии, в том числе тяжёлая форма бронхиальной астмы);
- сердечно-сосудистые заболевания, при которых возможны осложнения при использовании адреналина (эпинефрина);
- наличие в анамнезе анафилактического шока при проведении АСИТ (для подкожной АСИТ);
- дети моложе 5 лет (для подкожной АСИТ);
- беременность, грудное вскармливание.

Временные противопоказания для проведения АСИТ:

- обострение основного заболевания;
- обострение любого сопутствующего заболевания;
- любые интеркуррентные заболевания в стадии обострения;
- вакцинация.

Методы проведения АСИТ

Выбор аллергена для проведения АСИТ основывается на оценке данных аллергологического анамнеза, результатов кожного тестирования, аллергодиагностики in vitro, при необходимости – провокационных назальных и конъюнктивальных тестов с аллергенами.

В настоящее время используются инъекционные и неинъекционные методы проведения АСИТ.

Инъекционный способ проведения АСИТ состоит в подкожном введении аллергенов в нижнюю треть плеча.

Лечебную смесь аллергенов для иммунотерапии готовят с учётом выраженности выявляемой к ним чувствительности, выбирая при этом главные, клинически значимые аллергены. Не рекомендуется смешивать неродственные аллергены, поскольку они обладают взаимно подавляющей активностью (пыльцевые аллергены теряют свою активность при смешивании с аллергенами клещей домашней пыли, плесеней, тараканов).

Предсезонная специфическая иммунотерапия проводится больным поллинозами. Начинают её за 3-4 месяца до начала цветения растений.

Специфическую иммунотерапию начинают с введения аллергенов в том разведении, при постановке кожных проб с которым был отмечен отрицательный результат в сравнении с предшествующим положительным результатом после использования аллергенов другого разведения. У детей специфическую иммунотерапию чаще начинают с введения аллергенов в разведении 1 : 1 000 000 или 1 : 100 000.

Однако в случае высокого уровня сенсibilизации к причинно-значимым аллергенам, при наличии в анамнезе больных системных аллергических реакций иммунотерапия может быть начата с введения меньших концентраций аллергенов (разведения 1 : 10 000 000 или даже 1 : 100 000 000). Специфическую иммунотерапию начинают с подкожного введения в наружную поверхность средней части плеча 0,1 мл выбранного разведения аллергенов.

При хорошей переносимости первой инъекции аллергенов (отсутствует системная аллергическая реакция, местная реакция незначительная) в последующем инъекции делают 1-2 раза в неделю, увеличивая каждую вводимую дозу аллергена на 0,05-0,1 мл в зависимости от уровня сенсibilизации. По завершении введения аллергенов одного разведения переходят к следующему разведению их, содержащему аллергены в большей концентрации.

За последние годы в аллергологической практике стала шире использоваться ускоренная схема проведения АСИТ. Её применяют в случаях, когда возникает необходимость в сокращении сроков лечения и ускорении достижения поддерживающей дозы лечебных аллергенов для продолжения лечения. При проведении парентеральной АСИТ по ускоренной схеме аллергены вводят подкожно от 2 до 3 раз в день, лечение проводится в аллергологическом отделении.

Фосталь «Аллерген пыльцы деревьев» (Phostal betulaceae) представляет собой стандартизованную смесь в равных пропорциях экстрактов аллергенов пыльцы деревьев семейства Betulaceae (берёзовых). Это адыовантная аллерговакцина – смесь адсорбирована на фосфате кальция, что обеспечивает стабильность активных субстанций in vitro и концентрации препарата in vivo, а также удобство режима дозирования, что немаловажно для точного выполнения рекомендаций (повышения комплаенса) и обеспечения полного прохождения терапии пациентом.

Лечение состоит из двух этапов: начальный курс и поддерживающая терапия.

Начальный курс АСИТ с постоянным увеличением дозы препарата рекомендуется проводить не менее чем за 4 месяца до цветения деревьев, вызывающих аллергию.

Традиционный препарат вводится 1 раз в неделю по приведённой ниже схеме. Терапию начинают с введения препарата концентрации 0,01 ИР/мл или 0,1 ИР/мл, в зависимости от индивидуальной реактивности пациента в соответствии со степенью выраженности кожных проб. К концу этапа доза препарата возрастает до 0,8 мл концентрации 10 ИР/мл. Предлагаемый график введения может быть изменён для отдельных больных в соответствии с их переносимостью препарата. Допускается сокращение интервала между введениями до 3 дней и максимальное его увеличение до 2 недель. При необходимости последующую дозу можно уменьшить или повторить.

Поддерживающая терапия проводится постоянной дозой. На этапе поддерживающей иммунотерапии препарат концентрации 10 ИР/мл вводится в объёме 0,8 мл на одно введение. Поддерживающую терапию начинают через 15 суток после окончания начального курса. Первые две инъекции поддерживающего курса вводят с интервалом в

2 недели, затем препарат вводится 1 раз в месяц или реже, но максимальный интервал между инъекциями не должен превышать 6 недель. Поддерживающую иммунотерапию рекомендуется проводить в течение 3-5 лет.

К неинъекционным методам АСИТ относятся следующие способы её проведения:

- сублингвальный метод, при котором аллерген удерживается под языком в течение 1-2 минут и затем проглатывается;
- пероральный метод, предусматривающий одномоментное проглатывание аллергена в каплях, таблетках или капсулах;
- интраназальный метод, при котором водная или порошкообразная форма аллергена вводится в нос при помощи пипетки или специального устройства.

Сублингвальная терапия изучается в течение уже 15 лет. Многие из проведённых плацебоконтролируемых исследований доказывают, что сублингвальная иммунотерапия эффективна, обладает высоким профилем безопасности в сравнении с подкожной аллергенспецифической иммунотерапией и удобна для пациента.

Преимуществами неинвазивных методов введения аллергенов являются:

- малая травматичность метода;
- возможность избежать ежедневных инъекций;
- доступность и простота техники исполнения;
- снижение количества побочных реакций и обострений основного заболевания;
- позитивное отношение пациентов к терапии.

Противопоказания для проведения сублингвальной АСИТ:

- персистирующие повреждения слизистой оболочки ротовой полости: язвы, эрозии;
- персистирующие заболевания пародонта;
- открытая рана в полости рта;
- недавняя экстракция зуба, другие хирургические манипуляции в полости рта;
- гингивит, сопровождающийся кровоточивостью дёсен;
- тяжёлые воспалительные заболевания слизистой оболочки ротовой полости (красный плоский лишай, микозы и др).

Сублингвальная АСИТ проводится в соответствии с инструкцией к лечебному препарату. Первый приём препарата осуществляется в присутствии лечащего врача, далее пациент по определённой схеме самостоятельно принимает аллерген с контрольными визитами к лечащему врачу. Кратность назначения препарата корректируется в соответствии со степенью переносимости и состоянием здоровья пациента.

При проведении АСИТ данными аллергенами возможен круглогодичный, предсезонный и предсезонно-сезонный вариант лечения. Во время сезона пыления причинно-значимых растений не проводится этап наращивания дозы.

Введение поддерживающих доз возможно при условии, что во время сезона пыления причинно-значимых растений пациент находится в клинической ремиссии. При развитии клинических проявлений ринита, конъюнктивита, бронхиальной астмы, связанных с началом сезона пыления причинно-значимых растений, АСИТ должна быть прекращена. Если на фоне базисной терапии, приёма антигистаминных и/или антилейкотриеновых препаратов достигнута клиническая ремиссия, возможно возобновление АСИТ. Решение вопроса о дозе решается в каждом случае индивидуально.

Так как терапия проводится в домашней обстановке, должны быть приняты следующие меры предосторожности:

- пациенту (или родителям, если проводится лечение ребёнка) должны быть предоставлены чёткие письменные инструкции о действиях в случае развития нежелательной реакции;
- капли аллергена должны храниться в безопасном, недоступном для детей месте, в соответствии с температурными условиями хранения;
- необходимо обучить пациента (родителей, если проводится лечение ребёнка) правильной технике приёма препарата;
- важно, чтобы пациент посещал врача как минимум 3 раза в год для подтверждения эффективности лечения и выявления возможных нежелательных эффектов.

(Окончание следует.)

**Найля РАХМАТУЛЛИНА.
Юлия ПАСТУШЕНКО.
Найля СИБГАТУЛЛИНА.
Гузель ЗАКИРОВА.
Динара АХМЕТЗЯНОВА.**

Казанская государственная медицинская академия.

Городская клиническая больница № 7.

Городской аллергологический центр Казани.

Женщина 35 лет, белой расы, поступила в периферийную больницу в отделение интенсивной терапии спустя 18 дней после рождения ребёнка на сроке беременности 33 недели и 3 дня. У неё значительно увеличился вес и стали нарастать периферические отёки через 12 месяцев после родов.

В анамнезе отсутствовали указания на одышку, сыпь, язвы, повышенную светочувствительность, артралгию, недавнее путешествие, применение НПВП или рекреационных средств.

Обе её беременности осложнились гипертензией без протеинурии. Гестационный сахарный диабет каждый раз спонтанно разрешался после рождения детей.

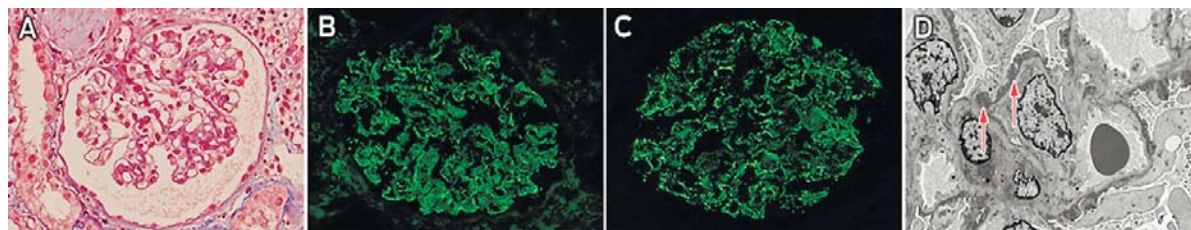
В прошлом у неё отмечались феномен Рейно и синдром дефицита внимания взрослых, который поддавался лечению dexamphetamine. Женщина не курила и не употребляла алкоголь. Госпитализирована в почечную клинику с подозрением на нефротический синдром.

При обследовании. Масса тела 73 кг. Обе нижние конечности отёчны. Сыпи, лимфаденопатии или отёчности суставов не выявлено. Проведённые лабораторные исследования подтвердили наличие нефротического синдрома: альбумин 22 г/л (норма 35-50), выраженная протеинурия (соотношение протеина/креатинина 1060 мг/ммоль (норма < 13). Гематурии не было и ренальные функции были в норме (креатинин в сыворотке крови 53 мкмоль/л (норма 45-90), скорость клубочковой фильтрации > 90 мл/мин/1,73 м² (норма > 60). Ей были назначены фурасемид 80 мг дважды в день и рамиприл 1,25 мг/день. Спустя 3 дня в её физическом статусе изменений не произошло. Серологические исследования на определение антител к М-типу рецепторов фосфолипазы 2 и серологический тест на волчанку были отрицательными. Так как в её состоянии не было улучшения, была произведена биопсия почки.

Световая микроскопия показала наличие незначительных гломерулярных изменений в биоптате: небольшое увеличение мезангиального матрикса, небольшое утолщение капиллярных петель, воспалительные клетки в капиллярных петлях и подозрение на субэпителиальные депозиты

Клинический разбор

«Спирали» в почках при нефротическом синдроме



А: микроскопия – увеличение гломерулярного матрикса и небольшое утолщение капиллярных петель (трёхцветное окрашивание по Masson; увеличено $\times 400$). **В:** иммунофлюоресцентная микроскопия – умеренно окрашенные гранулы IgG в капиллярных петлях (увеличено $\times 400$). **С:** иммунофлюоресцентная микроскопия – умеренно окрашенные C1q в капиллярных петлях (увеличено $\times 400$). **Д:** электронная микроскопия – многочисленные и разных размеров субэпителиальные плотные депозиты (стрелки) (увеличено $\times 4000$)

плюс сосудистые изменения, характерные для гипертензии (фото А). Микроскопия методом иммунофлюоресценции показала наличие гранул IgG (фото В) и C1q (фото С) в капиллярах петель, но минимально окрашенных СЗ. Окончательный диагноз не мог быть поставлен по результатам этих исследований. Поэтому была проведена электронная микроскопия биоптата. Обнаружены субэпителиальные депозиты, которые позволили поставить диагноз мембранозного гломерулонефрита (фото D).

Наличие C1q и воспалительных клеток в петлях капилляров не типично для первичного мембранозного гломерулонефрита, поэтому вторичные причины следовало исключить. Больная была подвергнута дальнейшему обследованию. У неё был выявлен повышенный титр быстрого плазменного реагина (БПР) – 1 : 256. Вследствие этого был поставлен диагноз активной инфекции *Treponema pallidum*, подтверждённый наличием IgM-возбудителя и положительной реакцией агглютинации на *Treponema pallidum* (4+). Больной был назначен бензатина пенициллин в дозе 2,4 млн

единиц. Кроме того, проведено исследование на инфекции, передающиеся половым путём. Оно дало положительный результат. Новорождённый был в экстремном порядке обследован на врождённый сифилис, хотя клинических признаков сифилиса не было. При расспросе больной было установлено, что наиболее вероятно она заразилась за 2 месяца до родов (т.е. в течение второго триместра беременности) от её партнёра, у которого в это время имели место генерализованная сыпь и генитальное поражение.

При обследовании больной через 2 месяца отёки полностью прошли, вес уменьшился до 63 кг и протеинурия снизилась (отношение протеин/креатинин 70 мг/ммоль). Терапия фурасемидом и рамиприлом была прекращена. Титр БПР составил 1 : 32. Это уменьшение в 4 раза говорило в пользу эффективности лечения инфекции. На 7-м месяце наблюдения протеинурия полностью нормализовалась (отношение протеин/креатинин 5 мг/ммоль) и титр БПР стал 1 : 8.

Обсуждение. Сифилис вызывается спирохетой *Treponema pallidum*.

Он известен как «великий подражатель» с широкой вариабельностью клинических проявлений. Первичный сифилис характеризуется высокой контагиозностью изъязвленного поражения (шанкр), которое появляется спустя 2-6 недель после заражения. Вторичный сифилис манифестирует после гепатогенной или лимфогенной диссеминации. Симптомами являются генерализованная сыпь, лимфаденопатия, лихорадка и недомогания. Реже отмечаются гепатит, ирит, неврологические симптомы и нефрит. Третичный сифилис поражает кардиоваскулярную систему или головной мозг, которые могут проявляться спустя годы (до 15 лет). Врождённый сифилис остаётся частой причиной недонашивания беременности, преждевременных родов и болезней новорождённых. Если лечение бензатина пенициллином начато рано, возможно предотвращение долговременных осложнений.

Поражение почек при сифилисе было выявлено ещё в XVIII веке. Протеинурия является наиболее частым признаком поражения почек и определяется у 8% больных вторичным сифилисом.

Мембранозная нефропатия (МН) (или мембранозный гломерулонефрит) может быть одним из других вариантов поражения почек, таких как мезангиопролиферативный гломерулонефрит, быстро прогрессирующий гломерулонефрит и болезнь минимальных изменений.

МН – наиболее частая причина нефротического синдрома среди белых людей среднего возраста и характеризуется формированием иммунных комплексов в субэпителиальной части гломерулярных капилляров. Хотя МН часто первична, вторичные причины следует иметь в виду, если обнаруживаются атипичные гистологические характеристики (как у обсуждаемой больной). Вторичными причинами могут быть лекарства (НПВП, aurapofin – золотосодержащий компонент), аутоиммунные болезни (системная красная волчанка), инфекции (гепатиты В, С и сифилис) и злокачественная онкология (рак лёгких, желудка, толстой кишки, молочной железы, простаты и почек). Около 70% первичной МН вызвано аутоантителами против рецептора М-типа антифосфолипазы А2 – протеин на гломерулярных подоцитах. Депозиты этих антител и субэпителиальные иммунные комплексы приводят к поражениям комплементопосредованных подоцитов и протеинурии.

В начале МН, когда имеет место задержка соли и воды, назначают диуретики и ингибиторы АПФ, чтобы уменьшить отёки и протеинурию. Антикоагулянты с профилактической целью рекомендуются больным с уровнем сывороточного альбумина ниже 20 г/л. Иммуносупрессоры могут быть показанными больным с первичной МН, у которых наблюдаются прогрессирующее поражение почек и персистирующая нефротическая протеинурия, но вторичная МН часто разрешается после элиминации, вызвавшей его причины.

С нарастающей во всём мире частотой инфекций, передающихся половым путём, включая сифилис в Австралии, клиницистам следует быть бдительными, имея в виду разнообразие клинических проявлений сифилиса.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
Medical Journal of Australia.

Новые подходы

Акушеры-гинекологи Кузбасса отмечают продолжающееся снижение числа аборт. Причём уменьшаются не только абсолютные цифры, но и относительный показатель.

В 2013 г. в Кемеровской области было выполнено 21 104 прерывания беременности. В 2014-м – 19 369. (Для справки: в 1990 г. – более 100 тыс.). Относительный показатель за последние 2 года тоже понизился с 30,9 на тысячу женщин фертильного возраста до 28,9.

Наиболее щадящим методом прерывания беременности, позволяющим максимально сохранить репродуктивное здоровье женщины, Всемирная организация здравоохранения считает медикаментозный аборт. В прошлом году в Кузбассе на его долю пришлось 44,8% всех прерываний.

«Пять лет назад Кемеровская область стала первым регионом России, где фармацевтический аборт был включён в территориальную Программу госгарантий бесплатной медицинской помощи, – напоминает заместитель начальника областного Департамента охраны здоровья населения Елена Зеленина. – Благодаря доступности и бесплатности этой процедуры в 2014 г. у нас не было зарегистрировано ни одного криминального вмешательства и ни одного случая материнской

смертности после криминального аборта.

Вопреки прогнозам скептиков, опасавшихся, что относительная лёгкость фармаборта развратит женщин и вызовет всплеск нежелательных беременностей, этого не произошло. Потому что параллельно акушеры-гинекологи области усилили просветительскую работу, и особенно – среди молодых, убеждая их пользоваться средствами контрацепции, если они ещё не готовы к материнству».

Е.Зеленина убеждена, что не нужно «воспитывать» женщин, намеренных прервать беременность,

введением платы за эту процедуру (как предлагают некоторые депутаты Госдумы РФ). С точки зрения сбережения новой жизни гораздо

продуктивнее было бы усилить с ними работу психологов и специалистов по социальным вопросам.

«Чаще всего женщина не хо-

В Кузбассе — меньше аборт и отказных детей

Потому что здесь «воспитывают» женщин, намеренных прервать беременность



чет сохранить ребёнка в силу социальных причин, – полагает Е.Зеленина. – Потому что не чувствует поддержки со стороны своего мужчины, не имеет нормальной работы, зарплаты, жилья... Расскажите ей, на какую социальную поддержку она может рассчитывать, и не исключено, что она изменит решение. Когда в Кузбассе открывались центры кризисной беременности, высказывались опасения, что врачи и психологи будут уговаривать женщин рожать, а те потом станут бросать детей в роддомах. Тенденция совершенно другая: в 2012 г. в учреждениях родовспоможения области было зарегистрировано 190 отказных детей. В прошлом – 146».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

Фото Александра ХУДАСОВА.

В Москве, в здании Российской академии наук состоялась Всероссийская эндокринологическая конференция, посвящённая 90-летию Российского эндокринологического общества и такому же юбилею Национального эндокринологического научно-практического медицинского центра – ведущего профильного медицинского учреждения нашей страны.

Устами академика

– Сегодня мы отмечаем целых два юбилея: 90 лет нашему профессиональному обществу и столько же – нашему главному центру. Мне чрезвычайно приятно лицезреть в этом зале вас, уважаемые коллеги, так как все присутствующие по мере своих сил и возможностей внесли свою лепту в существование нашего сообщества, имеющего большое будущее, – торжественно открыл форум вице-президент РАН, главный эндокринолог Минздрава России, президент Российского общества эндокринологов, академик РАН Иван Дедов.

После официального открытия конгресса И.Дедов выступил с актовой лекцией. Ну а поскольку перебивать академика негоже, ему слово:

– В далёком 1924 г. основатель отечественной эндокринологии профессор Василий Дмитриевич Шервинский положил начало этой науке как самостоятельной фундаментальной и клинической дисциплины. Позволю себе привести вам цитату из его речи при открытии советского эндокринологического общества 90 лет назад. «Наше общество возникло с целью содействия нашей молодой республике в вопросах изучения эндокринологии в широком смысле слова, а для сего оно поставило задачи объединения лиц, научно работающих в этой области. Такое определение значит в нашем уставе. Но это довольно общё и даёт мало понятий в ближайших стремлениях и задачах общества и о тех способах, при помощи которых мыслится достижение результатов намеченной работы. Сегодня первое наше открытое заседание. Все же проекты будущей деятельности, все хлопоты по организации нашего первого заседания – всё это было зачаточным периодом. В настоящее время новое коллективное лицо, новый сложный организм появляется на свет и должен начать свои первые шаги – робкие и неуверенные. Этому ещё совсем молодому и неокрепшему организму нужна некоторая поддержка извне, а также гармоническое соединение своих сил внутри».

Насколько же эти слова звучат актуально сегодня для нас! Консолидация творческих сил, занимающихся наукой, лечением и педагогической деятельностью, пожалуй, является основным и даже единственным залогом успешной и эффективной работы на абсолютном любом поприще.

Должен сказать, что за 90 лет отечественная эндокринология проделала огромный, я бы даже сказал – невероятный путь. И это отражалось в названиях головного эндокринологического учреждения нашей страны: от Всесоюзного института экспериментальной эндокринологии и Института химии гормонов до Всероссийского национального научно-практического медицинского эндокринологического центра – мультифункциональной лечебной, научной и образовательной площадки в области заболеваний желёз внутренней секреции, гормональных нарушений в человеческом организме, а также всех сопутствующих болезней.

Современные реформы в области науки, образования и здравоохранения приводят к образованию федеральных национальных центров, берущих на себя ответственность за развитие как

фундаментальных, так и прикладных работ – тех самых технологий, которые на сегодняшний день определяют ключевые демографические показатели в стране: рождаемость, смертность, продолжительность жизни, заболеваемость и пр. Инструментами к решению таких проблем становятся геномные, постгеномные и клеточные технологии – то, что сегодня активно финансируется государством.

Деловые встречи

Золотой век эндокринологии

На фоне формализации клинической науки и кризиса молодых учёных



Академик Иван Дедов

Мы ещё не очень адекватно относимся к грантовой системе финансирования отрасли. Наука будет развиваться программами: программа материнства, детства, социально значимых инфекционных заболеваний, регенеративная медицина. Однако основной акцент будет сделан на превентивную медицину – поиск предикторов, в первую очередь – генетических, предсказание факторов риска развития того или иного заболевания. Спектр деятельности на этом поприще будет очень широк – от наиболее распространённых до самых редких (орфанных) болезней.

Иными словами нас ждёт активный поиск маркёров, на основании которых будет проводиться ранняя диагностика, а затем и мониторинг того или иного заболевания с целью наиболее эффективного использования современных технологий, что, безусловно, должно сказаться на продолжительности жизни и других социально важных демографических показателях.

Мы провели несколько совещаний с министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой относительно структуры нашего центра. Эта клиника объединит такие подразделения, как Институт диабета, Институт клинической эндокринологии, Институт детской эндокринологии и др. Внутри каждого института будет создано несколько отделов, каждый из которых в своём составе, в свою очередь, будет иметь ряд отделений.

Так, например, в Институте диабета будет реорганизован уже существующий отдел сосудистых осложнений, структуру которого составляют отделения диабетической ретинопатии, эндокринной офтальмопатии и

офтальмохирургии, отделение нефропатии с группой экстракорпорального лечения. Мы уже сегодня ставим вопрос о пересадке почек на базе нашего центра. Наряду с этим в отделе сосудистых осложнений Института сахарного диабета есть отделение диабетической стопы, включая гнойную и сосудистую хирургию, а также ортопедию, и отделение функциональной диагностики.

Из вновь создаваемых струк-

отечественный эксперт в области фундаментальной и клинической эндокринологии.

Отвечая на вопрос обозревателя «МГ», а почему сегодня мы наблюдаем дефицит молодых специалистов в науке, И.Дедов сказал:

– К всеобщему сожалению, в нашей стране резко сокращается площадь фундаментальных исследований. Очевидно, что наша отечественная наука, в том числе и клиническая, не подлежит той

– Видите ли, протоколы лечения, столь активно внедряемые в клиническую практику, отучают врача думать. Есть некая усреднённая схема, которую многие доктора ошибочно принимают за готовый рецепт – независимо ни от чего делают назначения. Это – фельдшеризм, а не искусство врачевания. Будущих специалистов нужно учить персонифицированному подходу к больным. Полагаю, что именно это должно лечь в основу

формализации, которая сегодня проводится. Работу учёных-клиницистов невозможно объективно оценить индексом Хирша или же публикационной активностью. «Наверху» это упорно не хотят понимать. Сейчас очень модно говорить о кризисе. Однако на мой научный и клинический взгляд, мы являемся свидетелями не кризиса технологий, но креативных научных идей и молодых учёных.

Не без проблем

Как известно, в 2016 г. в нашей стране пройдёт обязательная аккредитация специалистов абсолютного во всех медицинских направлениях. Будут создаваться комиссии по каждой клинической специальности. Иными словами – каждому российскому врачу предстоит подтверждение своей квалификации перед комиссией, составленной из ведущих специалистов в той или иной области клинической медицины. Очень хочется надеяться, что эти мероприятия не будут носить формальный характер, и в профессии останутся лишь те, кто достоин называться врачом – компетентные во всех отношениях специалисты.

Разумеется, эта «участь» постигнет и эндокринологов – им придётся сдавать экзамен по своей специальности, состоящий как из теоретической, так и из практической части. Успешное прохождение подобного рода испытаний позволит им остаться в профессии и продолжать трудиться на своём благородном поприще, регулярно оказывая посильную медицинскую помощь своим пациентам.

– Документы по аккредитации уже обрели силу закона. Мы должны очень ответственно подойти к этому. Недооценивать аккредитацию ни в коем случае нельзя. В настоящее время мы заканчиваем работу над созданием тестовых заданий, клинических задач, а также перечнем практических навыков, необходимых для подтверждения квалификации специалиста в области эндокринологии. Лично мне очень любопытно, а все ли наши коллеги имеют представление о нормальном уровне глюкозы в крови, – с иронией заметил заведующий кафедрой эндокринологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор Владимир Потёмкин.

На вопрос обозревателя «МГ», в чём же причина столь невысокой подготовки молодых врачей за годы вузовского и последипломного образования, заданный во время кофе-брейка, В.Потёмкин пояснил:

преподавания на всех без исключения клинических кафедрах, как это было полвека назад, когда я сам был студентом.

– Сахарный диабет и ожирение стоят в ряду первых нозологий, на 70% определяющих смертность, заболеваемость и инвалидизацию населения в развитых странах. И Всемирная организация здравоохранения, и Организация объединённых наций обращают внимание руководителей государств именно на эти приоритеты – приоритеты первого порядка, – отметил в своём выступлении заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии Российской медицинской академии последипломного образования профессор Александр Аметов. – Собственно говоря, показатели развития этих направлений входят в критерии, на основании которых в ООН и ВОЗ составляют рейтинги стран. Что и говорить, наша страна отнюдь не является эталоном по этим показателям. Так что на наших плечах, уважаемые коллеги, лежит колоссальная ответственность. Однако всё то, что сделано нами, невозможно переоценить. Мы плодотворно трудимся на благо нашей медицины, нашей страны. Особенно ценно, что наша работа проходит совместно. Мы консолидированы. Мы поддерживаем друг друга. Мы неуклонно следуем курсу, заданному нашими предшественниками, нашими учителями – стоять на страже здоровья многомиллионной аудитории наших пациентов. А это – залог успеха.

В правильном русле

На сегодняшний день во всём мире существует понятие персонализированной медицины. Мировое врачебное сообщество пришло к выводу, что на современном этапе это единственный способ, обеспечивающий превентивность – основной принцип медицины настоящего времени.

Что касается сахарного диабета, то в нашей стране компенсация этого заболевания в ушедшем 2014 г. составила 36%, равно как и субкомпенсация. Такая статистика не может не радовать. Это красноречиво свидетельствует о том, что превентивная (профилактическая) работа Российской ассоциации эндокринологов на полях сражений с этим, пожалуй, наиболее массивным по количеству всевозможных осложнений заболеванием идёт в правильном русле, несмотря на все недостатки и недочёты системы отечественного здравоохранения.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Впервые о том, что в сети лечебных учреждений должны быть больницы интенсивного лечения и больницы долечивания (восстановительного лечения, реабилитации), в России активно заговорили чуть больше 10 лет назад, на старте бурного развития отрасли здравоохранения. Однако в полной мере эта идея так и не реализована, и реабилитология как «система мероприятий, направленных на сохранение высокого качества жизни у пациента, перенёвшего ту или другую трагедию со здоровьем», в масштабах страны до сих пор не получила должного развития.

Тем интереснее узнавать, что в отдельных регионах данной теме всё-таки уделяют внимание, причём столь же серьёзное, что и «интенсиву». Так, специалисты Красноярской краевой клинической больницы прошли стажировку по реабилитологии в госпиталях Парижа, и сегодня руководство больницы говорит о намерении максимально развивать данное направление медицинской помощи.

— Мы планируем объединить все ресурсы, которые уже есть в структуре больницы, в центр реабилитации. И хотим активно внедрять реабилитационные технологии в лечение больных инсультом, пациентов с сочетанными и сложными травмами, а также пациентов после больших торакоабдоминальных вмеша-



Современные технологии

На первом месте — врач, а бассейн — на втором

Чем раньше реабилитант вовлекается в процесс восстановления, тем заметнее помощь доктора

с критическими состояниями», — рассуждает Егор Евгеньевич. Вторая задача, в решении которой восстановительная медицина играет огромную роль, — это удовлетворение

лечения, согласно идеологии Красноярской ККБ, это не что-то отсроченное, начавшееся через 2-3 месяца после выписки человека из стационара.

— Если мы говорим, например, о тяжёлом больном, который поступил к нам после травмы или с инсультом, и у него частично утрачена какая-то функция, то наша первая задача — не допустить, чтобы и другие функции, не вовлечённые в этот патологический процесс, утратились лишь потому, что человек вынужденно обездвижен, прикован к постели. Далее, совершенно очевидно, что разумная ранняя активизация пациента приводит к тому, что в целом организм более активно отзывается на лечебные процедуры. Чем раньше мы посадим человека в кровати или поставим его на ноги, чем раньше убедим его в том, что он не должен бояться новых ощущений и сам вовлекаться в процесс восстановления, тем быстрее он получит эффект от того лечения, которое мы проводим, — резюмирует руководитель Красноярской ККБ.

Повторим: к сожалению, до сих пор в России не уделялось должного внимания восстановительной медицине. Настоящая, научно-обоснованная реабилитология в отечественном здравоохранении была и остаётся чем-то спорадическим, эксклюзивным и малодоступным для пациентов. В том же Красноярске систему восстановления лечения больных с неврологической патологией в 90-е годы прошлого столетия начали создавать учёные-энтузиасты, профессора неврологии Вячеслав Руднев и Семён Проккопенко. И до сих пор организованный ими центр нейрореабилитации остаётся единственным государственным учреждением подобного рода на территории Сибири и Дальнего Востока.

Небольшие отделения реабилитации постинфарктных и постинсультных больных создаются в Новосибирске, Абакане, Томске, но, во-первых, их коечных мощностей явно недостаточно, а во-вторых, не все эти отделения имеют в своём арсенале действительно эффективные реабилитационные программы

эффективной реабилитологии нужны подготовленные кадры. За рубежом выстроена система подготовки таких специалистов. И ещё один важный момент: если в лечении заболеваний пациент фактически не принимает участия и от его усилий ничего не зависит, то в реабилитации он должен трудиться вместе с врачом. Поэтому у врача с пациентом должны быть налажены очень доверительные, уважительные отношения, мы обязаны мотивировать больного на активную реабилитацию. Такое общение доктора и больного не требует никаких финансовых вложений, мы мо-

ловека современная, хорошо вооружённая интенсивными и высокими технологиями отечественная медицина в большинстве случаев выигрывает, а вот борьбу за качество его жизни, увы, пока нет. В этом нетрудно убедиться, изучив показатели инвалидизации и сроки временной нетрудоспособности.

Богатая европейская медицина активно практикует реабилитационные технологии именно потому, что умеет считать деньги. Сегодня, когда мы вновь слышим о необходимости эффективно использовать финансовые ресурсы и резервы российского здравоохранения,



тельств. А дальше посмотрим, где ещё будут эффективны и востребованы эти технологии. Наша основная задача — как можно раньше активизировать пациента после перенесённой травмы, хирургического вмешательства или острого заболевания, и добиться более ранней его выписки из стационара с лучшими клиническими результатами, лучшими восстановленными навыками по самообслуживанию, — говорит главный врач Красноярской ККБ Егор Корчагин.

По его мнению, медицинская реабилитация как вид медицинской деятельности позволяет решать сразу три очень важные задачи. Первая — это более эффективное расходование средств ЛПУ. «Если мы найдём золотую середину, когда пациента можно уже не содержать на дорогой технологичной койке, а перевести на этап долечивания, то у нас, возможно, появятся средства, которые мы могли бы потратить на внедрение новых технологий, лечение пациентов

потребности самого пациента как можно быстрее вернуться в социум. Если раньше больного долго держали на круглосуточной травматологической койке потому, что не было возможности провести ему остеосинтез и через 6-7 дней отправить на своих ногах домой, то теперь такая возможность есть.

— Также я считаю, что реабилитационные технологии очень значимы с точки зрения государства. Если оценить весь объём финансовых расходов на пациента, перенёвшего тяжёлое заболевание или травму, начиная с этапа его лечения в стационаре, а затем на обеспечение ухода за ним в период временной нетрудоспособности, а если речь идёт о людях преклонного возраста, то на обеспечение постоянного ухода, становится очевидно: все эти затраты окупятся, если мы будем внедрять систему реабилитации с первых часов пребывания пациента в клинике, — поясняет Е. Корчагин.

Ключевые слова здесь — «с первых часов». То есть реабилитация



жем делать это уже сейчас. Да, мы видели в реабилитационных отделениях французских госпиталей много сложной аппаратуры, приспособлений, роботов, беговые дорожки, бассейны. Но преимущественно специалисты там работают руками, вся эта сложная аппаратура в основном используется только для диагностики возможностей больного. Так что я не считаю, что тренажёры — это задача номер один для российской

самое время создать и отработать в нескольких регионах федеральный пилотный проект по реабилитологии.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

НА СНИМКАХ: в современных госпиталях отделения реабилитации выглядят так.

Фото предоставлены Красноярской краевой клинической больницей.

Открытия, находки

Искусственная
селезёнкаОна в течении пяти часов почти полностью
очищает кровь от патогенов

Специалисты по биоинженерии из Гарвардского университета (США) разработали так называемую «искусственную селезёнку» — высокотехнологичное экстракорпоральное устройство, предназначенное для быстрой и эффективной очистки крови от любых патогенных микроорганизмов и предотвращения развития сепсиса.

Как известно, сепсис представляет собой потенциально жизнеугрожающее состояние, вызываемое избыточным иммунным ответом на возбудителя инфекции, что влечёт за собой системную воспалительную реакцию, мультиорганную дисфункцию, септический шок и смерть. Как правило, поскольку выявление конкретного патогена, вызвавшего септическую реакцию, занимает слишком много времени, в качестве метода терапии применяются антибиотики широкого спектра действия, что снижает эффективность лечения и ведёт к развитию антибиотикоустойчивости бактерий.

В поисках решения этой проблемы группа под руководством клеточного биолога и биоинженера Дональда Ингбера взяла за образец селезёнку — орган, действующий, в том числе, как фильтр, очищающий кровь от различных чужеродных агентов. В созданном ими экстракорпоральном устройстве используются магнитные шарики нано-размера, покрытые

модифицированной версией манноза-связывающего лектина (MBL) — белка, играющего важнейшую роль в системе врождённого иммунитета человека.

MBL распознаёт и связывает молекулы моносахарида маннозы на поверхности более чем 90 видов патогенных микроорганизмов (бактерий, вирусов, грибов) и продуктов их жизнедеятельности. Именно выделяемые ими в кровь эндотоксины запускают приводящую к септическому шоку реакцию избыточного иммунного ответа.

По аналогии с процедурой диализа, кровь пациента поступает в «искусственную селезёнку» — устройство размером не больше колоды карт, где проходит через слой покрытых MBL магнитных шариков, «собирающих» практически все присутствующие в ней патогены и эндотоксины. Затем с помощью магнита кровь освобождается от шариков и в уже очищенном состоянии возвращается в организм пациента.

Тестирование устройства на крысах, инфицированных бактериями *E.coli* или *Staphylococcus aureus*, продемонстрировало его высокую эффективность — в течение часа «искусственная селезёнка» удалила более 90% бактерий и продуктов их жизнедеятельности из крови животных. Спустя 5 часов после заражения 89% крыс, чья кровь была профильтрована через устройство, осталось в живых, в сравнении лишь с 14% тех, кто был лишён

подобной терапии. При этом фильтрация позволила снизить уровень воспалительной реакции в лёгких и других органах, что защитило животных от сепсиса.

Эффективность «искусственной селезёнки» была также проверена на человеческой крови — через устройство «прогнали» около 5 л, что составляет примерный объём крови, циркулирующей в организме взрослого человека. Кровь была заражена смесью бактерий, грибов и эндотоксинов и прокачивалась через устройство со скоростью около 1 л в час. В течение 5 часов «искусственная селезёнка» практически полностью очистила кровь от патогенов. Такой уровень эффективности работы устройства, полагает Д.Ингбер, вполне достаточен для контроля над инфекцией — то, что не убьёт «искусственная селезёнка», «добьют» антибиотики и сама иммунная система. Ингбер также отметил, что принцип действия устройства позволяет использовать его в терапии таких серьёзных вирусных заболеваний, как, например, ВИЧ и лихорадка Эбола, при которых выживание зависит от качественного снижения уровня вирусной нагрузки в крови.

В настоящее время группа Ингбера проводит испытания «искусственной селезёнки» на свиньях, механизмы развития сепсиса у которых похожи на человеческие. Эксперты ожидают начала клинических испытаний устройства в ближайшие 3 года.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко»

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

- в отдел изучения образа жизни и охраны здоровья населения — старшего научного сотрудника (к.м.н.) — 1;
- в сектор координации научных исследований и информации — главного научного сотрудника (д.м.н.) — 1.

Срок представления документов —
месяц со дня публикации объявления.

Адрес: ул. Воронцово поле, д.12, стр. 1, Москва 105064.

Тел. (495) 917-8281 — учёный секретарь.

(495) 916-02-03 — отдел кадров; факс: 8-495-916-03-98.

Осторожно!

На всё воля божья?

До недавнего времени считалось, что мир бактерий не способен завоевать мир людей, пока у нас есть последний форпост обороны — карбапенемы (группа антибиотиков широкого спектра действия).

В 2013 г. Центр контроля и профилактики заболеваний США выпустил предупреждение о распространении супербактерий *Klebsiella Pneumoniae*, способных вырабатывать карбапенемазу, разрушающую бета-лактамное кольцо антибиотика. Специалисты Университета Квинсленда обнаружили такой штамм в больнице Катара, оказалось, что он в госпитальном секторе совсем не новичок, а живёт уже несколько лет.

После этой неприятной сенсации в больницах нескольких стран Ближнего Востока выделили целых 45 изолятов, продуцирующих карбапенемазы, а 6 из них оказались способными синтезировать оба варианта фермента. Существует реальная опасность переноса опасных микроорганизмов транзитными пациентами, лечившимися в госпиталях стран Персидского залива. И первый случай инфицирования американца резистентной к карбапенемам *Klebsiella Pneumoniae* был приобретён в туристической поездке.

В Британии под эгидой Агентства по пищевым стандартам (FSA) проходит широкомасштабная просветительская акция «Неделя безопасного питания», настоятельно рекомендующая отказаться от помывки куриного мяса перед кулинарной обработкой. Английских поваров и домохозяек призывают не мыть сырое мясо, а класть его на сковороду или в кастрюлю таким как есть. На первый взгляд — абсурдно. Однако, как пояснили учёные, при мойке мяса под струёй воды бактерии рода *Campylobacter* семейства

Spirillaceae разбрызгиваются на кожу повара, одежду, кухонное оборудование и поверхности.

По данным FSA, в Великобритании кампилобактерии ежегодно поражают 280 тыс. граждан и ответственны за большинство случаев пищевых инфекций, причём в четырёх из пяти случаев источником заражения становится именно помытое куриное мясо.

Бактерии, как выяснилось, живут абсолютно повсеместно. Об этом рассказали австрийские исследователи. Учёные Медицинского университета Вены низвергли незыблемое: святая вода кишит болезнетворными микроорганизмами. Для этого микробиологи изучили микрофлору 21 святого источника и 18 купелей австрийских храмов. Только 14% проб из источников соответствовали национальным стандартам качества, в остальных 86% в огромной концентрации — 62 млн в 1 мл плавали кишечная палочка, энтерококки и кампилобактер. Все без исключения купели, между прочим, предназначенные для омовения грудных младенцев, были, выражаясь простым языком, нечисты.

Концентрация патогенов в святой воде росла в соответствии с числом прихожан. Помимо болезнетворных бактерий в святой воде плавали и сельскохозяйственные нитраты. Исследователи рекомендовали священнослужителям регулярно менять воду и обрабатывать чаны, а также совершать абсолютное богохульство — не стесняться предупреждать прихожан о возможности инфицирования разными болезнетворными микроорганизмами с помощью святой водицы.

Вот так сходишь в храм и получишь «букет» инфекций. А священнослужители лишь разведут руками, произнеся заветное: «На всё воля божья...»

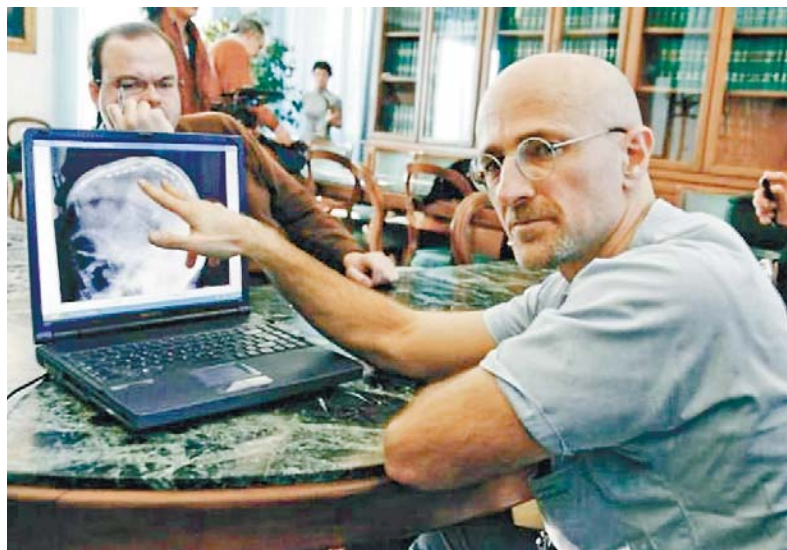
Сенсации

Итальянский хирург из Турина Серджио Канаверо в ходе одной из научно-практических отраслевых конференций сделал сенсационное заявление: специалист пообещал произвести трансплантацию человеческой головы уже в 2017 г.

В ходе форума стало известно, что С.Канаверо с группой своих коллег предложил схему операции по пересадке головы. С этой целью, как отметили специалисты, тело донора и голову реципиента необходимо охладить, дабы продлить анаэробное время (тот период, когда клетки организма смогут просуществовать без кислорода). Затем, как утверждают авторы амбициознейшего проекта, нужно будет частично отделить головы от тел, соединить главные сосуды — сонную артерию и яремную вену при помощи специальных трубочек, а затем — рассечь спинной мозг как донора, так и реципиента.

«Соединить концы спинного мозга головы и туловища мы планируем с помощью инъекций

С чужой головой на плечах



Серджио Канаверо

полиэтиленгликоля — вещества, способствующего восстановлению нервных волокон, — заявил Канаверо. После окончания операции мы введём пациента в состояние комы на период от 3 до 4 недель. Специальные электроды, имплантированные ему во время операции, в это время будут стимулировать рост нервных волокон спинного мозга», — добавил он.

Специалист подчеркнул, что, как только больной придёт в сознание, он будет чувствовать своё лицо, сможет говорить тем же голосом, что и раньше, а при помощи физиотерапии научится ходить в течение года после операции.

Как известно, первая в мире операция по пересадке головы была проведена советским хирургом Владимиром Демиховым, который в далёком 1954 г. пришил голову щенка более крупной собаке. Таких

попыток было несколько, однако ни один из подопытных нашего соотечественника не прожил более недели после хирургического вмешательства.

Что касается первой в мире операции по замене одной головы на другую, то её в 1970 г. провёл американский хирург Роберт Уайт со своими коллегами. Доктора не стали сшивать спинной мозг в процессе пересадки, поэтому обезьяна не могла двигаться, но её жизнь поддерживалась при помощи аппарата искусственного дыхания. Однако 9 дней спустя животное скончалось вследствие отторжения чужеродной ткани.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

По материалам Nature Medicine,
New Scientist.

«Медицина не всесильна...»
Если верить советским фильмам, такими словами сообщает наш врач скорбную весть родственникам или близким.

Обоюдный стресс

Известно, в кино многое легко и просто, а в жизни это очень тяжёлый разговор для всякого врача. Найти врача, который мог бы простым человеческим языком, без множества непонятных слов, рассказать мне о том, каково это – ежедневно сообщать своим пациентам страшные диагнозы, оказалось непростой задачей. Как же медиков готовят к этому моменту?

Учёные из Университета имени Аристотеля (Греция) установили, пожалуй, не такой уж неожиданный факт: сообщить пациенту (даже в учебной ситуации), что он болен раком, – это гораздо больший стресс для врача, чем скрывать правду. По мнению исследователей, те врачи, которые не называют пациенту диагноз, возможно, пытаются таким образом контролировать ситуацию и не допускать чересчур эмоциональной реакции у больного и у себя самого.

По мнению Лоры-Джейн Смит, ординатора отделения пульмонологии одной из лондонских клиник, из-за стресса, связанного с сообщением страшной новости, некоторые врачи иногда откладывают разговор с пациентом или сообщают ему диагноз не в самой правильной форме.

Бывает непросто выбрать правильный момент для обсуждения таких тем, как дальнейшее течение заболевания, и пациенты могут реагировать на сообщение по-разному. Некоторые просто не хотят знать, что с ними происходит.

Кроме того, существует опасность агрессии против врача, сообщившего печальную новость. Кэтрин Слимман, врач и преподаватель Королевского колледжа в Лондоне (Великобритания), отмечает, что по результатам исследований пациенты считают, что им приятнее общаться с теми врачами, которые дают более оптимистичный прогноз результатов паллиативной помощи. Получается, врач может сообщить пациенту о том, что его болезнь неизлечима, только ценой отношений с ним.

Требования, которые предъявляют к врачам больные и члены их семей, – найти баланс между откровенностью, правдой и надеждой; относиться к больным по-человечески, но самому не проявлять присущих человеку слабостей; знать всё, даже то, что неизвестно никому, – усугубляет стрессовое состояние медиков.

Когда оптимизм неуместен

Врач-оптимист – это, конечно, приятно. Но есть ли в этом смысл?

Этика и геронтология

«Медицина не всесильна...»

Как сказать человеку о том, что он умирает?



«Мне кажется, нам сложно признать, что мы чего-то не знаем, – считает Стивен Баркли, который ведёт исследовательскую работу в области паллиативной помощи в Кембриджском университете (Великобритания), – потому что пациенты обращаются к нам, как к людям, способным провести обследование, принять решение, поставить диагноз и назначить лечение, и мы стараемся соответствовать этому образу».

Он полагает, что врачам с эмоциональной точки зрения сложно признать наличие неопределённости, которая проистекает не от недостатка их профессиональной компетентности, но от характерной для медицины невозможности точных прогнозов, особенно на более поздних стадиях многих заболеваний.

Когда пациентам и их родным сообщают о смертельной болезни, многие из них хотят выяснить о ней всё: какие существуют методы лечения, есть ли шанс выздороветь, сколько протянет пациент. Но ответы на эти вопросы есть не всегда. Выполненные исследования часто выявляют недостаточно масштабными или устаревшими, либо выясняется, что они проводились среди совсем других групп пациентов, и их результаты сложно применить к данному человеку. Определённости может быть крайне мало – в тот самый момент, когда люди нуждаются в ней больше всего.

Дата ухода

«Сколько мне осталось?» – этого вопроса медики боятся больше всего. Ни один врач из тех, с кем я говорила, не называет пациенту конкретных дат, предпочитая говорить о том, что речь идёт о

нескольких годах, месяцах, неделях или днях.

Давно известно, что судить о ходе заболевания – дело неблагодарное. Если, к примеру, на конечной стадии развития злокачественной опухоли ещё можно как-то оценить оставшийся срок жизни пациента, то понять, сколько проживёт человек, страдающий старческой слабостью, деменцией или хроническим заболеванием лёгких, может быть очень трудно.

Стивен Баркли никогда не называет пациентам конкретные сроки и учит этому своих студентов: «Я очень твёрдо говорю студентам, чтобы они не называли никаких точных дат, потому что часто такой информации просто нет, – говорит он. – И даже если она есть, это среднее значение, и, по определению, 50% пациентов проживут дольше, а 50% меньше».

Устанавливать пациентам «срок годности» не только практически невозможно, но и вредно. «У меня бывали пациенты, которым говорили, что они проживут полгода, и когда проходило полгода, они ждали смерти со дня на день. И если они в итоге жили намного дольше, это бывало очень тяжело», – рассказывает Баркли. И наоборот, если очевидно, что болезнь прогрессирует намного быстрее, то наличие определённой даты может вызвать у пациента необоснованную надежду.

Подбор слов

Лора-Джейн Смит согласна с тем, что к подбору слов надо подходить очень тщательно. «Из разговоров с пациентами я поняла, что они никогда не забывают эту беседу и очень часто помнят её слово в слово, – замечает она. – Если пытаться приукрасить

действительность и избегать таких слов и выражений, как «рак», «неизлечимый» и «угроза жизни», можно попасть в ловушку. Со временем я стала стараться говорить как можно яснее, хотя, конечно, без резкости. На мой взгляд, это гораздо продуктивнее».

Отдельные слова имеют большое значение. Елена Семино и её коллеги из Ланкастерского университета (Великобритания) исследуют языковые средства выражения информации о конце жизни. Они собрали материал общим объёмом 1,5 млн слов из бесед и форумов в Интернете, где общаются пациенты, сиделки и медицинские работники.

Метафоры, связанные с насилием или войной («борьба с болезнью», «продолжайте бороться!»), могут приводить онкобольных в уныние, поскольку содержат требование постоянно прилагать усилия или подразумевают, будто ухудшение состояния – это личная неудача пациента. Но в других контекстах они могут воодушевить человека, помочь выразить решимость или солидарность либо вернуть стремление к цели, гордость и индивидуальность.

«Не надо быть лингвистом, чтобы понять, какие метафоры использует пациент», – убеждена Е.Семино. Врачу следует подумать над тем, полезны ли эти метафоры на данном этапе. Помогают ли они пациенту, дают ли ему ощущение смысла, цели, собственной индивидуальности? Или же, напротив, усугубляют тревогу?

Отсроченная смерть

Пациенты имеют право знать, что их ждёт, но также имеют право не знать этого. С.Баркли вместе с группой исследователей изучил вопрос выбора времени для проведения беседы о приближении смерти с пациентами, страдающими такими заболеваниями, как сердечная недостаточность, деменция и хроническая обструктивная болезнь лёгких. «Многие больные, судя по всему, не хотят откровенных бесед на раннем этапе, а некоторые и вовсе не хотят таких бесед», – отмечает он. Баркли предупреждает, что, стремясь к так называемой «профессиональной чистоплотности» – незамедлительному откровенному уведомлению пациентов о том, что их жизнь подходит к концу, врач

иногда больше думает о себе, чем об интересах пациента.

Хотя пациенты и их родные могут откладывать прямой разговор о смерти или избежать его, они не всегда действуют в целях самосохранения. По итогам исследования более 1200 пациентов с неизлечимой злокачественной опухолью было установлено, что те, с кем такие беседы проводились на раннем этапе (в данном случае «ранний этап» определяется как более чем за 30 дней до предполагаемой даты смерти), в последние дни и недели своей жизни реже нуждались в «агрессивной терапии», в том числе в химиотерапии, в последние 2 недели, а также в неотложной помощи в больнице или в помещении в реанимацию в течение последнего месяца.

Конец жизни – это даже важнее, чем её начало

Правильно сообщив больному о реальном положении дел, можно даже укрепить надежду. Слимман приводит в пример небольшое исследование, проведённое среди пациентов на конечной стадии заболевания почек. Учёные выяснили, что предоставление пациенту более подробной информации о течении заболевания на раннем этапе может укрепить в нём надежду, а не истребить её. «При сообщении пациенту прогнозов течения заболевания выявляются новые угрозы, но вместо того, чтобы уничтожить надежду, это даёт ему возможность пересмотреть свои ожидания в соответствии с прогнозами», – пишут они.

И напротив, нереалистичные ожидания не позволяют пациенту правильно распорядиться оставшимся временем. Баркли вспоминает, как пациент на поздней стадии рака сообщил, что семья планирует вывезти его через полгода на дорогой морской курорт и устроить ему праздник. Врач предложил организовать праздник раньше и провести его дома, в Великобритании. «Они прислушались к моим словам и устроили праздник в следующем месяце, откуда не вывезая из страны. Они прекрасно провели время». Спустя два месяца пациент умер.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам
сайта BBC Medicine.

Осторожно!

Справедливый вердикт

Стоматологическая комиссия одного из штатов США единогласно проголосовала за отзыв лицензии у врача-стоматолога после того, как стало известно о двух несчастных случаях в его клинической практике.

Сообщается, что дантист при лечении одной из пациенток решил за один визит удалить ей 20 зубов с целью установки 6 имплантатов. Во время процедуры парциальное напряжение кислорода в крови женщины дошло до критического минимума. Больную доставили в стационар, где она скончалась в течение нескольких дней. Члены комиссии посчитали, что именно действия стоматолога в этой ситуации привели к развитию у па-

циентки синдромов дыхательной и сердечной недостаточности. Кроме того, врач, по мнению рассмотревших его дело коллег, невнимательно изучил анамнез женщины, где отмечались проблемы с сердцем. Именно на этот факт, по заключению специалистов, следовало обратить внимание при выборе анестезирующего агента – использованный доктором препарат негативно повлиял на состояние пациентки.

В другой раз горе-стоматолог неправильно установил пациенту марлевую салфетку, предназначенную для защиты дыхательных путей от попадания жидкостей и посторонних предметов. Пациент вдохнул её, запаниковал, чем, в свою очередь, спровоцировал по-

вышение артериального давления. Жизнь мужчины удалось спасти, поскольку он вовремя был доставлен в больницу.

Также выяснилось, что этот стоматолог доверял введение анестезии своим ассистентам. А это категорически запрещено.

В ходе рассмотрения дела 45-летний стоматолог не стал отрицать своей вины, признав её полностью.

Примечательно, что после того, как дантист вновь получит свою лицензию на практическую деятельность, в течение 5 лет он сможет практиковать исключительно под присмотром других врачей.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению The Guardian.



Откроем атлас и отыщем на юго-западе Вологодской области город Кадников. В начале прошлого века он, расположенный на почтовом тракте, был уездным. Населения насчитывалось меньше 3 тыс. Жители занимались льноводством и животноводством. Кустари мастерили грести и другие поделки из кости, что посчитали нужным отметить составители энциклопедического словаря Брокгауза и Ефрона.

В тихом провинциальном городе в 1915 г. и родилась девочка Вера. Так её называли по имени матери. Через 31 год она, Вера Николаевна Румянцева, приедет по направлению облздравотдела работать в Красную Гору, чтобы связать с нашим краем всю оставшуюся жизнь.

Молодость Веры Николаевны опалена дыханием войны, которую она встретила в рядах Красной армии, имея за плечами Ленинградский стоматологический институт, оконченный в 1939 г., и 6-месячные курсы военно-полевой хирургии. В первые месяцы 1941 г. эта женщина исполняла обязанности старшего врача гаубично-артиллерийского полка, а той осенью довелось командовать взводом химической зациту.

С Брянщиной связаны яркие страницы её боевой биографии. Она сражалась в составе партизанского отряда «За Родину». Когда требовалось, то брала оружие, но, конечно, постоянно занималась ранеными.

Передо мной лежит книга «Шестьсот дней в боях и походах», написанная И.Ильных, который прошёл путь от партизана до командира полка. В ней, в частности, рассказывается о военвраче В.Румянцевой. Вот одна из цитат: «Недавно редакция брянской областной газеты («Брянский рабочий». – А.Х.) переслала мне письмо селькора

из районного центра Красная Гора. Письмо было посвящено врачу районной больницы В.Н.Румянцевой. Селькор упоминал в нём, в частности, что эта врач была в партизанах, в отряде «За Родину», и редакция обращалась ко мне с вопросом: так ли это, знаю ли я В.Румянцеву? Да, я знаю Веру Николаевну. Её хорошо знали все в нашем втором батальоне, затем втором полку бригады. Она спасла жизнь

градского телевидения и боевые друзья Веры Николаевны, чтобы подготовить документальный фильм о ней. Нас, уличную ребятню, пригласили для массовки.

Глаза слепили софиты, суетились оператор и режиссёр. То и дело слышались команды, где и как встать, кому и с кем присесть на диван, какую книгу взять в руки, куда повернуть голову...

Приезд сотрудников ленин-

«Она не только на войне заслужила того, чтобы о ней сняли документальный фильм, но и своей работой в нашем районе».

Старший лейтенант запаса В.Румянцева, в военном билете которой было записано: «Врач батальона», в райцентр прибыла по направлению Брянска весной 1946 г. А через год она получила орден Красной Звезды. В наградных документах сказано:

показателей по охране здоровья населения, за успехи в социалистическом соревновании... Официальный стиль формулировок, конечно, не выражает той глубокой признательности, которую высказывали ей простые люди при встречах за своевременную медицинскую помощь.

Уже на пенсии, когда выпадала пороша, Вера Николаевна, надев вязанную шапочку и спортивный костюм, отправлялась на лыжную

Имена и судьбы

Живём и помним

В военное и мирное время для этого врача всегда находились слова благодарности пациентов и не только



Вера Румянцева (слева) с боевыми товарищами, фото 1941 г.

многим раненым, мужественно делила со всеми тяготы и лишения боевого быта».

Эта книга издана в 1969 г. А через несколько лет в Красную Гору приехали сотрудники ленин-

градского телевидения, что было для наших мест большим событием, послужил поводом для разговоров соседей Веры Николаевны ни на один день. Красногорцы, обсуждая эту новость, говорили:

«Имеет право начиная с 1 октября 1943 г. на получение орденских денежных выдач и другие льготы и преимущества».

В нашем краю В.Румянцева заведовала поликлиникой, работала врачом-стоматологом и в детской консультации. Год руководила коллективом Морозовской участковой больницы. Надо полагать, в 1958 г. возникла острая необходимость в принятии такого решения, и она, привыкшая ко всем невзгодам за военное время, дала согласие, потому что и там люди нуждались в специалисте, имеющем большую практику.

Вернувшись в Красную Гору, Вера Николаевна работала в ЦРБ до 1984 г. В целом 39 лет она посвятила лечению жителей нашего района.

В её трудовой книжке было записано 9 благодарностей – за добросовестное отношение к работе, за энергию и кропотливый труд, за улучшение качественных

прогулку за речку Полонка. Возможно, в такую пору она, радуясь снегу и морозу, пощипывающему за щёки, вся раскрасневшаяся, вспоминала куда более суровые зимы Вологодской губернии, где прошли её детские годы.

Мне, жившему на одной улице с Верой Николаевной, она запомнилась человеком общительным, доброжелательным и внимательным ко всем, кто обращался к ней. Она никогда не жаловалась на здоровье, хотя полученные на войне ранение и контузия всё чаще и чаще напоминали о себе...

И сегодня ещё живы те, кому есть за что добрым словом вспомнить врача Веру Николаевну Румянцеву, делами оставившую на красногорской земле о себе светлую память.

Александр ХАНДОЖКО.

Брянская область.

Фото из семейного альбома А.Румянцева.

Былое

Боль на выдумки хитра

Столетняя история «молнии» начиналась с травмы

История застёжки-молнии, можно сказать, началась в Чикаго, где в позапрошлом веке, в 1871 г., случился огромный пожар. В бушующем пламени оказалась маленькая девочка. Она бы погибла, если бы не скромный герой – некий чертёжник Стайл, который спас ей жизнь ценою перелома спины в результате неудачного прыжка со второго этажа. Стайл прошёл лечение, но ему было трудно наклоняться, чтобы зашнуровывать обувь.

На помощь пришёл его приятель инженер Уиткомб Лео Джадсон. Желая уменьшить страдания друга, которому из-за болей в спине было трудно наклоняться, сердобольный Уиткомб, изобретает уникальную застёжку. Она состояла из двух цепочек с чередующимися крючками и петельками. Их скрепляли с помощью ключика-язычка.

Досадно, но принести славу и огромный успех изобретение американского инженера так и не смогло: система была сложной в использовании (инструкция для пользователя новинки содержала две с половиной страницы текста и схем). Но главное – дорогим было производство и,

следовательно, цена готовой вещи. Популярность мудрёной застёжки началась сто лет назад с изобретения специального станка, который автоматически штампует зубцы и прочно насаживает их на тесьму.

В 1935 г. модельер и в душе ортопед Эльза Скиапарелли, желая упростить детям жизнь, размещает застёжку на детских вещах. Для маленьких неумелых пальчиков «молния» становится идеальным вариантом.

Ассортимент современных застёжек-молний почти безгра-

ничен. Выбор просто поражает: ведь они бывают металлическими, пластиковыми, спиральными, «тракторными». Удивительно, но существуют и потайные, и водогазонепроницаемые, которые используют для герметичных соединений. Трудно даже и представить современную жизнь без такого удобного предмета, обязанного своим появлением в конечном счёте милосердию и стремлению облегчить боль пострадавших людей.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Кстати

В 30-е годы носить одежду с застёжками-молниями для прекрасного пола было весьма неприлично – это, якобы, подчёркивало доступность либо легкомыслие женщины. Ведь новый механизм позволял снимать наряд в разы быстрее! И только в середине XX века «молния» прочно приживается на женском одеянии.

Символом сексуальной революции в мужской среде молнию сделал Марлон Брандо. В 1953 г. он снялся в фильме «Дикий», где его «игра» с «молнией» возмутила борцов за нравственность, зато привела в восторг тех, кто пропагандировал свободу поведения.

Если даже в свободной Америке молния расколола общество, что уж говорить о Советском Союзе, где подобные штучки могли расценить как подрыв моральной основы социализма. В СССР такое применение модной застёжки приобрело почти социальный оттенок. Вспомните песню Галича про «гражданку Парамонову»: «Я живу сейчас – чаша полная... Все штаны у меня на «молнии». Более образно и ёмко не сказать!

Память

В дни празднования Дня Победы кого только ни вспоминают с благодарностью потомки советского народа-победителя! Я скажу кого: население Ешува. Так на иврите называют еврейский анклав Палестины той поры.

следует учесть, что собранные деньги в буквальном смысле слова были народными – их жертвовали в основном простые люди, трудящиеся анклава, население которого составляло на тот момент всего несколько сотен тысяч человек.

Вклад сионистов в Победу

В самый разгар Великой Отечественной войны, в 1942 г., в Хайфе была основана Лига «V», что расшифровывается как Лига Победы. Эта организация была создана специально для оказания помощи СССР в войне против нацистской Германии. По сути, основание Лиги было объединением различных групп, стремившихся мобилизовать общественность еврейского анклава на помощь союзу. Одной из таких инициативных групп был «Общественный комитет помощи СССР в антифашистской войне».

Лига Победы объединила, главным образом, социал-сионистов. В руководство организации были избраны ректор хайфского Техниона Шломо Каплунски и философ Мартин Бубер.

За годы войны лига собрала 300 тыс. фунтов для сражающейся Красной Армии. Может, и не так много, как собиралось для нужд еврейского анклава другими сионистскими организациями. Но здесь

Однако одним сбором денег помощь палестинских евреев Красной армии не ограничивалась. Еврейский анклав Палестины поставлял в качестве помощи для СССР медикаменты и медицинское оборудование. Причём это были не единичные поставки – речь идёт о промышленном производстве ингредиентов для лекарств, предназначенных для раненных бойцов Красной армии, и различных видах медицинского оборудования.

Особой гордостью еврейского анклава были несколько машин полевой хирургии, сделанных в Палестине и переданных советскому посольству в Тегеране, куда машины в полной сохранности были доставлены водителями из Ешува.

Необходимо отметить, что средства на помощь Красной армии собирались, когда в стране по сути шла гражданская война, перешедшая без перерыва в Первую арабо-израильскую...

Юрий БОРИСОВ.

На литературный конкурс

Евгений ТАРАСОВ

Параллельные миры

«Увы! – писал Святослав Изиславович Лучистов. – Если бы вы обратили взгляд свой на меня, недостойного вас, в тот прекрасный вечер...» Лучистов давно хотел начать именно такими вот словами. Он давно хотел начать. Но обстоятельства были сильнее него. И вот сейчас, наконец, Святослав Изиславович выводил давно и основательно выношенные в чреве души своей строки: «Когда бы вы не прошли тогда мимо, источая нежный аромат впитавшей солнце мимозы...»

В этот момент его блуждающий взгляд наткнулся на лежащее перед ним тело. Деловито переключившись, Лучистов мгновенно перешёл на деловые вопросы:

– А давление в норме?... А упали вы где?... А когда?... А как?... А после чего?... А голова сразу закружилась?... Так это был просто обморок. Дистонический. Дайте ей понюхать этого... нашатырчику. Побыстрее дайте понюхать!

В следующее мгновение Станислав Изиславович продолжал: «Ваши волосы отливали маняще-серовым золотом средневековья», но, вспомнив вдруг, прокричал, не отрываясь от новорождённых слов в общей тетрадке:

– И валерьяночки с пустырничком отлейте ей, пусть с собой захватит.

Рука его тем временем снова начала прокладывать путь мятущейся мысли: «Ваше зардевшееся ушко, ваши брови вразлёт и гордый взгляд иссиня-миндальных глаз, ваш эллинический носик и точёная белоснежная шейка...»

Но тут его взгляд вынужденно осмыслился. Лучистов всмотрелся в очередную, только теперь порядком исцарапанную физиономию и картонным голосом начал диктовать: «На левой ушной раковине, в области правой надбровной дуги, на правом крыле носа и на левой передне-боковой поверхности шеи имеются единичные ссадины, нане-



сённые острыми предметами типа ногтей, под правым глазом имеется свежая гематома размером...»

Однако вскоре трепетный взгляд Лучистова вновь следил, как под его рукой рождаются высокие слова: «Помните ли вы тот день, тот первый незабываемый день? Всё вокруг утопало в морозящем дожде, смешанном с туманом. Но мне казалось, что это слёзы, слёзы радости и счастья, вызревающие в ваших бездонных глазах. И вот тогда вы протянули свои руки...»

– Где, где это ты, бабусь, руки-то ошпарила?! – вернулся Святослав Изиславович в реальную действительность. – Ах, ты неграмотная? С колхозу? Совсем неучёная?... Мазь Вишневского ей, – приказал он.

И продолжил писать: «Она дрожала, как первые, робкие, мокрые листочки на раннем весеннем ветру. Приближалось то большое, что мы должны были начать долго

нести вместе по жизни, подобно хрустальному чуду, хрупкому и прекрасному, защищая его...»

Но здесь Лучистова снова прервали.

– Да ты что же это, дурында ты такая?! Как это тебя угораздило?! Так ведь и поломаться недолго! – принялся он строго разяснять неразумность прыжков в глубину с 10-метровой вышки бассейна неосторожной юной любительнице острых ощущений. – Имобилизуйте её!

И вернулся к очередной странице своей общей тетрадки: «Но вы сломали этот хрупкий сосуд. Вы, неверная клятвам своим, стали удаляться от меня. Вначале медленно и осторожно, боясь спугнуть моё тогда ещё робкое чувство, а потом, разом отринув самую малую жалось, растоптали моё большое сердце!..»

– Что там ещё? – недовольно оторвался Лучистов. – Опять

сердце? Где тонометр? Куда это он подевался?!... А стетфонендоскоп где?!... Что?! Ещё и с головой что-то?!..

Досадливо морщась, Святослав Изиславович, врач травмпункта, перевёл взгляд на очередную пациентку. Но в голове его продолжали проплывать новые строчки начатого рассказа, создаваемого им к великому, самому любимому всеми представителями сильного пола, Женскому дню: «Этой юной весной вы придёте на опушку леса и встанете у нашей берёзки... Раздобревшим летом вы дойдёте до того самого светлого ручья и преклоните голову в память о нашей погибшей любви... Разбухшей от дождя осенью вы будете долго и печально стоять под едва слышно шелестящими мокрыми лапами елей...»

И он вытащил шприц из ягодицы очередного пострадавшего...

Москва.

Сокровенное

Владимир КОРОЛЁВ

Предвесенние МОТИВЫ

Снега много не бывает –
Снегу радостно со мной.
Кепки снежные трамваев
Тащат город за собой!

Вихри вьются за вагоном,
Крутят шашни с февралём –
Отбивается трезвоном
Ас-водитель за рулём.

Знает классная девчонка:
Ласков снежный ловелас,
Но наступит мартик
звонкий –
Он наступит и предаст!

Да, сейчас у снега
праздник,
В души лезет нам, злодей,
И гуляет светлым князем,
Обещая орхидей.

Орхидеи, хризантемы...
Снег – невестина фата,
Снег – герой моей поэмы,
Брат хрустящего листа.

Под перо ложатся строчки –
Им растаять не дано.
Снег – великий одиночка,
Философское вино.

Снег не любит чёрных
точек –
Пишет белый репортаж,
И мороз там, звонкий
зодчий, –
Самый главный персонаж.

Репортаж прочитан будет
Юной школьницей весной,
И апрель, весь в вешних
буднях,
Текст напишет. Синевой!

Смоленск.

Пресли

Ада-пален

Слуга

Рос. унтер-офицер

В это место

"Ай-венго"

Снаряд. тяж. атлетика

Южное созвездие

Опять

Император, Япония

Браз-завиль

Франц. композитор

"Аль-мера"

Феодал

Укупник

Вело-дром

Засе-янное поле

Дис-пепсия, таб-летки

Мако-вецкий, фильм

Чайков-ский, опера

Публич. сооб-щение

Донос

Город, Бельгия

Монах

Актриса ... Эвер

Янссон

Остров, Онеж. озеро

В ... по чайной ложке

Гурцкая

Круг танца

Ценное африк. дерево

Короб-ка, стерилизация

Застой лимфы

Генети-ческий

Газеты

Попугай

Режис-сер ... ван Гог

Заче-санный сверху вихор

Крове-носный

Шлем

"Гедда Габлер"

Порция

Банк. изве-щение

Англ. гума-нист

Автор Валерий Шаршуков

Калаш-ников

Сын Посей-дона

Метр

Л

К

А

Л

Ф

П

Л

Е

Ч

О

О

Р

М

Б

Е

Г

У

Н

Ь

Я

Т

А

К

С

А

К

А

Д

И

Д

Г

И

М

У

Р

А

Ф

Ж

Г

П

А

Р

О

М

З

Л

О

Б

А

И

Д

Х

А

Р

И

Т

А

Х

О

Л

О

Д

Б

И

Т

И

К

Н

А

Т

Р

И

Й

Р

М

И

С

С

Т

Н

И

К

У

Д

А

Н

Е

С

С

Н

О

П

Ы

Л

Р

О

К

А

З

И

Я

Х

А

М

А

И

К

О

Л

Б

А

А

К

И

А

Р

Т

А

Н

Г

И

Н

А

С

У

П

С

И

Н

Я

К

А

П

А

К

Л

Я

П

Я

Т

А

Д

А

Отвeты на сканворд,
опубликованный
в № 13 от 25.02.2015.