

События

Здоровая нация — превыше всего

Опыт лучших наших специалистов должен служить примером для всех медиков



Очередной, X Всероссийский форум «Здоровье нации — основа процветания России» прошёл в Москве. Масштабное трёхдневное мероприятие состоялось под эгидой Федерального Собрания России, Администрации Президента РФ, федеральных министерств, агентств и служб, правительства Москвы, региональных администраций. Его организатор — Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации».

Форум представляет крупнейшую площадку для проведения ведомственных и междисциплинарных конгрессов, демонстрации проектов и программ, направленных на сни-

На встрече было рассмотрено много направлений развития здравоохранения

жение факторов риска здоровью, пропаганду здорового образа жизни, формирование культуры здорового питания, повышение двигательной активности. Главная тема встречи в нынешнем году — «Общественное здоровье и формирование здоровьесберегающей среды».

— Считаем очень важным показать и обсудить такие стороны и сектора деятельности ведомств, вовлечённых в процесс формирования здорового образа жизни, которые конкретно улучшают ситуацию в стране, — пояснил концепцию мероприятия президент Лиги здоровья нации академик

Лео Бокерия. — Важно показать, что системно-комплексный подход к улучшению охраны здоровья граждан, в том числе к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, — это большая серьёзная крайне необходимая работа, которая имеет реальные предпосылки для оздоровления нации, сохранения здоровья, и может планироваться на несколько лет, даже десятилетий, вперёд, как показывает опыт некоторых стран.

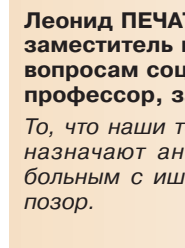
(Окончание на стр. 2.)



Лео БОКЕРИЯ,
президент Лиги здоровья нации,
директор НЦССХ им. А.Н.Бакулева,
академик РАН,
заслуженный деятель науки РФ:

Лучшим проектом Всероссийского конкурса «Здоровая Россия» признан «кардиосант» под названием — «Пять миллионов здоровых сердец» Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского.

Стр. 2



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра Москвы по
вопросам социального развития,
профессор, заслуженный врач РФ:

То, что наши терапевты и кардиологи не назначают антикоагулянтную терапию больным с ишемическими инсультами — позор.

Стр. 11



Евгений ИВАНОВ,
главный врач санатория им. Горького:

Сегодня лечебная база санатория позволяет оказывать весь спектр медицинских услуг кардиологического профиля.

Стр. 12

Инициатива

К ветеранам внимание

С начала 2016 г. около 1,5 тыс. ветеранов Великой Отечественной войны прошли диспансеризацию в лечебных учреждениях Астраханской области, около 2 тыс. человек пролечены в амбулаторных и стационарных условиях, более одной тысячи пожилых людей получили помощь на дому. По итогам 3 месяцев 2016 г. выписано и обслужено 411 льготных рецептов для этой категории астраханцев на общую сумму 110 тыс. руб.

Ветераны Великой Отечественной войны и приравненные к ним группы граждан пользуются в Астраханской области правом внеочередного оказания медицинской помощи в учреждениях, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Обследование пожилых пациентов с ограниченной подвижностью проводится на дому сформированными в медицинских организациях мобильными бригадами.

Выписка лекарственных средств всем ветеранам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, к ним приравненным, осуществляется согласно индивидуальному плану лечебно-оздоровительных мероприятий. В 140 структурных подразделениях медицинских организаций Астраханской области организована адресная доставка лекарственных препаратов медицинскими работниками гражданам пожилого возраста, в том числе маломобильным и одиноко проживающим в сельской местности, где отсутствуют аптечные организации.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
сотрудник Минздрава
Астраханской области.

В особых условиях

Завоз медикаментов ведётся по графику

Ситуация в населённых пунктах находится на контроле областного оперативного межведомственного штаба по ликвидации последствий наводнения.

Так, в связи с особыми условиями в Алексеевском сельском поселении Любинского муниципального района приняты меры по организации работы всех необходимых служб. Создана рабочая группа, куда вошли глава Алексеевского сельского поселения, начальник пожарной части, представители сферы здравоохранения, образования, ЖКХ.

Организован дежурный транспорт для подвоза продуктов и медикаментов. Проводится подворный обход жителей, розданы памятки. Выбраны ответственные жители деревень, которые собирают необходимую информацию, заявки на местах и доводят до сведения представителей специальных служб. Ремонтно-восстановительные работы будут возможны после снижения уровня талых вод и освобождения от затопления дорожного полотна.

— Говорить о сложной ситуации с подтоплениями населённых пунктов

в этом году приходится часто. Но ситуация под контролем, продукты питания и медикаменты поставляются на эти территории. Завоз товаров первой необходимости осуществляется по графику, также обеспечена выездная торговля. Учащиеся школ, проживающие в данных населённых пунктах, переведены на дистанционное обучение, — сообщил глава Любинского муниципального района Абай Рахимжанов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омская область.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

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

Новости

Доза уменьшается в десять раз

Учёные сразу нескольких институтов новосибирского Академгородка работают над тем, чтобы повысить биодоступность лекарственных препаратов.

В настоящее время более половины лекарств относятся к мало-растворимым или нерастворимым, что существенно снижает их усвояемость организмом. Для достижения терапевтического результата приходится увеличивать дозу, что чревато побочными эффектами, а также плохо сказывается на экономике здравоохранения. Решение задачи по повышению биодоступности препаратов позволит добиваться необходимого клинического эффекта меньшими дозировками медикаментов и, как следствие, сократить стоимость лечения.

Как пояснили в Сибирском отделении Российской академии наук, исследования по улучшению свойств лекарственных средств ведутся параллельно в Новосибирском институте органической химии им. Н.Н.Ворожцова, Институте химии твёрдого тела и механохимии и Институте химической кинетики и горения им. В.В.Воеводского. В частности, отрабатывается идея использовать специальные средства доставки лекарства в организм, а именно химические соединения, которые формируют оболочку вокруг молекул препарата, усиливая их растворимость и способность проникать через клеточные мембраны. Одним из таких подходящих «транспортных средств» оказалась глицирризиновая кислота, получаемая из корня солодки.

Первые экспериментальные исследования уже проведены: глицирризиновую кислоту применили для улучшения свойств широко применяемых препаратов – одного гипотензивного и одного антиаритмического. Результаты испытаний на лабораторных животных показали, что дозу лекарств, «заклучённых в оболочку» из глицирризиновой кислоты, можно сократить десятикратно.

В настоящее время авторы идеи проводят аналогичные исследования в отношении нестероидных противовоспалительных и противоопухолевых препаратов.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Лицензия на искусственное прерывание беременности

Минздравом России подготовлен проект постановления, уточняющего требования к медицинским организациям, проводящим искусственное прерывание беременности. Об этом сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай.

Документом предусматривается выведение из общей лицензии на медицинскую помощь по акушерству и гинекологии медицинской деятельности по искусственному прерыванию беременности. Указанные изменения вызваны необходимостью усовершенствовать статистическую отчётность по искусственному прерыванию беременности и более эффективно контролировать деятельность медицинских организаций, оказывающих данный вид услуг.

Отметим, что число абортов по желанию женщины в нашей стране снизилось за 2015 г. на 13% или примерно на 65 тыс., а с 2011 по 2015 г. – на 39,2% или на 288 тыс.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Из «глубокой заморозки»

Самый знаменитый медицинский долгострой в Туве – терапевтический корпус Республиканской больницы – всё-таки может быть достроен. Радостная новость пришла из Министерства здравоохранения Республики Тыва: по распоряжению председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева федеральный бюджет выделил Республике Тыва субсидию в размере 444 млн руб. на завершение терапевтического корпуса.

Напомним, что строительство этого здания в Кызыле началось 20 лет назад, в 1996 г. Однако из-за дефицита денег работы были сначала приостановлены, а потом объект и вовсе подвергся технологии «глубокой заморозки».

В 2013 г. незавершённый объект был включён в план социально-экономического развития Тувы, утверждённый Правительством России, что подразумевало финансовую помощь федерального центра. Тогда местные власти высказывали надежду, что работы на главной медицинской стройке региона возобновятся уже в следующем году. Однако.... Ждать обещанного пришлось 3 года.

Сейчас терапевтические отделения Республиканской больницы расположены в нескольких разных приспособленных зданиях, что никак не соответствует статусу медицинского учреждения третьего уровня.

Елена СИБИРЦЕВА.

Кызыл.

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

Уважаемые коллеги!

6-8 июня 2016 г. в Москве при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Российской академии наук и ряда других научных и общественных медицинских организаций России и стран СНГ состоится Всероссийский конгресс с международным участием «Хирургия – XXI век: соединяя традиции и инновации», посвященный 115-й годовщине I Съезда хирургов России.

В рамках мероприятия планируется обсуждение принципиально новых данных и современных достижений в области хирургических и мининвазивных технологий, высокоинформативных диагностических исследований, восстановительной и реконструктивной хирургии сердца и сосудов, органов дыхания, пищеварения, мочевыводящей системы. Состоятся секционные заседания, посвященные актуальным проблемам военно-полевой хирургии и хирургии сочетанных травм мирного времени, вопросам послеоперационной реабилитации и многим другим направлениям хирургической науки и практики.

К участию в работе конгресса приглашены более тысячи специалистов из всех регионов России, стран СНГ, зарубежные коллеги.

Контактная информация:

сайт – congress-surgery.ru

E-mail: surgery-xxi@mail.ru; Тел.: 8(916)935-26-27

События

Здоровая нация — превыше всего

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Крупнейший выставочный комплекс Москвы посетили государственные и общественные деятели, руководители и представители органов местного самоуправления, политических партий и общественных объединений, управлений здравоохранения, медицинских, санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, научных, образовательных, спортивных, культурных и экологических организаций, ведущие специалисты в области медицины, спорта и здорового образа жизни России и стран СНГ. Активное участие в этом знаменательном событии принял НИИ – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Во время форума традиционно организуются серии конференций, «круглых столов», презентаций, мастер-классов и других деловых мероприятий. В рамках нынешней встречи была продемонстрирована выставка «Здоровая среда и здоровый образ жизни». На ней регионы, крупнейшие отечественные и зарубежные компании представили свои достижения и инновационные проекты, посвящённые сохранению и укреплению здоровья населения, программы по созданию инфраструктуры для ведения здорового образа жизни, санаторно-курортного и восстановительного лечения.

Основой павильона Министерства здравоохранения Краснодарского края стала презентация губернаторской стратегии «Будьте здоровы!» и реализуемых в её рамках массовых профилактических проектов. От Краевой клинической больницы № 1 был представлен «кардиодесант» под названием «Пять миллионов здоровых сердец» – серия диагностико-профилактических и санитарно-просветительских мероприятий, проводимых на Кубани с октября 2010 г. Их основная цель – сохранение здоровья жителей Кубани путём максимально раннего выявления сердечно-сосудистых и других заболеваний и назначения своевременного лечения. Каждая акция проходит раз в месяц, по субботам, в одном из районов Краснодарского края.

«Кардиодесант» получил высокую оценку Министерства здравоохранения РФ и по результатам Всероссийского конкурса проек-



Лео Бокерия

тов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия» вошёл в библиотеку лучшего российского опыта по формированию здорового образа жизни. За последние 5 лет смертность от болезней сердца и сосудов в Краснодарском крае снизилась на 30%. По мнению ряда ведущих российских экспертов, заметный вклад в решение этой задачи внёс именно «кардиодесант». Главный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, профессор С.Бойцов отметил, что опыт кубанских специалистов в проведении высокорезультативных профилактических акций должен служить отличным примером для других регионов России.

Суть популярного проекта в следующем. Более 50 высококвалифицированных врачей НИИ – ККБ № 1 – кардиологи, эндокринологи, пульмонологи, неврологи, торакальные хирурги, колопроктологи, гастроэнтерологи, врачи ультразвуковой и функциональной диагностики, а также ортопеды-травматологи, урологи и ангиохирурги – с современным диагностическим медицинским оборудованием выезжают в выходной день в отдалённые районы края, где проводят обследования всех желающих на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Также специалисты путём измерения веса, роста, артериального давления, уровня глюкозы и холестерина в крови, снятия ЭКГ выявляют предрасположенность к развитию указанной патологии.

За 5 лет «кардиодесант» побывал во всех муниципальных образованиях Кубани. За это время врачами осмотрено более 300 тыс. сельчан. Здоровье всех жителей глубинки, попавших в «группу риска» по сердечно-сосудистым заболеваниям, взято под контроль специалистами краевой клиники. Проведение «кардиодесанта» позволяет пяти миллионам сердец жителей Кубани постоянно быть под наблюдением медиков.

Выставочная композиция краевой клиники ярко выделялась на общем фоне и пользовалась особым интересом среди участников и гостей мероприятия. Сотрудники медучреждения раздавали всем желающим буклеты по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и оригинальные памятные сувениры, информируя посетителей об основных задачах и приоритетах развития регионального проекта.

Форум «Здоровье нации» – основа процветания России» в очередной раз подтвердил статус центральной коммуникационной площадки для эффективного взаимодействия государственных, общественных и коммерческих структур. Уже в первый день работы было рассмотрено много новых направлений развития российского здравоохранения, подготовлен ряд предложений по реализации государственной политики в сферах профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, формирования здорового образа жизни граждан РФ.

Дмитрий АНДРЕЕВ,
внест. корр. «МГ».



В перерыве между заседаниями

Официально

Закупки по «Семи нозологиям» останутся централизованными

Принятые Госдумой РФ поправки в закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохраняют за федеральной властью полномочия по обеспечению граждан лекарственными препаратами в рамках госпрограммы «Семь нозологий». Согласно ныне действующей редакции закона, закупки их с 1 января 2018 г. должны быть переданы на региональный уровень.

Вначале обязанность закупки дорогостоящих лекарств по «Семи нозологиям» планировалось передать в регионы в 2015 г., потом срок передачи отложили на 3 года. Теперь власти, похоже, определились: закупки по этой программе останутся централизованными бессрочно. Федеральный бюджет ежегодно тратил на финансирование программы свыше 40 млрд руб., а в 2015 г. на «Семь нозологий» государством было потрачено 44 млрд.

Против децентрализации этих закупок единым фронтом выступили Федеральная антимонопольная служба, Минздрав и ряд других ведомств. Это «негативно отразится на обязательствах Российской Федерации по обеспечению граждан лекарственными препаратами и приведёт к неэффективному использованию

бюджетных средств», – говорится в пояснительной записке к законопроекту.

По программе «Семь нозологий» централизованно закупаются лекарства для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также для пациентов, перенёвших трансплантацию органов или тканей.

– Сейчас централизованной закупкой этих препаратов занимается Минздрав, – уточнила вице-спикер верхней палаты парламента Галина Карелова. – Децентрализация привела бы к увеличению накладных расходов и менее эффективному расходованию бюджетных средств. Но главная цель наших поправок – это интересы людей, страдающих данными заболеваниями. Отсутствие или дефицит препаратов из-за несвоевременных торгов или их отсутствия, как это уже бывало по другим поводам, может пагубно сказываться на тех, кому лекарства необходимы.

Совет Федерации готов одобрить принятый Госдумой РФ в трёх чтениях законопроект, сохраняющий централизованную закупку дорогостоящих пре-

паратов для лечения орфанных заболеваний, включённых в программу «Семь нозологий», заявила вице-спикер. Она разделяет мнение экспертов, считающих, что в условиях дефицита бюджетных средств централизованные закупки позволяют добиваться снижения закупочных цен на лекарства.

«К нам в Совет Федерации поступали тревожные запросы со стороны пациентских организаций и медицинского сообщества, и мы решили поддержать идею сохранения централизованного характера закупок препаратов», – пояснила сенатор, ставшая одним из авторов поправок в закон.

«На регионы возлагается обязанность ведения регионального сегмента этого регистра и своевременного предоставления сведений из него на федеральный уровень», – уточнила Г.Карелова. Она напомнила, что «право принимать решение о включении в перечень указанных недугов дополнительных заболеваний, для лечения которых обеспечение граждан лекарственными препаратами осуществляется за счёт средств федерального бюджета, закреплено за Минздравом России».

Валентин МАЛОВ.
МИА Сити!

Ситуация

Чтобы лечить людей, достаточно самоподготовки?

Занятия народной (традиционной) медициной в Республике Тыва теперь «в законе»: региональное Министерство здравоохранения начало выдавать разрешения на данный вид деятельности. К настоящему времени такой документ получили 4 человека.

Примечательно, что из 4 «легитимных» целителей 3 представлены Минздравом Тувы, как врачи тибетской медицины и врачи-гомеопаты. Четвёртый же занимается «этнической практикой физических манипуляций с телом, оздоровительной гимнастикой и костоправством, применяет различные методы краниосакральной биодинамики». Что касается медицинского образования, то, судя по информации о данном

человеке на сайте Российской ассоциации народной медицины, «уровень медицинских знаний, необходимый для безопасного оказания услуг в области народной медицины, получен в ходе курсовой подготовки по используемым методам, а также в порядке самоподготовки и закреплён длительным стажем фактического оказания услуг». По всей видимости, как и в очень давние времена, сегодня в Туве наличие диплома о медицинском образовании для оказания услуг в области народной медицины не требуется.

На днях тувинские целители, получившие официальное разрешение на свою деятельность, объявили о создании Ассоциации специалистов народной и традиционной медицины. Никогда

прежде в республике, где народная медицина имеет давнюю историю, такого координирующего органа не существовало. Объединение тибетских врачей, гомеопатов и костоправов будет сотрудничать с республиканским НИИ медико-социальных проблем и Министерством здравоохранения Тувы. В частности, вновь созданная ассоциация ставит перед собой задачу «дальнейшего развития народной медицины в Туве и вывода её на качественно новый уровень». В век высоких медицинских технологий и непрерывной реформы российского здравоохранения это весьма кстати...

Елена ОКТЯБРЬСКАЯ.
МИА Сити!

Кызыл.

Решения

Функции страховщиков будут расширены

Проект приказа Минздрава России «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования» подготовлен во исполнение поручения Президента РФ В.Путина Федеральному Собранию Российской Федерации от 3 декабря 2015 г. о конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования по защите прав граждан при оказании им медицинской помощи.

Целью вносимых изменений является установление порядка взаимодействия участников сферы обязательного медицинского

страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Они направлены на расширение функций страховых медицинских организаций по контролю организации оказания медицинской помощи, активному участию в привлечении граждан к прохождению профилактических мероприятий и формированию мотивации к заботе о своём здоровье.

Проект приказа сейчас проходит общественное обсуждение.

Соб. инф.

Проекты

До конца года процедуру проверки результативности своей работы пройдут почти 600 институтов Российской академии наук, в том числе институты Отделения медицинских наук (в настоящее время их 46). Для этой цели Федеральное агентство научных организаций (ФАНО России) создало специальную ведомственную комиссию, которая уже приступила к работе.

Медицинская наука подвергнется аудиту

Заниматься аудитом работ коллег будут 40 экспертов из числа российских учёных, чиновников ФАНО и Правительства России, представителей научных фондов. Возглавил комиссию специалист в области физики высоких энергий, квантовой теории поля, физики элементарных частиц и космологии, академик РАН Валерий Рубаков. Как пояснили в агентстве, его кандидатура удовлетворяет интересам всех сторон: он не работает в ФАНО России, не является членом президиума РАН и не директор института.

В пользу того, что во главе комиссии должен быть именно нейтральный и объективный человек, говорит следующее: результаты оценки деятельности академических институтов будут учитываться при разработке программ развития научных организаций и определении объёмов их финансового обеспечения.

ФАНО планирует по итогам экспертной оценки разделить все институты на три категории. В первую войдут научные организации-лидеры. Во вторую – ин-

ституты с устойчивым развитием. В третью – организации, которым необходимо будет пересмотреть стратегию развития, иначе, как нетрудно догадаться, им придётся сидеть на голодном пайке.

Оценка результативности работы институтов РАН подразумевает, в частности, анализ наукометрических показателей по 38 параметрам, среди которых востребованность научных исследований, которые проводит организация, её кадровый потенциал, уровень интеграции в мировое научное пространство, труды по фундаментальной медицине, научные экспедиции и др.

Впредь такие проверки и перепланировки научного пространства страны предполагается проводить один раз в 5 лет. В настоящее время в институтах РАН трудятся около 90 тыс. исследователей. Сколько учёных останется в стране после первой и последующих проверок «на наукометрию», остаётся только гадать.

Елена ШУБИНА.
МИА Сити!

Криминал

Полмиллиона, как плата за доверчивость



В Новосибирской области мошенники надули очередную «золотую жилу»: теперь они выманивают у простаков деньги с помощью научной терминологии из сферы медицинской генетики.

На днях в региональное Министерство здравоохранения обратилась пожилая женщина, которой неизвестные люди назначили врачебный приём в здании правительства Новосибирской области. За обещанные ей консультацию специалиста и последующее лечение пенсионерка заплатила... полмиллиона рублей.

По словам пострадавшей, ей позвонил по телефону некто, представившийся врачом государственного лечебного учреждения, и предложил пройти дистанционное генетическое обследование (?!). Не усомнившись в истинности такого странного предложения и не проверив, а существует ли в действительности такой врач в

этой больнице, женщина выслала на указанный адрес образцы биологического материала.

– Через некоторое время ей позвонили и заявили, что результаты обследования выявили смертельно опасное заболевание. Было предложено срочно пройти лечение, стоимость которого около 500 тыс. руб. После того, как женщина перевела указанную сумму на счёт злоумышленников, ей назначили приём у вымышленного врача и направили в Министерство здравоохранения Новосибирской области для разъяснения схемы лечения, – пояснили в Минздраве.

Полиция уже начала расследование данного преступления, а министерство обратилось к жителям региона с просьбой проявлять бдительность и проверять информацию о предлагаемой кем-либо медицинской помощи по телефону горячей линии ведомства.

Елена САМАРЦЕВА.
МИА Сити!

Новосибирск.

Перспективы

Интернет в союзниках медицины

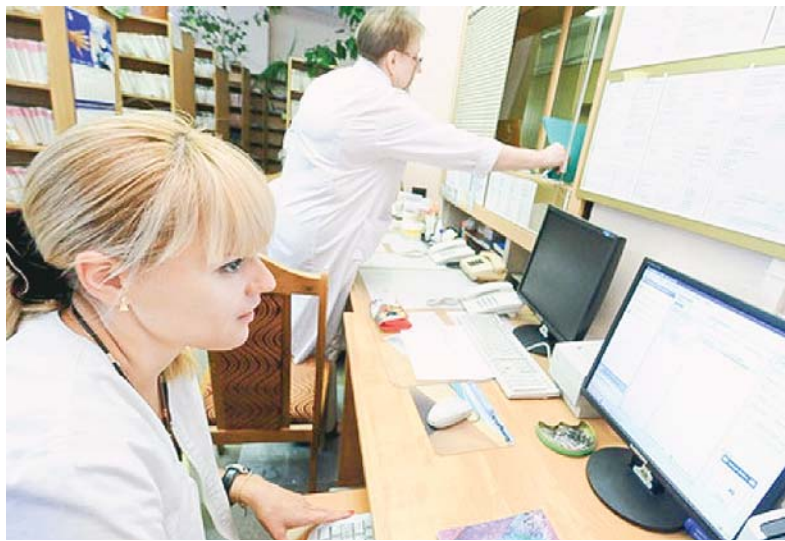
Пока в него не проникли со злыми намерениями...

Советник Президента России Герман Клименко провёл в рамках реализации поручений главы государства и разработанной Институту развития интернета дорожной карты «Медицина» совещание по вопросам научного обоснования основных направлений развития российского сегмента сети интернет в сфере здравоохранения.

На совещании выступили заслуженные деятели в области медицины, науки и здравоохранения, в частности, вице-президент Российской академии наук В. Стародубов, академик РАН Г. Суших, члены-корреспонденты РАН О. Орлов, М. Пирадов, К. Лядов, директор Департамента инновационного развития и научного проектирования Минздрава России С. Румянцев, руководители ведущих медицинских учреждений и организаций. Собравшиеся обсудили возможности применения интернет-технологий в здравоохранении и обучении врачей, влияние интернета на своевременность, качество оказания медицинской помощи, реализацию методических и организационных мероприятий по созданию и применению интеллектуальных систем поддержки принятия врачебных решений в интересах повышения эффективности российского здравоохранения.

Обоснована необходимость решения следующих вопросов:

- ведение единых классификаторов в здравоохранении и выработка единых требований к форматам передачи данных, хранению медицинской информации и требованиям к функциональности медицинских информационных систем;
- разработка порядков оказания и стандартов медицинской помощи, включающих в себя теле-



Интернет давно пришёл на помощь здравоохранению

медицинские услуги и правила их оказания;

- включение в процесс диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями элементов дистанционного контроля физиологических параметров организма, разработка и апробация методологии внедрения подобных инструментов на уровне первичного звена здравоохранения;
- разработка и апробация машинных алгоритмов для систем поддержки принятия врачебных решений;
- изучение возможностей дистанционной коррекции медикаментозной терапии;
- включение элементов дистанционного образования в систему непрерывного образования медицинских работников, разработка мультимедийных учебных курсов;
- выработка требований к дистанционной передаче медицинских данных, позволяющих передачу их без искажений и потери качества;
- поддержка доступа отечественных учёных к зарубежным

научным источникам информации с проработкой возможности создания единого российского ресурса доступа;

- необходимость правового сопровождения оказания телемедицинских услуг, обеспечивающих в том числе защиту консультирующего врача;
- интеграция интернет-приложений с интегрированной электронной медицинской картой и другими хранилищами медицинских данных;
- мониторинг и рейтингование сайтов в сети интернет, содержащих материалы, относящиеся к лечению отдельных заболеваний, обеспечение безопасности пациентов от воздействия некачественной информации;
- учёт международного опыта развития интернет-приложений в здравоохранении и поддержки принятия врачебных решений.

* * *

Распоряжением Правительства РФ в Госдуму внесён проект федерального закона об ограничении доступа к ин-

тернет-ресурсам, содержащим информацию о новых потенциально опасных психоактивных веществах.

Законопроектом предлагается распространить действие внесудебного порядка ограничения доступа на территории России на интернет-ресурсы, размещающие информацию о способах, методах разработки, изготовления и использования новых потенциально опасных психоактивных веществ («спайсы», «соли», галлюциногены). Это касается и их прекурсоров, мест приобретения таких веществ и их прекурсоров. Такие меры позволят повысить эффективность противодействия распространению новых видов психоактивных веществ.

В связи с этим внесённым в Думу законопроектом предлагается распространить действие внесудебного порядка ограничения доступа на территории России на интернет-ресурсы, размещающие информацию о способах, методах разработки, изготовления и использования новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также их прекурсоров, местах приобретения таких веществ и их прекурсоров.

Принятие законопроекта позволит повысить эффективность борьбы с распространением информации о способах, методах разработки, изготовления и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также их прекурсоров, местах приобретения таких веществ и их прекурсоров, о способах и местах культивирования наркосодержащих растений.

Законопроект рассмотрен и одобрен на заседании Правительства РФ.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

«Сад Победы» — во Владивостоке

Почти две тысячи саженцев — яблони, вишни, абрикоса, груши и черёмухи — высадили на территории Приморского краевого перинатального центра сотрудники медучреждения, а также бывшие и нынешние пациенты. Озеленительную акцию приурочили к 9 Мая, а облагороженную территорию назвали «Садом Победы». Уже в скором времени саженцы деревьев будут радовать своим цветением посетителей.

По словам Татьяны Курлеевой, главного врача Приморского краевого перинатального центра, акции по высаживанию деревьев в канун 9 Мая стали для учреждения хорошей доброй традицией. Так, к примеру, в прошлом году на территории центра появилась «Аллея памяти ветеранов», были высажены ели, а рядом с памятным местом состоялось открытие мемориального камня. Теперь все желающие могут возложить к нему цветы и почтить память участников Великой Отечественной войны, которые не дожили до нынешних дней.

Кроме того, ежегодно перед 9 Мая врачи Приморского краевого перинатального центра проводят акции по бесплатному обследованию ветеранов в учреждении и его структурном подразделении — женской консультации. И этот год не стал исключением. 28 апреля женщины, чьи судьбы так или иначе были связаны со страшной войной в истории человечества, смогли пройти профилактический осмотр у специалистов, получить необходимую консультацию и направление на дальнейшее обследование и лечение. Но главное даже не это — коллектив женской консультации устроил для них настоящий праздник, превратив консультативно-диагностический приём в процесс дружеского общения с чаепитием, беседами «за жизнь» и, конечно, приятными подарками.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Итоги

В Омском региональном центре по связям с общественностью состоялось заседание Совета при Министерстве здравоохранения по вопросам донорства крови и её компонентов.

Подводя итоги работы Службы крови в 2015 г., в том числе по пропаганде безвозмездного донорства крови, заместитель главного врача Центра крови Людмила Рылкова отметила, что ежегодно в Омской области заготавливается более 28 тыс. л цельной крови. Потребность лечебно-профилактических учреждений в донорской крови и её компонентах удовлетворяется на 100%. В Омской области количество доноров в течение многих лет стабильно и превышает среднероссийские показатели. Что в абсолютных цифрах составляет 11,9 на 1000 человек населения. А вот по РФ — 11,1 на 1000 человек. Бригадами службы крови регулярно осуществляются выезды на заготовку крови на здравпункты предприятий, в учреждения, учебные заведения области.

Кроме того, выездной работой охвачено 20 из 32 сельских муниципальных районов. В течение

На переднем крае донорства

Ощутимый эффект даёт выездная работа

минувшего года бригады центра крови совершили более 200 выездов, производя забор крови у более 10 тыс. доноров. Был создан банк криоконсервированных эритроцитов, освоена технология пулирования тромбоцитов; заготовлено 77 доз криоконсервированных эритроцитов.

Большое значение для развития донорства имеют меры социальной поддержки, обеспечивающиеся на региональном уровне. В соответствии с Постановлением Правительства Омской области «О мерах социальной поддержки донорам крови и её компонентов» сохранена денежная выплата донорам крови и её компонентов. Это льгота на бесплатный проезд в общественном транспорте для доноров, имеющих звание «Почётный донор России». На 1 января 2016 г. в Омской области проживает

10 197 граждан, имеющих звание «Почётный донор России» и 1072 «Почётный донор СССР».

Большое внимание на заседании Совета было обращено на пропаганду безвозмездного донорства крови. Было отмечено, что в последний год состоялось 5 всероссийских и 4 региональных информационных и донорских акций, было проведено 5 корпоративных и 12 молодёжных донорских акций, в том числе 6 — в вузах и 6 — в средних профессиональных учебных заведениях Омска.

В 2015 г. центр крови стал победителем во Всероссийском конкурсе профессионального мастерства в номинации «Когда сердца бьются в унисон», представив лучший проект в сфере донорства крови, реализуемый учреждением Службы крови совместно с некоммерческой организацией. На конкурс

был представлен проект «Творить добро вместе», объединивший усилия центра крови и некоммерческой организации «Центр развития общественных инициатив» по формированию позитивного отношения к безвозмездному донорству крови в молодёжной среде. Реализация проекта позволила увеличить с 6 до 16 число молодёжных донорских акций и увеличить число доноров в возрасте 18-20 лет. За активное участие Центра развития общественных инициатив в пропаганде донорского движения его руководитель Зинаида Тикунова была награждена медалью «За содействие донорскому движению» (медаль учреждена Федеральным медико-биологическим агентством России).

С начала 2016 г. прошли донорские акции в Омском государственном университете им.

Ф.М. Достоевского, Омском государственном аграрном университете им. П.А. Столыпина, в техникуме мясо-молочной промышленности. Всего в акциях приняли участие 144 донора, заготовлено 64,8 л цельной донорской крови.

Необходимо отметить, что в 2016 г. Центр крови примет участие во всероссийских и организовывать региональные информационные и донорские акции. Планируется участие в выставках, в межрегиональном слёте волонтеров, проведение семинаров в детских оздоровительных лагерях по донорству крови, проведение конкурса творческих работ среди учащихся, посвящённого 300-летию Омска и другие мероприятия.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Подробный разговор о современных методах борьбы с глухотой состоялся в рамках XIX съезда оториноларингологов России, который, как уже сообщала наша газета (см. № 28 от 22.04.2016), прошёл в столице Республики Татарстан Казани. Главным её организатором явился Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России (СПб НИИ ЛОР). Основанный в 1930 г., институт является старейшим в России и в мире монопрофильным научно-исследовательским учреждением в области оториноларингологии, к тому же занимающимся одновременно заболеваниями этой сферы и патологией речи. В нём создана передовая система реабилитации больных после кохлеарной имплантации. По количеству таких операций и объёму послеоперационной реабилитации институт занимает первое место в мире.

Масштабы проблемы

Статистика свидетельствует, что в России нарушения слуха имеют около 12 млн человек, из них более 600 тыс. детей и подростков. Около 200 тыс. человек являются инвалидами по слуху. На тысячу новорождённых 2-3 ребёнка рождаются со значительной потерей слуха. Ещё у 2-3 детей из тысячи нарушения слуха развиваются в первые годы жизни.

Если этими детьми не заниматься, это все потенциально глухонемые дети, считает президент Российского общества оториноларингологов член-корреспондент РАН Юрий Янов. А кохлеарная имплантация, сделанная как можно раньше, позволит им полноценно развиваться и безболезненно встроиться в социум. Поэтому их необходимо выявлять ещё при рождении. И такая работа уже ведётся.

С 2008 г. в России внедрён аудиологический скрининг новорождённых, – поясняет Ю.Янов. – Буквально на 2-3-й день жизни проводится экспресс-диагностика глухоты. Она приблизительно на этом этапе – есть нарушения слуха или нет. Далее данные о таких детях поступают в сурдологический центр, который есть в каждом субъекте Федерации, где ими занимаются уже вплотную.

Следует отметить, что врождённая патология составляет всего 2-3% среди общего числа глухих. На первом месте среди причин глухоты – 60% – стоит вирусное поражение, либо в утробе матери, либо уже после рождения, и 30-35% – ототоксическое действие антибиотиков.

Новая и новейшая

О методике кохлеарной имплантации уже хорошо известно. О ней можно сказать, что она поставлена на поток в центральных специализированных медучреждениях Москвы и Санкт-Петербурга.

Первая такая операция была произведена в России в 1991 г. Но активно она стала развиваться лишь в последнее десятилетие. И в настоящее время уже 8 тыс. наших соотечественников живут с кохлеарными имплантатами. Руки отохирурга-мастера проводят её в среднем за 30 минут. Стандартной же продолжительностью операции считается 2 часа.

В улитке располагаются волосяные клетки, которые по каким-то причинам могут погибнуть, но остаются нервные окончания, – поясняет В.Кузовков. – Если мы в улитку вводим электрод, то он непосредственно электричеством стимулирует эти нервные окончания. Вместо обычной звуковой стимуляции мы получаем электрическую. Базальный отдел улитки, самый большой, отвечает за высокие частоты, а верхушка улитки – за низкие. Сам имплантат

Проблемы и решения

Вместо уха слышит мозг

Именно так воздействует на глухоту кохлеарный или стволомозговой слуховой имплантат



Секцию по кохлеарной имплантации вели Владислав Кузовков и Инна Королёва

состоит из двух частей. Это внутренняя часть, электрод, которая имплантируется в улитку, и наружная часть, которая называется речевым процессором. В речевом процессоре находится микрофон, который воспринимает звуки. Там же находится электроника, которая эти звуки обрабатывает и передаёт на внутреннюю часть, где осуществляется электрическая стимуляция. При включённом речевом процессоре, если поступает звук, пациент начинает слышать.

Но если глухота обусловлена отсутствием улитки, повреждением слуховых нервов, то нужно обеспечить передачу стимулов в мозг выше слухового нерва. Для таких случаев разработана и начинает осваиваться новейшая методика – стволомозговая имплантация. Стволомозговой слуховой имплантат внедряется в кохлеарные ядра ствола мозга и электрически стимулирует эти ядра. Это уже нейрохирургическая операция, и длительность её значительно больше – 5-8 часов.

Первые стволомозговые имплантации выполнены в 2014 г.

Операция – только полдела

Этапы работы медиков в обоих случаях одинаковы: предопераци-

онное диагностическое обследование и отбор пациентов на слуховую имплантацию, сама операция и послеоперационная слухоречевая реабилитация. Последняя – наиболее трудоёмкий и важнейший этап работы. Если пациента не научить пользоваться своим новым органом слуха, сложнейшая дорогостоящая операция окажется бесполезной.

– Сам по себе кохлеарный имплантат – это как роскошный

оценки динамики развития слуха очень маленьких детей, которые ещё совсем не умеют понимать и говорить. Что касается детей, то раньше имплантацию делали лет в 5-6, теперь мы боремся за то, чтобы это было сделано до года. Потому что у таких детей лучше результаты.

По мнению И.Королёвой, должно быть правильное понимание процесса и распределение нагрузок. С диагностикой уже хорошо

сурдопедагогом, логопедом, психологом по развитию слухового восприятия речи, мышления, коммуникативных навыков, психологическая поддержка и обучение родителей.

Результатами довольны, но...

Кохлеарный имплантат позволяет глухому ребёнку слышать речь и даже шёпот. Он научится говорить и будет нормально развиваться, учиться в обычной школе, и даже в музыкальной. Качество жизни ребёнка и его семьи приходит в норму. Дети интегрируются в слышащее общество, а взрослые пациенты возвращаются к обычной жизни. Современные имплантаты позволяют даже профессиональным музыкантам возвращаться к работе.

Итак, практика доказала, что технология эффективна и потенциально снимает инвалидизацию. Ключевое слово – «потенциально». Так инвалиды эти люди или нет?

Вот что по этому поводу говорит профессор Ю.Янов:

– Проблема является не только мультидисциплинарной с точки зрения медицины, но и междомственной. Ею должны заниматься и Минздрав, и Минобрнауки, и Минтруд. Стоимость имплантата, который внедряется в ухо человека, составляет более 1 млн руб. Это практически самый дорогой аппарат, который вживляется в человека. Ну разве что клапаны сердца чуть подороже. Деньги эти выделяет государство, и оно должно быть уверено, что они не будут потрачены зря, что человек научится слышать и правильно говорить, сможет полноценно трудиться и быть полезным для общества. Имплантат позволяет ему слышать, специалисты научили его говорить, но как только он снимает речевой процессор, он снова становится глухим. Так снимать с него инвалидность или нет? Ведь это связано с многими материальными и этическими аспектами. Этот вопрос пока находится в стадии дискуссии.

Наглядный пример

Прекрасной иллюстрацией успехов кохлеарной имплантации были дети, с которыми довелось пообщаться в кулуарах съезда. 7-летняя Аля Зыкова с врождённой глухотой была прооперирована в 1 год, 1 месяц. Разговаривая с этой общительной девочкой, трудно было предположить, что у неё есть какие-то проблемы со слухом, и речь её ничем не отличалась от обычной детской речи. А 11-летний Вова Талдыкин потерял слух, переболев в 2 года менингитом, но это не мешает ему обучаться игре на гитаре и быть жизнерадостным малым, потому что ему также провели кохлеарную имплантацию.

Как тут не вспомнить великого Бетховена, на которого ещё в молодые годы обрушилась глухота. И хотя она не помешала ему создать множество гениальных произведений – он «слышал» свою музыку, «слышал» музыку коллег-композиторов, читая партитуры, – нет сомнений в том, что он не отказался бы от кохлеарной имплантации, чтобы вернуть себе полноту жизни.

Нина АЛЕКСЕЕВА,
спец. корр. «МГ».

Казань.



Вову Талдыкина научили слышать специалисты СПб НИИ ЛОР

«мерседес», который никто не умеет водить и для которого нет дорог. Так вот реабилитация – это та дорога, которая обеспечит этой супермашине движение, – образно говорит главный научный сотрудник СПб НИИ ЛОР доктор психологических наук Инна Королёва. – Поэтому были созданы тесты для

идёт 30 минут, а реабилитация остаётся многолетней работой. Она должна быть максимально приближена к месту жительства. И теперь главная задача – развивать сеть реабилитационных центров, где бы обеспечивалась слухоречевая реабилитация ребёнка.

Имеются в виду занятия с

События

В Нальчике завершилась конференция «Университетская клиника», в которой приняли участие больше 900 специалистов.

Конференция явилась пилотным проектом Минздрава России, направленным на повышение профессионального уровня специалистов регионального здравоохранения. В Кабардино-Балкарской Республике она была организована в рамках соглашения, подписанного Минздравом КБР

«Университетская клиника» началась с Нальчика

с Московским государственным стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова, руководил конференцией главный нейрохирург России академик Владимир Крылов.

Перед аудиторией с лекциями выступили 16 ведущих российских профессоров, академики Российской академии наук.

В Региональном сосудистом центре академик Владимир Крылов сделал четыре операции по удалению аневризм, один пациент будет направлен в федеральную клинику. В ЦРБ г. Нарткала профессор Олег Луцевич провёл 2 операции и видеомастер-классы для хирургов республики.

Гости посетили ведущие меди-

цинские организации Минздрава КБР, а также частные медицинские клиники.

Заместитель председателя правительства КБР – министр республиканского здравоохранения Ирма Шетова выразила гостям благодарность за поддержку регионального здравоохранения, обозначив конференцию «Универ-

ситетская клиника» как главное событие года в здравоохранении республики, которое будет способствовать повышению уровня профессионализма специалистов и укреплению имиджа Кабардино-Балкарии.

Лилия ШОМАХОВА,
сотрудник Минздрава КБР,
внешт. корр. «МГ».

Избыточное солнце в сочетании со стрессом запустили механизм наследственного генетического заболевания. Успешная женщина-предприниматель оказалась на больничной койке с тяжелейшим диагнозом. Даже при длительном и дорогостоящем лечении исход у такой болезни всего один. Причём финал наступает стремительно. Даже самый благоприятный прогноз обещал не больше года – причём качество жизни при таком заболевании более чем сомнительное: постоянный невыносимый зуд по всему телу. От него не спасали ни отвары травниц, ни холодный и горячий душ, ни какие-либо лекарства. Кожа окрасилась в землисто-зелёный цвет, а ногти и белки глаз пожелтели. С такими симптомами 58-летняя Валентина Леонова впервые оказалась на больничной койке.

«Это кризис меня подкосил, – уверена пациентка, – у меня свой швейный цех, я выиграла тендер на поставку спецодежды, а тут... Поехала с подружкой в Дубай: анализировать рынок, искать замену привычным образцам, а когда вернулась, сразу начала чесаться».

Врачи диагностировали цирроз печени – стремительно набирающий обороты, разрушающий нежный орган, запрограммированный где-то глубоко в генах и развившийся на фоне стресса.

– Единственный выход в такой ситуации – пересадка печени. Проблема в том, что у таких пациентов время ожидания очень короткое. Если почку для пересадки можно ждать годами, находясь на диализе, то аппарата, способного хотя бы временно выполнять функцию печени, не существует, – рассказывает

Ситуация

Солнце и стресс разбудили недуг

Поэтому потребовалась срочная пересадка печени



Врачи А.Барышников и Л.Поздеева (в центре) беседуют с пациенткой

врач-гастроэнтеролог Лариса Поздеева, – зато требования к донорскому органу не такие жёсткие, как к почкам, достаточно, чтобы совпала группа крови.

– Когда появляется донорская печень, у врачей в распоряжении ровно сутки, – делится Алексей Барышников, главный трансплантолог Минздрава Челябинской области, – чтобы найти, вызвать, полностью обследовать потенциального реципиента, подготовить его к операции, связаться с коллегами из московского научного центра трансплантологии им. В.И.Шумакова, подготовить две операционных и наконец, провести трёхэтапную операцию одновременно на трёх столах – изъятие органа, подготовка его к пересадке и собственно трансплантация.

Вмешательство длилось более 8 часов. Две хирургических бригады – почти 20 человек боролись за жизнь пациентки.

Потом – реанимация, где Валентину Николаевну ни на минуту не оставляли одну: мало ли какие могут возникнуть осложнения.

Когда перевели в палату – телефон уже разрывался от непринятых вызовов – родственники и друзья не могли поверить, что Валентина решилась на такую сложную операцию.

– У нас в листе ожидания

12 таких пациентов. Ещё полсотни по всей области. Эта цифра постоянно меняется – по естественным причинам. Жизнь этих людей сейчас зависит исключительно от донорских органов. Поэтому очень важен организационный момент, то есть постоянная работа со всеми больницами региона, – рассказывает заместитель главного врача ЧОКБ по хирургической работе Илья Бондаревский. – Наша больница взяла на себя координирующую функцию, коллеги из всех лечебных учреждений региона нас поддерживают, Минздрав помогает, поэтому трансплантология неуклонно развивается.

– Трансплантология на сегодняшний день – одно из наиболее перспективных направлений в медицине, – подтвердил главный врач ЧОКБ Дмитрий Альтман. – Мы уже вышли на знаковый рубеж – пересадили сотую почку, печень пока только вторую, и надемся, что следующим этапом всё же станет трансплантация сердца. Мы целенаправленно к этому готовимся, обучаем специалистов.

Сегодня пациентка Леонова отправилась домой – со списком разрешённых к употреблению продуктов (пока идёт восстановление, придётся соблюдать строжайшую диету), с поминутным расписанием приёма лекарственных препаратов (которое едва ли не больше списка разрешённых продуктов) и с грандиозными планами на полноценную жизнь.

Валентина твёрдо намерена развивать свой бизнес, помогать сыну, растить внуков, а ещё – продолжить перечислять любимого с детских лет Диккенса, на которого снова «подсела» во время лечения в стационаре.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Акценты

Велика ли сегодня отдача от привлечения IT-технологий в процессы здравоохранения и в чём она состоит? Как обстоит дело со стандартизацией обмена медицинскими данными? Насколько «стреножит» развитие информатизации в медицинских учреждениях ухудшившееся финансирование?

Мнениями по актуальной повестке поделились руководители и специалисты медицинских информационно-аналитических центров и органов здравоохранения Санкт-Петербурга, Краснодарского и Алтайского краёв, Архангельской, Мурманской, Нижегородской и других областей – посланцы всего 20 российских регионов, а также эксперты из Республик Армения и Беларусь, став участниками конференции на берегах Невы под названием: «Практическая польза региональных информационных систем в сфере здравоохранения».

Как уверена заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, главный специалист по внедрению современных информационных систем в здравоохранении Минздрава России, профессор Татьяна Зарубина, нынче в стране уже никто не за-

Её величество — информатизация

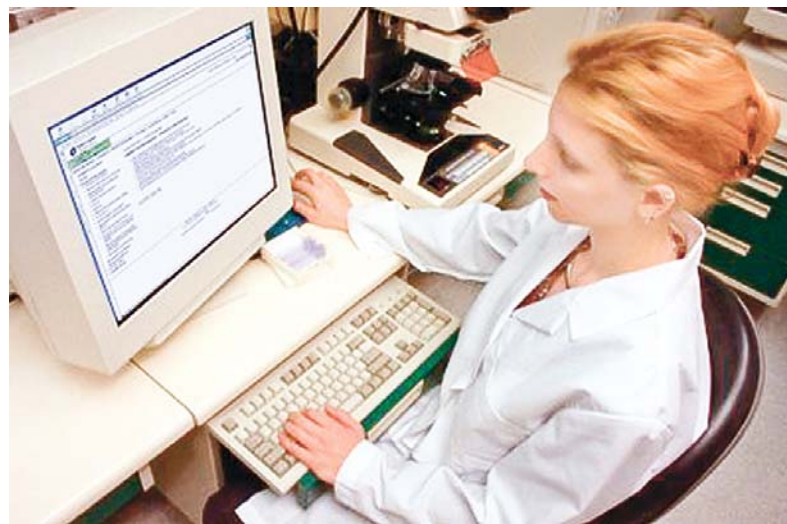
Это ещё раз подтвердили участники встречи в Санкт-Петербурге

даётся мыслью: быть или не быть информатизации в стенах медицинских учреждений? В регионах специалисты столь увлечены внедрением информационных технологий, что даже, если федеральный центр не сможет в дальнейшем субсидировать эту работу, на местах обязательно будут изыскивать средства, чтобы не остановиться на полпути. Ведь минувшей год, несмотря на продолжающийся финансово-экономический кризис, по её словам, явился весьма результативным, и в определённом смысле переломным для ИТ в здравоохранении: разработаны требования к медицинским информационным системам медицинских организаций и РМИС, началось формирование федеральных справочников, идёт совершенствование интегрированной электронной медицинской карты.

Программным на конференции стал доклад кандидата физико-математических наук Геннадия Орлова – директора Санкт-Петербургского МИАЦ,

выступившего организатором научной программы, который и задал точный идеологический вектор двухдневному форуму. Руководитель одного из авторитетнейших в России «штабов» по информационно-аналитическому обеспечению регионального здравоохранения сообщил о современных подходах к оценке практической пользы применения информационных систем и построения регионального фрагмента ЕГИСЗ на интеграционной основе. А, кроме того, рассказал о заключительном этапе создания в возглавляемом им МИАЦ справочника медицинских лабораторных тестов, который вместе с разработанными стандартами обмена на базе международного стандарта FHIR, позволяет реализовать единую систему обмена данными лабораторными исследованиями в Санкт-Петербурге.

– К концу года все лабораторные исследования, или почти все, должны быть в интегрированных электронных медицинских картах жителей нашего города.



Это очень важно с точки зрения управления здравоохранением, снижения затрат на лабораторные исследования и массового наполнения информацией ИЭМК, – считает Г.Орлов.

Информатизация непосредственно влияет на эффективность процессов здравоохранения и

реально способна экономить государственные деньги – таков общий вывод участников межрегиональной конференции.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Кагры

Врач на селе: что ожидать в будущем?

Меры по поддержке специалистов станут более эффективными

В Самарском государственном медицинском университете прошло совещание с главами городских округов и муниципальных районов, главными врачами медицинских организаций Самарской области с целью решения вопросов обеспечения медицинскими кадрами сёл и малых городов.

Открывая совещание, ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников, отметил что, несмотря на то, что в регионе работает много высококвалифицированных врачей, а СамГМУ выпускает 1200 молодых специалистов в год, по-прежнему сохраняется дефицит медиков в сёлах региона. Участвуя в работе совещания главный федеральный инспектор по Самарской области Сергей Чабан проинформировал собравшихся о мерах, которые принимаются в Приволжском федеральном округе для улучшения ситуации, в числе которых оплата проживания, предоставление служебного жилья, субсидии по ипотечным кредитам, единовременные выплаты и многое другое.

Об организации целевого приёма по программам высшего образования рассказал первый проректор – проректор по учебно-воспитательной и социальной работе СамГМУ профессор Юрий Щукин. В ходе своего выступления он отметил, что вуз обладает всем необходимым материально-техническим обеспечением и кадровым составом, для того чтобы осуществлять качественную подготовку специалистов. «В 2015 и 2016 гг. последовательно увеличивается объём целевого приёма. Всего на сегодняшний день по целевому приёму учится более 500 человек. Специально для выпускников организуются встречи с главными врачами сельских поликлиник, привлекаем выпускников в целевую ординатуру и интернатуру», – сказал Щукин.

Об организации целевого приёма по программам интернатуры и ординатуры рассказал директор Института профессионального образования профессор СамГМУ Александр Сонис. «Для качественной подготовки специалистов в регионе есть все возможности. Кроме собственных клиник университета, в процессе задействованы почти все крупные медицинские учреждения Самарской области. 36 сотрудников СамГМУ – главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Самарской области. Кафедры медицинского университета курируют 15 сельских районов», – сообщил Сонис. – Мы также часто отправляем на практическую подготовку студентов, интернов, ординаторов в сельские районы и малые города».

В ходе заседания главы городских округов и муниципальных районов внесли свои предложения в проект решения. Для участников совещания также была проведена экскурсия по клиникам СамГМУ.

По итогам совещания было принято решение, включающее в себя комплекс мер, направленных на обеспечение системы здравоохранения Самарской области медицинскими кадрами, повышение их квалификации и дополнительную социальную поддержку специалистов наиболее востребованных специальностей. После совещания



своими мнениями по затронутой проблеме с корреспондентом «МГ» поделились его участники.

Геннадий Котельников, ректор СамГМУ, академик РАН:



– Работа в первичном звене – хорошая практика для получения опыта и, соответственно, дальнейшего профессионального роста специалиста. Но студенты хотят работать в крупных многопрофильных медицинских учреждениях, и, несмотря на подъемные выплаты более одного миллиона рублей, не хотят ехать в сельскую глубинку. Нам нужно принять комплекс экономических, административных и юридических мер, чтобы поэтапно эта ситуация улучшалась, чтобы первичное звено наполнялось молодыми кадрами. Нужно работать сообща. Если каждый глава района возьмёт этот вопрос под личный контроль, то шаг за шагом проблема будет решаться.

Сергей Чабан, главный федеральный инспектор по Самарской области:



– Проблема по обеспечению врачами сел находится на особом контроле и у полномочного представителя Президента РФ в Приволжском федеральном округе Михаила Бабица. Вопросы

по изменению российского законодательства в этой сфере находятся на стадии проработки, и если решения будут реализованы, то ситуация будет улучшаться. Поэтому совещание актуально и в плане сбора информации и предложений с мест. Главы районов должны принять активное участие в решении этого вопроса, так как дороги, транспорт, доступность сервисов и комфорт играют не последнюю роль в решении этой важной государственной проблемы.

Александр Фетисов, заместитель председателя правительства Самарской области:



– Самарское правительство принимает комплекс мер по привлечению молодых врачей в село. В рамках региональных государственных программ в муниципальных районах строятся фельдшерско-акушерские пункты, улучшаются условия проживания, производятся социальные выплаты на строительство и приобретение жилья, укрепляется материально-техническая база лечебных учреждений в селе, предоставляются земельные участки. В рамках программы «Земский доктор» привлечено в село 394 молодых врача.

Но по-прежнему сохраняется дефицит, который порождается дисбалансом по обеспеченности между городским и сельским врачом. Нам необходимо развивать социальное партнёрство между органами местного самоуправления, медицинскими и образовательными организациями.

Геннадий Гридасов, министр здравоохранения Самарской области:

– В Самарской области сформирована законодательная база, которая позволяет и главам местного самоуправления участвовать в процессе закрепления кадров на селе. В первичное звено нужен приток молодых специалистов, но до сих пор очень много пенсионе-



ров работает в здравоохранении на селе. Когда повышается качество жизни, то появляются и кадры. Пример этому – Кинель-Черкасский и Ставропольский районы. Количество работающих там пенсионеров уменьшилось в два раза, пришли молодые врачи.

Владимир Класен, глава городского округа Жигулёвск:



– При социологическом опросе вопросы по качеству оказываемой медицинской помощи населению вышли на первое место, опередив даже ЖКХ. Центральная городская больница Жигулёвска обеспечена кадрами на 50%. На многих должностях работают люди пенсионного возраста. Эта проблема и сельских районов, и малых городов.

В кризисные периоды в истории России всегда усиливалось государственное регулирование. Необходимо восстанавливать и развивать систему распределения.

Нелогично, если подготовленные кадры не доходят до первичного звена, особенно если это касается бюджетных мест, когда государство берёт на себя все расходы по обучению, выплачивает стипендию.

Владимир РЕЗНИКОВ, внешт. корр. «МГ».

События

В Барнауле состоялось очередное заседание Медицинской палаты Алтайского края. Она была создана в 2012 г., и сегодня её членами являются более четверти работников сферы здравоохранения региона.

Медицинская палата укрепляет свои позиции

В работе заседания приняли участие представители всех медицинских профессиональных сообществ, члены общественного совета, созданного при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Открыл заседание президент палаты Яков Шойхет. Выступающий первым заместителем председателя комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко отметил, что Медицинская палата Алтайского края – одна из крупнейших региональных палат, ведущих свою работу по укреплению системы здравоохранения.

Начальник Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности края Ирина Долгова в своём докладе подробно остановилась на сотрудничестве с Медицинской палатой и тех результатах, которых удалось достигнуть благодаря совместной плодотворной работе.

– Особое внимание при дальнейшем развитии нашего взаимодействия будет уделено повышению квалификации кадров, развитию независимой оценки качества работы медицинских организаций, реализации и защите прав медицинских и фармацевтических работников, оказанию поддержки деятельности учреждений здравоохранения и созданию благоприятных условий для труда медицинских работников, – сказала она.

– В Алтайском крае Медицинская палата становится локомотивом решения многих актуальных вопросов, – убеждён Яков Шойхет. – Уже идёт работа по созданию в составе профессиональных сообществ специальных экспертных групп, которые будут оценивать деятельность коллег исключительно по своей специальности; разработан механизм защиты врачей от необоснованных обвинений; начат процесс создания в каждом медицинском учреждении комиссий по соблюдению этики и деонтологии. Палата прочно входит в сферы подготовки кадров, оценки деятельности медработников и экспертов.

Участники встречи одобрили стратегию работы, переизбрали совет и аппарат палаты. Исполнительным секретарём общественной организации вновь стал директор Барнаульского базового медицинского колледжа, депутат Алтайского краевого Законодательного собрания Владимир Лещенко. Президентом Медицинской палаты Алтайского края единогласно избран Яков Шойхет.

Алёна ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Барнаул.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 31 (1970)

(Продолжение. Начало в № 30 от 29.04.2016.)

Пневмокониоз электросварщиков и газорезчиков

В процессе работ, связанных с электро-сваркой и резкой металлов, образуется высокодисперсный аэрозоль, включающий пыль железа и других металлов, а также газы, обладающие токсичными и раздражающими свойствами, и диоксид кремния, что приводит к формированию пневмокониоза электросварщиков и газорезчиков. Состав и количество образующейся высокодисперсной пыли зависит от вида сварки, состава используемых сварочных материалов и свариваемых металлов, режима сварочного процесса и др. Кроме пыли железа, а при ряде работ и свободного диоксида кремния, сварочный аэрозоль может содержать токсичные вещества – оксиды марганца, оксиды хрома, соединения никеля, меди, цинка, ванадия и других металлов, а также оксиды азота, оксид углерода, озон, фторид водорода и др.

Концентрация этих веществ в воздухе может достигать довольно высоких величин, особенно если электросварка производится в замкнутых ёмкостях (цистерны, баки и т.п.).

При резке металлов в качестве горючего применяются ацетилен, пропанбутан, пиролизный, коксовый и городской газы, пары керосина. Резке подвергаются стали различных марок, которые могут содержать, помимо железа, и легирующие элементы (марганец, хром, никель, кобальт, медь, бериллий и др.). В процессе газорезки в зону дыхания рабочего также поступает высокодисперсный аэрозоль, содержание которого может превышать ПДК во много раз.

Образующийся при электросварке и газорезке металлов высокодисперсный аэрозоль сложного состава может оказывать фиброгенное, токсическое, раздражающее, сенсibiliзирующее действие.

В связи с этим у электросварщиков и газорезчиков, помимо пневмокониозов, могут наблюдаться и другие профессиональные заболевания: хронический бронхит, бронхиальная астма (от воздействия хрома, никеля и других соединений), интоксикация марганцем. Возможно развитие острых поражений верхних дыхательных путей и лёгких, вплоть до токсического отёка лёгких (фторид водорода, оксиды азота и др.), а также литейной лихорадки от воздействия аэрозоля конденсации цинка, меди, никеля и других металлов.

При использовании качественных электродов с фтористо-кальциевым покрытием у электросварщиков нередко возникают острые респираторные заболевания и пневмония, что в определённой мере можно связать с токсическим действием образующегося при сварке фторида водорода.

У газорезчиков, имеющих контакт с газами раздражающего и токсического действия, также отмечается склонность к повторным пневмониям и частым острым респираторным заболеваниям.

Среди этиологических факторов пневмокониоза у электросварщиков и газорезчиков следует учитывать пыль оксидов железа, других металлов (марганец, алюминий и др.), а также и диоксида кремния. Известны случаи возникновения манганокониоза у электросварщиков, применяющих качественные марганецсодержащие электроды. Если в сварочном аэрозоле содержится большое количество пыли оксидов железа и диоксида кремния, то пневмокониоз электросварщиков расценивается как сидеросиликоз. При высоком содержании в аэрозоле свободного диоксида кремния могут развиваться классические формы силикоза (в частности, у электросварщиков литейных цехов при устранении дефектов литья и резке литников, у газорезчиков – при подготовке шихты).

Клинические проявления пневмокониоза электросварщиков и газорезчиков, как и многих пневмокониозов, весьма скудны. Обычно больные жалуются на кашель с небольшим количеством мокроты, боли в груди и умеренную одышку при физическом напряжении. При физикальном исследовании в ряде случаев определяются признаки умеренно выраженной эмфиземы лёгких и скудные катаральные явления в виде немногочисленных сухих хрипов и (или) шума трения плевры (преимущественно в нижнебоковых отделах лёгких). ФВД длительно не нарушены или слегка снижены преимущественно по рестриктивному типу. Рентгенологически в начальной стадии пневмокониоза выявляются диффузное усиление и деформация сосудисто-бронхиального рисунка.

На этом фоне определяются чётко очерченные, округлые, одинаковой формы и величины узелковоподобные образования, которые по мере прогрессирования заболевания и при продолжении работы в условиях воздействия аэрозоля довольно равномерно усеивают оба лёгочных поля.

Указанные изменения обусловлены главным образом скоплением рентгеноконтрастных частиц металлической пыли. Рентгенологическая картина напоминает таковую при

Пылевые заболевания лёгких в свете современных представлений

узелковой форме силикоза, но в отличие от него при пневмокониозе электросварщиков и газорезчиков, как правило, не наблюдается слияния узелковоподобных образований в лёгких, отсутствует значительное увеличение лимфатических узлов корней лёгких. Морфологическим субстратом этого пневмокониоза в отличие от силикоза является рентгеноконтрастная пыль железа и других металлов. Пневмофиброз же выражен слабо, фиброзные узелки, характерные для силикоза, не формируются.

Пневмокониозу электросварщиков и газорезчиков, как правило, свойственно доброкачественное течение без прогрессирования процесса в послепылевом периоде. Отличительной его особенностью является возможность регрессии или обратного развития патологического процесса после прекращения работы в контакте с пылью. Регрессия рентгеноморфологических изменений в лёгких отмечается у 5–24% больных. Описаны случаи полной нормализации рентгенологической картины лёгких.

Принимая во внимание особенности развития пневмокониоза электросварщиков и газорезчиков, можно считать, что наблюдаемое уменьшение количества и размеров узелковоподобных образований в лёгких обусловлено тем, что при этой форме кониотического процесса клеточная реакция в лёгких преобладает над процессами фиброза. В связи с этим возможно обратное развитие клеточно-пылевых очажков за счёт элиминации рентгеноконтрастной пыли и рассасывания клеточных скоплений и молодых коллагеновых волокон.

В отдельных случаях наблюдается сочетание пневмокониоза с астматическим бронхитом, обусловленным воздействием промышленных аллергенов, в первую очередь хрома и марганца.

Пневмокониоз шлифовальщиков и наждачников

Шлифование – один из наиболее распространённых способов механической обработки металлов. При шлифовке металлических изделий используются абразивными материалами, которые могут быть естественными и искусственными. В естественных абразивах (алмаз, наждак, корунд, гранит, кварц и др.) содержится большое количество диоксида кремния (от 10 до 97%, за исключением алмаза, представляющего собой чистый углерод), в искусственных (электрокорунд, монокорунд, карбид кремния или карборунд, карбид бора, синтетические алмазы и др.) его значительно меньше (обычно не превышает 2%). Естественные абразивные материалы в настоящее время применяют редко.

В процессе шлифовки выделяется пыль смешанного состава (абразивный материал, керамическая, силикатная или бакелитовая связка и шлифуемый материал).

У работников, производящих сухую шлифовку металлических изделий, может возникнуть пневмокониоз. Средний стаж работы до развития пневмокониоза у наждачников составляет 15–19 лет. Такой пневмокониоз может иметь мелкоузелковый или диффузно-склеротический характер. Развитие того или другого процесса обусловлено составом вдыхаемой пыли, содержащей примесь кварца и другие ингредиенты – алюминий, силикаты, железо и др.

Клиника пневмокониоза шлифовальщиков, как правило, проявляется симптомами бронхита и эмфиземы лёгких. Такое течение, по-видимому, связано с механическим раздражающим действием смешанной пыли,

выделяющейся в процессе шлифовки металлических изделий. Этими особенностями можно объяснить наблюдаемое у таких больных расхождение между небольшой выраженностью кониотического процесса и значительной степенью нарушения функции дыхания, преимущественно обструктивного характера.

Рентгенологически изменения в лёгких характеризуются разной степенью выраженности эмфиземы и диффузного интерстициального пневмофиброза с усилением и деформацией сосудисто-бронхиального рисунка, появлением сетчатости лёгочных полей и мелких очажковых теней, а также узелковых образований. По степени выраженности фиброзного процесса преобладает I, реже II–III стадия. II и III стадии заболевания наблюдаются только у лиц, которые в прошлом работали с естественными абразивами, содержащими значительное количество диоксида кремния.

Бериллиоз

С бронхолёгочной инфекцией и дыхательной недостаточностью обычно связана и возможность прогрессирования болезни даже после прекращения работы, в то время как пневмокониотический фиброз обычно мало склонен к прогрессированию, что можно объяснить менее фиброгенным действием пыли. Не исключено, что отложение частичек железа, происходящих из стружки стали и чугуна, обуславливает рентгеноконтрастный эффект пыли.

Бериллиоз

Бериллий – серебристо-серый редкоземельный металл, в 3 раза легче алюминия, обладает высокой прочностью, высокой температурой плавления и, соответственно, теплоёмкостью и жаростойкостью, высокими антикоррозионными свойствами, устойчив к воздействию радиации. Бериллий применяется в машино- и ракетостроении, при производстве электронной аппаратуры, огнеустойчивых керамических красок и флюоресцирующих составов. Широкое применение получили сплавы бериллия с медью, алюминием, марганцем, никелем, фтором и магнием.

В чистом виде в природе не встречается, входит в состав таких минералов, как берилл (алюмосиликат бериллия), а также хризоберилл и фенакит. Кристаллы бериллия – драгоценные камни (берилл зелёного цвета – изумруд, сине-зелёного – аквамарин, золотистый – гелиодор). Берилл добывают из гранитных пегматитов, которые являются крупнокристаллической породой.

Основное поступление – ингаляционным путём. Через неповреждённую кожу проникает 0,1% находящегося на коже бериллия. Растворимые соединения бериллия повышают проницаемость кожи и поступление большого количества бериллия. При пероральном поступлении в кишечнике образуются труднорастворимые соединения бериллия, плохо резорбируемые слизистой оболочкой кишечника. При попадании в организм беременной большого количества бериллия возможно его проникновение в плаценту и плод, а от кормящей матери с грудным молоком – к ребёнку. Из организма бериллий выводится кишечником и в меньшей степени почками. При ингаляционном пути поступления растворимых соединений большая часть бериллия остаётся в лёгких и трахеобронхиальных лимфатических узлах, меньшая часть распределяется в костях, печени, почках.

При вдыхании труднорастворимых соединений бериллий стойко депонируется в основном в лёгких и при спектральном анализе органов умерших людей, работавших ранее, но давно прекративших контакт с бериллием, он обнаруживается в лёгких и других органах. При прекращении контакта с бериллием периодически в течение всей жизни наблюдается выделение его с мочой (растворимые соединения) или циркуляция в крови. Бериллий определяется в биологических субстратах как практически здоровых людей, работавших в контакте с металлом или его соединениями, так и у лиц, перенёвших интоксикацию его соединениями, у больных бериллиозом и у лиц, проживавших в местах добычи угля с повышенным содержанием бериллия. Наличие бериллия в биологических субстратах без клинических проявлений рассматривается как носительство бериллия.

Воздействие производственной пыли нередко сочетается с воздействием вибрации, токсических и раздражающих веществ, не-

благоприятных факторов микро- и макроклимата, с вынужденной неудобной рабочей позой, физическим перенапряжением, повышенным вниманием, нервно-эмоциональным перенапряжением, что ускоряет развитие патологического процесса и обуславливает полиморфизм клинической картины.

Бериллий и его соединения могут оказывать общетоксическое, аллергенное и канцерогенное воздействие на организм. Для растворимых соединений также характерно раздражающее действие. Высокая биологическая активность и токсичность его обусловлены химической активностью и проникающей способностью. Ион Be^{2+} способен проникать в клетки всех тканей, оказывая повреждающее действие на все структурные образования клетки.

Патогенез интоксикации бериллием. Токсическое влияние бериллия связано с нарушением обменных процессов. Будучи активнее других металлов, он вступает с

ними в конкурентные взаимоотношения в различных ферментных системах. Вытесняя магний, марганец и другие микроэлементы, необходимые для деятельности многих жизненно важных ферментов, бериллий тормозит деятельность одних и повышает активность других обменных процессов.

Бериллий активно взаимодействует с фосфорорганическими группами биологически активных компонентов клетки – фосфолипидами, фосфорными группами нуклеиновых кислот, аденозинтрифосфатом, что может быть одним из определяющих моментов при проникновении его через мембраны клеток и органелл, а также для развития патологического процесса в организме. При ингаляции бериллия наблюдается усиление синтеза и расщепление белков лёгочной ткани. Канцерогенный эффект бериллия при ингаляционной заправке в эксперименте проявляется развитием остеосаркомы с метастазированием во внутренние органы (лёгкие, печень и др.), активизацией пролиферации и метаплазии эпителия органов дыхания с последующим образованием злокачественной опухоли лёгких. У работавших в контакте с бериллием не отмечено учащения случаев заболеваний раком лёгких.

У больных бериллиозом выявлено увеличение количества В-лимфоцитов на фоне уменьшения числа Т-клеток, нарастание продукции лимфокинов, угнетение бласттрансформации лимфоцитов при действии неспецифического митогена. Отмечена активация синтеза иммуноглобулинов классов А и G, наличие антител к широкому спектру антигенов: дезокси- и рибонуклеиновым кислотам, тканям лёгких, печени, селезёнке, щитовидной железе, надпочечников. Подтверждено наличие специфической сенсibilизации: в крови у больных выявлены антитела к бериллию, обнаружена специфическая агломерация лейкоцитов, отмечено угнетение реакции бласттрансформации лимфоцитов в присутствии солей бериллия.

Однотипные реакции могут наблюдаться и у практически здоровых людей, работающих в контакте с бериллием. По-видимому, реакция иммунной системы на воздействие бериллия у здоровых людей носит защитный характер и направлена на выведение антигена из организма.

При длительном контакте с бериллием следует ожидать развитие толерантности как компенсаторной реакции с повышенным напряжением иммунной системы. Предполагается, что переход состояния толерантности в болезнь может произойти вследствие неполноценности супрессорной функции иммунной системы. Именно с угнетением функции супрессоров связывают возможность развития бериллиоза не только в период работы в контакте с бериллием, но и спустя много лет после прекращения работы с ним, нередко связанного с какой-либо стрессовой ситуацией.

Развитие болезни обусловлено формированием клеточного гранулёматоза, что характерно для иммунопатологического состояния. Гранулёмы возникают как местная ответная реакция на внедрение бериллия в лёгкие, другие органы и лежат в основе системного заболевания – бериллиоза или, проявляясь локально, в подкожной клетчатке при порезе кожи.

Патологическая анатомия. При бериллиозе по всей ткани лёгких рассеяны беловато-серые узелки различной величины, локализующиеся в основном в нижних отделах. Множественные гранулёмы различной величины и различного строения выявляются в междольковых перегородках, альвео-

лах, стенках бронхиол и мелких бронхов. На ранних стадиях развития гранулёмы состоят преимущественно из клеточных элементов: гистиоцитов, лимфоидных и плазматических клеток с включением гигантских клеток Лангханса по периферии.

Со временем клеточные элементы замещаются коллагеновыми волокнами. В поздних стадиях гранулёма имеет строение склеротического узелка. В связи с ремиттирующим течением при бериллиозе у больного одновременно могут выявляться как клеточные, так и склеротические узелки. Иногда в гранулёмах можно наблюдать включение отдельных или множественных так называемых конхоидальных или улиткообразных телец диаметром от 6 до 10 мкм, располагающихся в гигантских многоядерных клетках. Они дают слабopожительную реакцию на железо и голубоватое свечение при ультрафиолетовом облучении. Наблюдается слияние гранулём, образующих более крупные участки склероза. В альвеолярных перегородках отмечается слабо или умеренно выраженный пролиферативный процесс в виде размножения гистиоцитарных элементов, инфильтрации лимфоидными клетками, плазматическими клетками, многочисленными мононуклеарами.

Там же имеются скопления ретикулиновых и коллагеновых волокон. Встречаются участки ателектазов. Бифуркационные, бронхопюльмональные, паратрахеальные лимфатические узлы увеличены, могут быть спаяны в крупные конгломераты, уплотнены. Лёгочные лимфатические узлы и внутрилёгочная лимфоидная ткань могут быть также поражены гранулёматозным процессом. Кровеносные и лимфатические пути могут облитерироваться вследствие воспалительного процесса в стенках сосудов. Находящиеся в других органах гранулёмы имеют описанное выше строение и проходят те же стадии развития. Отличительной особенностью бериллиевых гранулём является отсутствие в них некротического процесса. При длительном течении заболевания в лёгочных узелках происходит отложение солей кальция.

От воздействия аэрозолей и других металлов, обладающих токсико-аллергическими свойствами, в частности от вдыхания пыли (или паров) металлов, входящих в твёрдые сплавы, могут развиваться диффузные диссеминированные процессы в лёгких, протекающие по типу гиперчувствительных пневмонитов, с морфологической картиной альвеолита или чаще эпителиоидно-клеточного гранулёматоза. Твёрдые сплавы широко применяются в металлообрабатывающей и машиностроительной промышленности. Они получаютcя спеканием смесей порошков тугоплавких карбидов вольфрама и титана с цементирующим металлом кобальтом. В со-

став сплавов могут входить также молибден, никель, хром, тантал и др.

Острые отравления бериллием. При воздействии высоких концентраций растворимых соединений (солей хлористоводородной, серной, фтористоводородной и других кислот) возникают различной степени выраженности острые и подострые интоксикации, проявляющиеся поражением слизистой оболочки глаз, дыхательных путей, кожи. При работе с высокими концентрациями аэрозоля конденсации (при плавке металла) возможно развитие литейной лихорадки.

В отличие от этого труднорастворимые соединения (металлический бериллий, его оксид и гидрооксид) могут вызывать развитие хронического заболевания – бериллиоза (пневмокониоза), характеризующегося гранулёматозным процессом в лёгких, а иногда и в других органах. Термин «бериллиоз» применяют для обозначения как острых, так и хронических форм поражения бериллием.

Существенной токсикологической особенностью нерастворимых соединений бериллия является отсутствие корреляции между дозой воздействующего вещества и возможным развитием заболевания. Развитие бериллиоза нередко наблюдается у людей, работавших с металлом или его сплавами, содержание которых в воздушной среде не всегда превышало ПДК. Возникновение болезни возможно как после кратковременного контакта с металлом (от 6 ч до 2–3 недель), так и после длительного (в течение 10–20 лет). Развитие бериллиоза у лиц, перенёсших острую интоксикацию растворимыми соединениями бериллия, наблюдается редко (до 6,2% случаев) и в основном при смешанном контакте с растворимыми и труднорастворимыми соединениями.

Бериллиоз (пневмокониоз) характеризуется многообразием клинической симптоматики с преобладанием признаков поражения лёгких, рецидивирующим течением болезни, поражением многих органов. Своеобразный гранулёматозный процесс может развиваться не только в лёгких, но и в других органах, под кожей или конъюнктивой глаз.

Заболевание может возникнуть как в период работы с нерастворимыми соединениями бериллия, так и спустя много лет. Период благополучного состояния с момента прекращения контакта с токсическим агентом до момента появления первых клинических признаков может продолжаться от 1 месяца до 20 лет. Начало заболевания может протекать скрыто, иногда с неспецифической симптоматикой, жалобами астенического характера: слабость, повышенная утомляемость, нередко связанные с перенесённой инфекцией или другой нагрузкой.

Позже присоединяется одышка при

обычной ходьбе, а затем и в покое, приступообразный сухой кашель, усиливающийся при небольшой физической нагрузке, боли в грудной клетке различной интенсивности и локализации. Характерно резкое похудание больных в начальной стадии или при обострении болезни с потерей массы тела на 6–12 кг за короткий промежуток времени (3–6 мес). Иногда наблюдается субфебрилитет. На фоне астенического состояния может наблюдаться резкое ухудшение состояния с подъёмом температуры до 38–39°C и нарастающей одышкой.

Объективно: учащение дыхания в покое, усиливающееся при движении, цианоз, при длительном течении заболевания – деформация концевых фаланг пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, и ногтей, приобретающих форму часовых стёкол. Часто определяется увеличение периферических лимфатических узлов, чаще локтевых, до размера горошины, мягкой консистенции, подвижных, безболезненных.

Физикально определяются коробочный звук и ограничение подвижности лёгочного края, нередко обусловленное спаечным процессом в плевральной полости. Аускультативно в лёгких могут прослушиваться влажные или крепитирующие хрипы в нижних отделах, реже рассеянные сухие хрипы и шум трения плевры. ФВД: нарушение диффузионной способности лёгких вследствие клеточной инфильтрации межалвеолярных перегородок и развития альвеоларно-капиллярного блока, что проявляется гипоксемией, нарастающей при физической нагрузке. Дефицит насыщения артериальной крови кислородом, увеличение редуцированного гемоглобина являются причиной рано появляющегося цианоза при бериллиозе. Вентиляционные показатели в начальной стадии не изменяются.

На поздних стадиях наряду с более резкой гипоксемией отмечается уменьшение лёгочных объёмов, снижение объёма форсированного выдоха, повышение бронхиального сопротивления. При преобладании склеротического процесса в лёгких отмечаютcя и более резкая гипоксемия и значительно повышенный альвеоларно-капиллярный градиент, сопровождаемые снижением вентиляционных способностей лёгких. Уже при наличии умеренной гипоксии определяютcя глухость сердечных тонов, тахикардия.

Дифференциальная диагностика пневмокониозов

Для установления диагноза пневмокониоза прежде всего является обязательным наличие в трудовом анамнезе больного контакта с соответствующими видами производственной пыли.

Дифференциальной диагностике помогают: анамнестические данные; данные

объективного обследования; данные лабораторного, инструментального и функционального исследований, таких как бронхофиброскопия, биопсия слизистой бронхов, трансбронхиальная биопсия лёгочной ткани, пункция лимфатических узлов корней лёгких, исследование жидкости бронхо-альвеолярного лаважа, специальные исследования мокроты, специальные аллергические пробы, особенности клинической картины пневмокониозов, данные консультаций узких специалистов; данные документов (профессионального анамнеза, санитарно-гигиенической характеристики условий труда, амбулаторной карты, карты профосмотров).

Основными задачами дифференциальной диагностики при пневмокониозах является уточнение этиологического фактора, выявление факторов риска и факторов, способствующих развитию и прогрессированию заболевания.

В клинико-рентгенологической картине различных видов пневмокониозов наблюдается много общих признаков. В то же время в зависимости от состава вдыхаемой пыли они имеют и некоторые различия (см. клиническую картину силикоза, силикатозов, карбонкиозов и других видов пневмокониозов). Это касается сроков их развития, формы фиброзного процесса в лёгких, склонности его к прогрессированию и осложнениям. Так, например, силикоз возникает при менее длительном стаже работы в контакте с пылью, чем другие виды пневмокониозов, характеризуется преимущественно наличием узелковой формы пневмофиброза, обычно имеет более выраженную тенденцию к прогрессированию и значительно чаще сочетается с туберкулёзом лёгких.

При асбестозе развивается в основном интерстициальная форма пневмофиброза, который нередко наблюдается в сочетании с хроническим бронхитом, а иногда и с бронхогенным раком. Поэтому, принимая во внимание «пылевой» стаж работы, состав производственной пыли и особенности клинко-рентгенологической картины заболевания, дифференциальная диагностика различных видов пневмокониоза не представляет трудностей.

Если у лиц, длительно работающих в условиях воздействия пыли, обнаруживается диссеминированный процесс в лёгких, необходимо иметь в виду возможность развития не только пневмокониоза, но и некоторых других непрофессиональных заболеваний: диссеминированного туберкулёза лёгких, медиастинально-лёгочной формы саркоидоза, диффузного фиброзирующего альвеолита, карциноматоза лёгких, атипичных пневмикозов, грибковых поражений лёгких при ВИЧ-инфицировании. Пневмокониозы иногда приходится дифференцировать от некоторых форм системных заболеваний: ревматоидного артрита, гранулёматоза Вегенера, волчаночного васкулита лёгких и др.

В этих случаях особенно важно учитывать своеобразие клинической картины указанных заболеваний. Необходимо исследование ФВД, проведение фибробронхоскопии, стандартной рентгенографии лёгких, рентгеновской томографии, КТ, МРТ (при подозрении на сосудистый генез изменений в лёгких), специфических лабораторных исследований. В особо сложных случаях для уточнения диагноза проводится биопсия лёгочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов.

При дифференциальной диагностике важно учитывать клиническую симптоматику соответствующих заболеваний.

Саркоидоз следует считать системным заболеванием мезенхимы, при котором поражаются все органы и ткани и наиболее часто лёгкие, печень, селезёнка и лимфатические узлы. Гистоморфологическая картина саркоидоза представлена неказеозными эпителиоидно-клеточными гранулёмами, состоящими из эпителиоидных клеток с примесью макрофагов, лимфоцитов и гигантских клеток в большинстве случаев типа Лангханса, реже типа инородных тел. Лимфоцитарная манжета вокруг гранулёмы истончённая. В отличие от пневмокониоза при саркоидозе гранулёматозные изменения в лёгких наблюдаются при отсутствии контакта с фиброгенной пылью на работе.

При рентгенологическом обследовании корни лёгких с полициклическими очертаниями, усиление рисунка с возможным формированием узелковых образований начинается с прикорневой локализации с возможным распространением их в динамике на медиальные и периферические поля лёгкого. При силикозе II стадии узелковые образования сосредоточены в большей мере в кортикальных отделах обоих лёгких.

(Окончание следует.)

Сергей БАБАНОВ, заведующий кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

Самарский государственный медицинский университет.

Дифференциальная диагностика пневмокониозов диссеминированными лёгочными заболеваниями другой этиологии

Заболевание	Клинические проявления	Рентгенологическая картина	ФВД	Изменения в периферической крови	Морфологические признаки
Пневмокониозы (силикоз)	Одышка, кашель, боли в грудной клетке, ЛУ не увеличены, медленно прогрессирующее течение	Диффузно-интерстициальный фиброз, узелковый или узловой процесс. Мономорфные тени	Нарастание рестриктивного типа нарушений	Отсутствуют	Узелки с частицами пыли (SiO ₂) внутри и фиброзными кольцами вокруг
Диссеминированный туберкулёз	Интоксикационный синдром. Могут быть кашель, выделение в мокроте МБТ, кровохарканье, боли в грудной клетке	Тени полиморфные. Могут быть интерстициальные изменения и увеличение ЛУ	Рестриктивные и obstructивные нарушения разной степени	Лейкоцитоз и лимфо-и моноцитоз, увеличение СОЭ	Туберкулёзные бугорки, состоящие из клеток: эпителиоидных, лимфоидных, Пирогова – Лангханса с казеозом
Саркоидоз	Чаще бессимптомное начало, при прогрессировании появление субфебрильной лихорадки, слабости, ноющей боли за грудиной	Увеличение прикорневых ЛУ, реже парабронхиальных, трахеобронхиальных. Появление крупнопятнистого рисунка в прикорневых и мелкопятнистого в средних зонах, а также мелких очаговых теней	Смешанный тип нарушений в зависимости от выраженности процесса	Абсолютная лимфопения	Эпителиоидно-клеточная гранулёма (все клетки туберкулёзного бугорка без казеоза)
Экзогенный аллергический альвеолит	Озноб, повышение температуры тела, одышка, кашель, боли в грудной клетке, мышцах, суставах	Усиление лёгочного рисунка за счёт интерстициального компонента, суммация этих теней создаёт картину милиарных очагов	В острой стадии – obstructивные изменения, при хронизации – рестриктивные	Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ	Эпителиоидно-клеточные гранулёмы
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	Одышка при остром прогрессирующем течении, лихорадка, похудение, боли в грудной клетке, мышцах, суставах	Усиление и деформация лёгочного рисунка, интерстициальный фиброз, «сотовое лёгкое»	Прогрессирование рестриктивного типа нарушений, эмфиземы	Колебания от нормальных показателей до выраженных нарушений	Уплотнение и утолщение межалвеолярных перегородок, облитерация альвеол и капилляров фиброзной тканью
Лимфогранулёматоз	Общее недомогание, лихорадка	Увеличение лимфоузлов средостения, чаще с образованием конгломератов. В лёгочной ткани интерстициальные и инфильтративные изменения	Obstructивный тип нарушений	Увеличение СОЭ, лимфопения, эозинофилия	Гранулёмы, клетки Березовского – Штернберга

Примечание. ЛУ – лимфатические узлы; МБТ – микобактерии туберкулёза.

Ещё с библейских времён мы слышим: «Врач, исцели самого себя!» Афоризм напоминает о том, что необходимо сначала самому избавиться от пороков и недостатков, которые обнаруживались в других. Прежде чем кому-то что-то советовать, нужно научиться исправлять собственные ошибки. Относительно профессиональной медицинской деятельности – это призыв сохранять и поддерживать собственное здоровье. Только тогда мы будем иметь моральное право учить здоровому образу жизни пациентов. Постараемся же не фарисействовать и откровенно поговорим об очень личной и щекотливой теме – сексуальном и репродуктивном здоровье нашей молодёжи.

Врач, дискредитирующий свою профессию

Вполне понятно: если доктор курит, то пациенты не воспримут его слова о вреде курения. Он просто выглядит лжецом и дискредитирует себя в глазах слушателей. То же самое относится ко многим другим негативным моментам поведения, когда неблагоприятные поступки или вредные пристрастия противоречат правильным по сути призывам. Вот почему общество истари предъявляет к врачу особые требования и обязывает его вести пациентов за собой личным примером.

Раньше господствовал сугубо физиологический взгляд на человека как на объект для медицинских манипуляций. Современная медицина становится холистической (целостной) и рассматривает личность как единое целое, единую систему (дух, душа, тело), не замыкаясь только на организме или психике. Категория человеческого духа становится весьма значимой. Поэтому выделяют три вида здоровья: физическое, психическое и духовное.

Физическое – зависит от двигательной активности, рациональности питания, соблюдения правил личной гигиены и безопасности, оптимального сочетания умственного и физического труда, умения отдыхать, отказа от вредных привычек. Психическое – обусловлено душевным комфортом и оптимальным эмоциональным фоном, которые обеспечивают адекватную регуляцию поведения, удовлетворение необходимых потребностей и способность преодолевать сложные обстоятельства. Духовное – определяется нашим мышлением и отношением к себе и окружающему миру. Это умение найти и реализовать истинный смысл жизни, своё предназначение, быть в согласии с собой, родными и друзьями, хранить чистоту совести, исполнять нравственные предписания и т.д. Верующие люди добавляют к этому соблюдение религиозных заповедей, близость к Богу...

С духовным тесно сопряжено социальное здоровье – система ценностей, установок и мотивов поведения среди людей, обусловленная уровнем нашей культуры, воспитания и образования.

А что же наши родные студенты-медики?

В солидном, ВАК-рецензируемом научном журнале «Инфекционные болезни» (№ 1, 2016) опубликована статья Юлии Гришиной, Юрия Мартынова и Евгении Кухтевич «Модель сексуального поведения молодёжи». Публикации предшествовало исследование, весьма тщательно проведённое этими сотрудниками кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Материал интересен нас потому, что в 2012-2014 гг. методом анонимного анкетирования студентов 5-го и 6-го курсов лечебного факультета была изучена «модель сексуального поведения учащейся молодёжи с учётом рисков заражения инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), и ВИЧ-инфекцией». Разработанная анкета включала вопросы, позволяющие выявить риски сексуального поведения. Предстояло оценить влияние этих моделей поведения на реализацию полового пути передачи ИППП и ВИЧ-инфекции.

Итоги исследования здоровья студентов-медиков неутешительны. Вдумаемся в сухие статистические цифры. Приверженность модели рискованного сексуального поведе-

половым путём произойдёт в том случае, если уменьшатся количество и частота смены партнёров.

Ускорение морального падения

Эпидемия венерических заболеваний, вирусных гепатитов и ВИЧ/СПИДа объясняется многими социально-экономическим и психо-

Не забывая о нравственных нормах

Высокие требования к своим личным качествам неотъемлемы от стремления сохранить здоровье и соблюдать гигиену. Поэтому нравственный уровень человека в определённой степени служит мерилем здоровья. Так, моральная

тивному здоровью! В один прекрасный день тебе захочется дать начало новой жизни, создать семью и вырастить прекрасных детей. Не упусти эту возможность!»

Во главу угла

Справедливости ради отмечу, что положительный опыт работы с молодёжью имеется и в МГМСУ

Точка зрения

Психология нездоровья

О личной и профессиональной жизни студентов



Сегодня в студенческих аудиториях будущим врачам тоже надо учиться, как вести пациентов за собой личным примером

ния выявлена у трети (!) респондентов. Половой дебют практически у каждого второго приходился на 16-18 лет. Среднее количество партнёров с начала половой жизни у мужчин было 4,8, а у женщин – 3,5. Принимая во внимание кумулятивный эффект, на связь не менее чем с тремя партнёрами приходилось 60,3% опрошенных, то есть более половины. А каждый пятый вступал в контакты не менее чем с 6 партнёрами. При этом удельный вес студентов, имеющих 5-6 партнёров с начала половой жизни, среди мужчин составил 15,6%, а среди женщин – 15,3%. Случайные сношения в течение последнего года имели 11,9%, а постоянного партнёра – всего лишь 6,7% человек.

Налицо негативная тенденция роста опасности заражения социально значимыми инфекциями. Свыше половины (!) опрошенных имели в анамнезе заболевание, передающееся половым путём, причём во время болезни 32,8% вступали в половые контакты и в 20% случаев не использовали профилактических средств защиты.

Вот такая культура сексуальных отношений и забота о репродуктивном здоровье! Обратим внимание, что в данном исследовании речь идёт не о новичках в медицине, а почти о выпускниках престижного вуза. Они прошли или проходят обучение на профильных кафедрах (например, акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, урологии). Что же говорить о наших старшеклассниках и учащихся не медицинских образовательных учреждений?! Риску предположить, что в этом плане они ещё безграмотнее!

Согласно выводам авторов статьи, на первое место выходит не внутривенный, а именно половой путь передачи возбудителя ВИЧ-инфекции. Возраст сексуального дебюта снижается, и добрые отношения становятся нормой. Выявленные изменения модели поведения современной молодёжи важно учитывать при разработке и проведении программ профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа. Снижение распространения ВИЧ-инфекции

логическими факторами. При этом всё большее значение приобретают духовно-нравственные причины. Перечислю некоторые.

При легкомысленном равнодушии к болезням, получаемым от заражённых партнёров, люди безудержно стремятся к удовольствию по принципу: «Возьми от жизни всё!», «Не дай себе засохнуть!». Психология нездоровья примитивна: «Надеемся на русский авось»; «Наслаждения – сегодня, лечение – завтра». Прямо скажем: незатейливый менталитет, совсем не обременённый знаниями и ответственностью. Но так рассуждают будущие врачи! Разве это не страшно? А вы доверились бы доктору с таким клиническим мышлением?

Конечно, молодому, личностно неокрепшему человеку трудно устоять перед соблазнами и идти наперекор социальным стереотипам, беззащитно навязываемым многими СМИ. Пропаганда беспорядочной сексуальной жизни делает популярными смену партнёров, свободу аборт, незащищённый секс и нетрадиционные отношения, являющиеся питательной средой для «прилипчивых» и порой неизлечимых заболеваний. Серьёзная причина «венерического бума» – интернет-сайты для быстрого секса без всяких обязательств. Зачастую люди знакомятся и вступают в близость сразу же, минуя «классические» стадии общения и возможность лучше узнать друг друга... В этом плане они скорее не виновники, а жертвы обстоятельств.

Безусловно, это касается и медицинской молодёжи. Если будущие врачи неспособны сохранить собственное здоровье, то как они смогут давать грамотные рекомендации пациентам? Вот это и есть: «Врач, исцели самого себя!» Итак, дисциплина в лечении ИППП и ВИЧ/СПИДа имеет огромное социальное и моральное значение. Следование врачебным рекомендациям из вопроса о личном выборе человека превращается в вопрос сохранения общественного здоровья. Вполне понятно: действия больного могут наносить ущерб другим людям.

неустойчивость ведёт к нездоровому и даже асоциальному образу жизни. Студентам-медикам обязательно надо знать, что нарушение нравственных норм – мощный фактор риска возникновения зависимого поведения (например, наркомании, алкоголизма) и инфекций (венерических, папилломавирусной, гепатита, ВИЧ/СПИДа и др.). А соблюдение нравственных норм – основа подлинно здорового образа жизни и развития зрелой гармоничной личности.

Врачу-профессионалу не нужно доказывать то, в чём сомневается молодёжь: если много половых партнёров, то и много риска, независимо от средств защиты. А при нормальных супружеских отношениях риск заразиться минимален. При этом никакой контрацептив стопроцентно не гарантирует от наступления беременности и заражения заболеваниями, передающимися половым путём. Наибольшему риску подвергаются люди, вступающие в беспорядочные связи, и представители ЛГБТ-сообщества.

Первопричины ИППП и ВИЧ/СПИДа находятся в ядре личности и глубинах психики. Экзистенциальные проблемы, потеря смысла жизни, явное или скрытое нарушение нравственных законов и ценностных ориентаций приводят сначала к духовному и эмоциональному кризису, а потом – к соматическому заболеванию. Связь физического, психического и духовного в человеке прочна и взаимна. Поэтому болезнь какого-либо органа может ещё сильнее подорвать общее эмоциональное состояние, нарушить мышление и поведение. За примерами, увы, далеко ходить не надо: алкоголизм – печень – психика – деградация личности.

Медико-психологическая профилактика ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов и венерических заболеваний бессмысленна без духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения и морального оздоровления общества в целом. Даже самые совершенные технологии, огромные финансовые средства на лечение и строгие полицейские меры не смогут спасти общество, теряющее нравственные устои. Главное – понимание значимости традиционных моральных ценностей и пропаганда ответственного, здоровьесберегающего поведения.

Так, в декабре 2006 г. Департамент здравоохранения Москвы, комиссия по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской Думы, а также Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом организовали социальную кампанию «Простые правила против СПИДа». Вот некоторые из них: «Настоящие чувства и верность любимому человеку – естественная защита от СПИДа»; «Жизнь дороже мгновения сомнительного удовольствия! Даже один раз попробовав наркотик, или вступив в половой контакт с незнакомым партнёром, ты рискуешь получить неизлечимое заболевание и потеряешь всё, что тебе дорого»; «Безопасного секса не бывает»; «ВИЧ и другие инфекции, передающиеся половым путём, – угроза твоему репродук-

им. А.И.Евдокимова. Сердечно желаю успехов на этом благородном поприще кафедре ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития». Её заведующий, доктор медицинских наук, профессор Константин Гуревич, заведующий учебной частью, кандидат медицинских наук, доцент Дмитрий Пустовалов и другие сотрудники в течение многих лет на высоком профессиональном уровне проводят лекционные и семинарские занятия. Студентам доходчиво объясняют правила формирования здорового образа жизни, предоставляют актуальную информацию по проблемам личной гигиены, экологии, рационального питания, двигательной активности, вредных привычек, контрацепции, безопасного секса и т.д. Кроме того, коллективом кафедры в соавторстве с сотрудниками профильных кафедр МГМСУ издано немало учебников, учебно-методических пособий и научных статей, имеющих просветительское значение.

Плодотворные и насыщенные мероприятия организуют также члены студенческого профкома под председательством Андрея Костина и отдела по воспитательной работе под руководством Анны Попковой и Валерия Огарёва.

Тем не менее, считаю актуальным и своевременным разработку и внедрение специального образовательного модуля на тему, посвящённые нравственным и психологическим основам здорового образа жизни, просветительской деятельности врача по профилактике заболеваний и реабилитации пациентов. Необходима коррекция профилактических и просветительских программ с целью формирования безопасной модели сексуального и репродуктивного поведения.

По мнению опытного врача-педагога, президента нашего университета, академика РАН Николая Ющука, воспитательная работа в медицинских и фармацевтических вузах сейчас не на должной высоте. Конечно, можно отчитаться, сколько раз выступили представители Церкви, сколько проведено иных воспитательных мероприятий. Но это формальный подход. Такие инициативы полезны лишь тогда, когда «западают в душу» и доходят до сердца. Воспитательная работа должна постоянно вестись каждой кафедрой вуза...

Хотелось бы завершить на оптимистической ноте, хотя реальность не даёт особых оснований для радости. У нас много врачей, но мало докторов; много специалистов, но мало профессионалов; много преподавателей, но мало педагогов. И пока мы не уразумеем значения духовно-нравственных аспектов в жизни, образовании и работе наших коллег, положение в лучшую сторону не изменится! Так не пора ли камню, который отвергли строители, занять законное место – стать краеугольным?

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Амбулаторная тривиальность

76-летний столичный житель в феврале 2014 г. обратился за медицинской помощью по месту жительства – в московскую городскую поликлинику № 5. На руках у пациента было несколько выписных эпикризов из различных городских стационаров. Из этих документов следовало, что пожилой мужчина имеет серьёзные проблемы с сердечно-сосудистым компонентом здоровья. Так, в 2012 г. больной находился на стационарном лечении по поводу острого передне-бокового инфаркта миокарда, а также постоянной формой мерцательной аритмии в тахисистолическом варианте на фоне артериальной гипертензии 3 стадии.

В этой связи он был взят на динамическое наблюдение у районного кардиолога с диагнозом: «Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения 2 ФК, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), передне-боковой инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST от 2012 г., осложнённый тромбированной верхушкой в остром периоде. Постоянная форма фибрилляции предсердий, АГ 3 ст.». Больной получал терапию бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, дезагрегантами, антикоагулянтами и статинами.

Пациент неоднократно осматривался терапевтом и кардиологом. Проведена экспертиза нетрудоспособности, в результате которой была установлена II группа инвалидности. На фоне проводимой терапии приступы стенокардии не рецидивировали, ЭКГ – без отрицательной динамики, АД стабилизировалось на уровне 125/75 мм рт.ст., достигнут целевой уровень МНО. В дальнейшем пожилой москвич проходил УЗДС сонных артерий, в результате которого был выявлен 70-процентный стеноз правой внутренней сонной артерии. Был консультирован неврологом. Рекомендован УЗ-контроль брахиоцефальных артерий, консультация ангиохирурга. Наряду с этим кардиологом был поставлен вопрос о консультации специалистами Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Москвы (НПЦИК) для решения вопроса проведения ангиографии перед выполнением каротидной эндоартерэктомии.

По данным выписки из НПЦИК – выписан без рецидивов ангинозных болей с диагнозом: «ИБС, ПИКС, постоянная форма мерцательной аритмии, многососудистое поражение коронарных артерий, стенозирование брахиоцефальных артерий, АГ 3 ст.». При проведении диагностической коронароангиографии (КАГ) выявлены множественные атеросклеротические изменения венечных артерий. Поставлен вопрос о проведении аортокоронарного шунтирования (АКШ). Назначена консервативная терапия и наблюдение у кардиолога и сосудистого хирурга по месту жительства.

Осмотрен районным неврологом. Заключение: цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия головного мозга, вестибулоатактический синдром, атеросклероз брахиоцефальных артерий. Рекомендовано повторное УЗД-сканирование венечных артерий головы и шеи, в результате которого отрицательной динамики отмечено не было. На повторный приём к неврологу не явился. В дальнейшем больной на связь не выходил. На звонки из поликлиники не отвечал. Дверь участковому терапевту не открывал.

Его величество – инсульт...

22 февраля нынешнего года в 12:00 пациенту была вызвана бригада скорой помощи. При осмотре докторами «03» жалоб не предъявлял из-за речевых

Клинический разбор

Без шансов на выживание? Или когда все усилия докторов – тщетны

Современная клиническая медицина далеко не всегда может защитить человека от того или иного заболевания. Это обуславливается разными факторами: низкая комплаентность пациентов, не самая высокая профессиональная пригодность врачей, весьма наплевательское отношение больных к собственному здоровью, а также недостаточное развитие нынешней медицины для своевременной диагностики и адекватного лечения разных заболеваний. Тем не менее, летальные исходы вследствие последнего из перечисленных факторов, зачастую, вызывают академический интерес у медицинской общественности, то и дело выступая своеобразным уроком, что называется, на будущее. Да, родным и близким умершего от этого не легче, однако вынесение подобных клинических историй на широкое обсуждение профессиональной аудитории носит весьма позитивный характер.

Именно с целью предотвращения подобного рода «промахов» в качестве образовательной площадки выступила очередная московская городская клиничко-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения (ДЗМ) Москвы прошедшая, по традиции, под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.

расстройств. Анамнез был собран со слов родственников. Так, за полчаса до вызова «скорой» больной перестал разговаривать, развилась слабость правой руки и ноги. Ранее подобных проблем у пациента не было. Отмечалось повышение АД до 210/120, на ЭКГ – фибрилляция предсердий, гипертрофия и рубцовые изменения левого желудочка, данных за острый инфаркт миокарда (ОИМ) не было. В неврологическом статусе – soporозное сознание, афазия, правосторонняя гемиплегия и гипостезия, сглаженность носогубной складки справа, координаторные пробы не выполнял, менингеальные симптомы отрицательные. Диагноз – «ишемический инсульт». Пациент был незамедлительно госпитализирован в ГКБ № 5 ДЗМ.

В приёмном отделении стационара больной был осмотрен неврологом. Жалобы при поступлении самостоятельно не предъявлял. Анамнез был собран со слов жены. Из медицинской документации следовало, что пациент страдает ИБС и АГ, перенёс ОИМ в 2012 г., имеет гемодинамически значимый стеноз правой внутренней сонной артерии. Состояние было расценено как тяжёлое. Тоны сердца аритмичные. АД 180/100. ЧСС – 83 в мин. Асимметрия лица. Сенсомоторная афазия. Sopor. Там же, в приёмном отделении ГКБ № 5 была проведена КТ головного мозга, по результатам которой в правой затылочной доле определялся участок неоднородно-пониженной плотности с неровными и нечёткими контурами размером 25 x 11 мм. При рентгенографии органов грудной клетки – застойные явления в обоих лёгких, гипертрофия левых отделов сердца. УЗДС брахиоцефальных артерий и ЭКГ – без существенной динамики. В анализах крови обращали на себя внимание достаточно низкие цифры МНО – 1,32. У докторов сложилось впечатление, что пациент не принимал антикоагулянтные препараты, несмотря на заверения супруги.

Больной был госпитализирован в отделение нейрореанимации с диагнозом: «Нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии на фоне АГ». Тромболизис пациенту не был выполнен в связи с приёмом антикоагулянтов. В отделении проводились инфузионная и гипотензивная терапия, больной получил бета-блокаторы, антикоагулянты, дезагреганты и гастропротекторы.

На фоне проводимого лечения в отделении нейрореанимации по кардиомонитору у пациента на следующий день было выявлено нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы. Проведена ЭКГ, зафиксировавшая подъём сегмента ST, что было расценено как острый коронарный синдром. Был выполнен тропониновый тест. Результат – положительный. Дежурный терапевт заподозрил ОИМ. Была рекомендована консультация выездной кардиологической бригады, после визита которой больной в экстренном порядке был переведён в отделение кардиореанимации ГКБ № 70 ДЗМ.

Обречённый на гибель

При поступлении в ГКБ № 70: сознание – sopor, правосторонний гемипарез, в лёгких жёсткое дыхание с обеих сторон, двусторонние мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца аритмичные, ЧСС – 140/мин, АД – 100/60. Тропонин повышен. На ЭКГ – признаки инфаркта миокарда.

На основании осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, а также данных медицинской документации был поставлен следующий диагноз: «Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии, острый инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка, острая сердечная недостаточность».

Было принято решение о проведении диагностической КАГ, на которой выявлены диффузные изменения и стеноз передней межжелудочковой и огибающей артерий. Был собран консилиум из терапевта, кардиолога, эндоваскулярного хирурга, невролога и реаниматолога, в результате которого было принято решение о реваскуляризации поражённых сосудов. Проведена баллонная ангиопластика с последующей установкой стентов. Кровоток восстановлен. Сразу после проведённого оперативного вмешательства – положительная динамика по ЭКГ.

В отделении кардиореанимации больной был вновь осмотрен неврологом – без положительной динамики. Заподозрен повторный инсульт. Было рекомендовано проведение МРТ головного мозга по стабилизации пациента, которой, к сожалению, не последовало. На второй день пребывания в стационаре, несмотря на реанимационные мероприятия, дежурной бригадой БИТ была



констатирована биологическая смерть пациента.

Посмертный клинический диагноз: «Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии, острый повторный инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка, ПИКС, постоянная форма фибрилляции предсердий на фоне АГ 3 ст., кома, отёк головного мозга, поллиорганная недостаточность».

При патологоанатомическом исследовании был выставлен следующий морфологический диагноз: «Ишемический инфаркт головного мозга с геморрагическим компонентом на фоне гипертонической болезни. Отёк головного мозга».

Примечательно, что в данной ситуации был отвергнут широко распространённый в клинической практике постулат: «Всякая клиническая картина имеет свой морфологический субстрат». Выходит, что у пациента, несмотря на лабораторные и инструментальные признаки острого коронарного синдрома при секционном исследовании не было найдено «свежих» некрозов в сердечной мышце. Иными словами – патологоанатомы целиком и полностью исключили повторный инфаркт миокарда.

Заключение экспертов

Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом ДЗМ:

– Полагаю, что мои коллеги правы: у пациента не было повторного инфаркта. Вероятно, были незначительные ишемические повреждения, которые и выдали ложноположительную картину в анализах крови и на ЭКГ. Однако основной причиной смерти, вне всякого сомнения, является обширный инсульт. У этого пациента, с моей точки зрения, шансов выжить не было. И докторов-клиницистов ни в чём не обвинишь: у них были все данные за инфаркт миокарда, и только мы, морфологи, можем уже посмертно отвергнуть его.

Николай ШАМАЛОВ, заведующий кафедрой фундаментальной и клинической неврологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова:

– С моей точки зрения, этот пациент был обречён. К сожалению, поражение его мозга было несовместимо с жизнью. Нам следует больше внимания уделять профилактике инсультов, ведению таких больных на амбулаторном этапе.

Елена ВАСИЛЬЕВА, главный кардиолог ДЗМ:

– Я склонна к мнению, что повторного инфаркта не было. Гипердиагностика – налицо. Кроме того, пора уяснить, что так называемые «специфические биохимические кардиоферменты» отнюдь не всегда специфичны. Наряду с этим, с моей точки зрения, оперативное вмешательство на сердце в виде КАГ с последующим стентированием было совершенно не показано. Доктора перестраховались. Однако все мы имеем право на ошибку. Я согласна с коллегами: этот больной не имел шансов выжить.

Резюме председателя

– Коллеги, всё очень неоднозначно. Нам с вами нужно сделать правильные выводы из услышанного. Как известно, кардиальные осложнения весьма часто возникают у больных с инсультами. И наоборот: церебральные проблемы очень часто имеются у больных с инфарктом миокарда. Кроме того, «сердечные ферменты» далеко не всегда специфичны. Здесь надо быть крайне аккуратными.

К сожалению, больные с сосудистой патологией, ведутся участковыми терапевтами, а также поликлиническими кардиологами и неврологами на очень невысоком профессиональном уровне. В результате этого, зачастую, проводить системный тромболизис больным с инсультом слишком поздно. Главное, чего мы должны достичь – хорошего уровня профилактики ишемических инсультов. Средняя продолжительность жизни в нашей стране в целом и столичном регионе в частности – растёт. Как следствие – возрастает и число инфарктов мозга, от этого никуда не уйти. То, что наши терапевты и кардиологи не назначают антикоагулянтную терапию больным с ишемическими инсультами – позор. Если в амбулаторных картах пациентов с нарушением мозгового кровообращения мы не будем находить таких назначений, это будет расцениваться как профессиональная непригодность.

И ещё. В экономически развитых странах сердечно-сосудистые заболевания в структуре общей смертности уступили «пальму первенства» онкологии, что, несомненно, позитивно. У нас же пока этого не произошло. Так что давайте, уважаемые коллеги, стремиться развиваться в западном направлении, – завершил конференцию Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

В живописном месте парковой зоны Подмосквья, на берегу реки Клязьмы расположен санаторий им. Горького, история которого ведёт отсчёт уже 90 лет. Начинаясь он с Дома отдыха (декрет об организации был подписан ещё Лениным) как профилактическое учреждение для восстановления здоровья рабочих, женщин-матерей...

Взгляд в историю

Небольшие средства, отпущенные Минздравотделом и Моссомветом и энтузиазм тех, кто призван был организовывать новое дело, позволили в июле 1925 г. принять первых отдыхающих. Их было 165 человек – инвалиды войны и труда, бывшие красноармейцы и командиры. И первой обязанностью обслуживающего персонала было отмыть, накормить, обогреть, приютить людей. Ни одно научное учреждение не занималось тогда разработкой основ санаторно-курортного дела. Но сама жизнь подсказывала, с чего следует начинать. Прекрасные природные и климатические условия вместе с гигиеническим режимом, питанием и физкультурой, быстро возвращали людям здоровье и хорошее настроение.

В 1934 г. решением Мосздравотдела Дом отдыха им. Горького перепрофилируется в подростковый кардиологический санаторий для лечения и отдыха ослабленных детей в возрасте от 10 до 15 лет.

Война нанесла страшный ущерб санаторно-курортному хозяйству нашей страны. С августа 1941 г. санаторий им. Горького – госпиталь. А в октябре, в связи с приближением фронта к Москве, его эвакуировали, помещение переоборудовали под базу отдыха пилотов ночных бомбардировщиков (полковника Валентины Гризодубовой).

В послевоенные годы в санатории отдыхали и лечились работники Министерства иностранных дел. Здесь поправляли своё здоровье советские дипломаты Максим Литвинов, Александра Коллонтай, Валериан Зорин, Андрей Громыко.

Новый ансамбль санатория по проекту архитектора Ароновича был завершён в 1955 г. В результате реконструкции кочная мощность увеличилась со 145 до 200 коек. Трёхэтажный корпус с двумя крыльями был благоустроен. Декоративный двор стал наряден и выразителен. Белые колонны с карнизами, общий рисунок здания особо подчёркивали его парадность. Архитектурное сооружение удачно вписывалось в естественный ландшафт. В общий ансамбль входили и парковые скульптуры, изготовленные сотрудниками Музея изобразительных искусств им. А.С.Пушкина.

Со временем в санатории происходили перемены. Новый облик ему придали лечебный корпус, клуб-столовая, спортивный корпус с бассейном. Все эти сооружения соединены общими переходами со спальным корпусом. В 2014-2015 гг. после ремонта, полностью изменилась внутренняя планировка номеров, что позволило значительно улучшить обстановку, сделать комфортным лечение и отдых.

Новый этап

Сегодня санаторий предоставляет медицинскую помощь в рамках государственных гарантий (средства бюджетов – РФ, федерального и территориальных фондов ОМС) и иной приносящей доход деятельности, разрешённых российским законодательством. Это открывает широкие перспективы в развитии санатория.

В настоящее время санаторий им. Горького является со-

временным комплексом, где осуществляются мероприятия по медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля под руководством ведущих специалистов по реабилитации при заболеваниях сердечно-сосудистой системы – профессоров Давида Аронова и Марины Бубновой. В санатории проводится диагностика степени нарушения функций вследствие заболевания или повреждения пациентов, поступивших на реабилитацию, диспансеризация с целью профилактики развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, разработка программ

составляют для него персональную программу реабилитации и следят за её эффективностью и безопасностью.

Исследованиями доказано, что наиболее эффективной схемой лечения является проведение мероприятий по медицинской реабилитации, начиная с первых дней заболевания, продолжая их далее в реабилитационных стационарах или вне стационарных условиях до достижения определённых функциональных результатов. Такой подход отражён в национальных клинических рекомендациях по реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.

Ориентиры

В санаторий — на реабилитацию

Главный принцип здесь: чтобы люди выздоравливали



Главный врач Евгений Иванов

реабилитации и профилактических программ оздоровления при наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Особое внимание уделяется пациентам старшей возрастной группы, для которых мероприятия проводятся по индивидуальным программам в соответствии не только с заболеванием, но и с возрастом. Большое развитие получили антивозрастные программы реабилитации и поддержания функций пожилых пациентов.

Мероприятия по медицинской реабилитации предусматривают (приказ МЗ РФ № 1705 от 29.12.2012) три этапа, первый из которых проходит в специализированных кардиологических стационарах. После него пациенты направляются на медицинскую реабилитацию 2-го (модель стационарной реабилитации) и 3-го этапов (модель дневного стационара) в санаторий им. Горького.

На 2-й этап пациенты поступают непосредственно из стационара, по программе ОМС или самостоятельно за наличный расчёт. При этом они должны иметь необходимые документы на реабилитацию: направление, выписку из лечебного учреждения, лист нетрудоспособности, полис ОМС. Здесь они проходят полный комплекс реабилитации: диагностические исследования, реабилитационные мероприятия, куда входят лечебная физкультура, аэробные тренировки на тренажёрах, занятия по скандинавской ходьбе, физиотерапевтическое лечение, включая бальнеотерапию, массаж, беседы с психологом, медикаментозная терапия.

Больные находятся под постоянным ежедневным контролем мультидисциплинарной бригады, состоящей из врача кардиолога, психотерапевта, невролога, физиотерапевта, врача ЛФК, медицинского психолога, которые, исходя из проблем пациента,

Санаторий им. Горького предлагает своим пациентам «стандартные» программы реабилитации для 2-го и 3-го этапов, предусматривающие осмотр специалистов: кардиолога, психотерапевта, невролога, врача ЛФК, физиотерапевта, врача диетолога. Проводятся диагностические исследования: ЭКГ в покое, ЭКГ до и после нагрузок, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ и АД, тредмил, велоэргометрия, ЭХО КГ, ультразвуковое исследование сонных артерий, при необходимости УЗИ органов брюшной полости, почек, желчного пузыря.

Вся работа ведётся на современном оборудовании, включая биохимический анализатор reflotron, гематологический анализатор ДЧИ, на которых выполняются все необходимые



Здание центрального корпуса

прекрасная зона бальнеотерапии – водолечебница, где отпускаются ванны с широким спектром лечебных добавок, а также сухие углекислые, озонные, радоновые, вихревые ванны, души: циркулярные, веерные, Шарко, подводный душ-массаж, водный массаж «Акваарелакс»; теплотечение, включающее парафиновые и озокеритовые аппликации, сакскую грязь, грязь «Томед», позволяющие значительно повысить эффективность проводимой терапии и уменьшить лекарственную зависимость пациентов.

В санатории практикуются все виды ручного и аппаратного массажа. Для улучшения состояния отдыхающих широко используется аэроионотерапия, горный воздух, соляная пещера, ингаляции.

Выбор за пациентом!

Сегодня лечебная база санатория им. Горького позволяет оказывать весь спектр медицинских услуг кардиологического профиля, что привлекает пациентов из многих регионов России. По квотам Минздрава России в санаторий прибывают пациенты из 77 субъектов. В помощи здесь никому не отказывают, потому что предназначение здравницы – оздоровление россиян, возвращение к полноценной жизни.

Но не лечением единым привлекателен санаторий, хотя это – главная сторона его деятельности, которую, обеспечивают профессионалы-специалисты. Постоянно ведётся большая работа по совершенствованию медицинского обслуживания. Все специалисты имеют высшую категорию, два из них – степень кандидата наук (терапевт, физиотерапевт). Врачи обучаются в клинической аспирантуре в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины Минздрава России, в ближайшее время планируется защита двух кандидатских диссертаций.

Квалифицированные медицинские сёстры владеют всеми методами оказания медицинской помощи, проведения диагностических исследований и физиотерапевтических процедур. Весь средний медицинский персонал с большим опытом работы с первой и высшей квалификационной категорией. Коллектив отличается доброжелательным отношением к пациентам.

Обеспечением досуга отдыхающих занимаются профессиональные работники культуры. Проводятся экскурсии по интересным местам Москвы и Подмосквья, для проведения различных мероприятий приглашаются артисты, литераторы, художники.

В свои 90 лет санаторий им. Горького всё более хорошеет. Привлекательность его объясняется и продуманной политикой Минздрава России, в последние годы делающего очень много для развития своей здравницы.

Но кредо санатория – сохранить лучшие традиции и привнести новые, которые бы вывели его на современный уровень. Уверенные шаги уже сделаны – интернет во всех корпусах. Следующий этап – компьютеризация всех без исключения врачебных кабинетов. Это тоже будет работать на статус всероссийской здравницы, где в полной мере обеспечено качество лечения и обслуживания.

Выбор за пациентом!

Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Московская область.



Комплексное обследование сердечно-сосудистой системы пациента

виды исследования – гематологические, общеклинические, биохимические. При необходимости определяются белки острой фазы воспаления: тропонины, миоглобин, Д-димер, КФК МВ-фракция и натрийуретический пептид.

Предметом особой гордости санатория являются службы лечебной физкультуры, оснащённые современными кардиотренажёрами: велотренажёрами (системы, kardiomed 700 proxomed), силовыми кардио-тренажёрами (compass proxmed), гидравлическими тренажёрами механической нагрузки (proxomed), и физиотерапии (лазеротерапия, магнитотерапия), с использованием аппаратов «Рематера», «Рикелси», «Полимаг», «Амплипульс», «Ирга», «Милта», «Алмаг», «Тонус-1», оборудование для проведения дарсонвализации, УВЧ, электрофореза, ультразвуковой терапии, криотерапии, инфотерапии.

В ряду неврологической помощи, назначенной врачом, – рефлексотерапия, акупунктура, аурикулотерапия, проведение всех видов блокад при лечении болевых синдромов.

Психотерапевтическую помощь оказывают два высококвалифицированных психотерапевта, проводящие диагностическое и терапевтическое воздействия.

Помимо стандартных, разработаны эксклюзивные программы: «Снижение веса», «Антистресс», «Быстроход», «Жизнь после инсульта», «Свободное дыхание», «Здоровое сердце». В них дополнительно предусмотрено лечение с использованием: капсулы «Сан-Спектора 9000», сауны, «кедровой бочки», занятий на тренажёрах, плавания, аквааэробики и, при необходимости, другие диагностические исследования. Подробно с программами можно ознакомиться на сайте санатория.

Эксперименты

Путь к старческому слабоумию

Учёные из Нидерландов недавно заявили, что симптомы депрессии, проявляющиеся у пожилых людей и усугубляющиеся с течением времени, могут свидетельствовать о начале развития старческого слабоумия.

Для того чтобы прийти к подобному выводу, специалисты проводили тщательное изучение того, как именно развивается депрессия у пожилых людей, после чего предприняли попытки коррелировать это развитие с известными рисками. В ходе своих исследований они и пришли к вышеуказанным выводам.

Доктор Арфан Икрам, работающий в медицинском центре при Университете Эразма Роттердамского, убеждён, что те симптомы депрессии, которые ухудшаются у пожилого человека с завидной регулярностью, могут являться следствием, либо причиной развития деменции. Ещё до начала исследования все эти люди страдали от депрессии, однако признаки деменции не были обнаружены ни у кого из испытуемых. Нидерландские учёные проводили это исследование на 3 тыс. людей, возраст которых превышал 55 лет.

Так, к примеру, как деменция, так и депрессия, на самом деле, могут являться симптомами какой-либо достаточно серьёзной болезни. По словам доктора, это можно объяснить сразу несколькими факторами. Кроме всего прочего, депрессия может оказаться определённым этапом спектра, который в окончательном итоге приводит в деменции.

А у людей, которые страдали депрессией, но не на постоянной основе, а лишь время от времени, риск возникновения деменции составлял лишь 10%, согласно данным, полученным в результате проведённого исследования. Так, у порядка 20% людей, страдающих ухудшающейся депрессией, в процессе её всё-таки развивалась полноценная деменция. Кстати, повышенный риск возникновения деменции у пожилых людей оказался зависим от наличия у них признаков постоянно ухудшающейся депрессии.

Однако точно известно, что достаточно часто и первое, и второе возникают одновременно. А всё потому, что у каждого человека депрессия возникает и развивается абсолютно по-разному. Доктор Симон Репперманд из Университета Нового Южного Уэльса в Сиднее, убеждён, что для того, чтобы полностью понять связь между развитием депрессии с деменцией, необходимо провести ещё не одно исследование данного вопроса. Более того, некоторые люди и вовсе не подвержены депрессии, вне зависимости от того, в каком стрессе они бы ни находились. Следует отметить, что ни один учёный так до сих пор и не может сказать, в чём именно кроется истинная причина возникновения деменции, либо депрессии. Так, к примеру, следует обязательно изучить факторы человеческой жизни, окружающей среды, биологические риски, наследственные болезни и т.д. для того, чтобы сделать окончательные выводы по данному вопросу.

А вот американские учёные установили, что депрессия повы-

шает риск развития слабоумия. Исследователи наблюдали 949 человек в течение 17 лет. В начале изучения никто из них не имел симптомов деменции, но 125 человек (13%) страдали депрессией. К концу эксперимента средний возраст испытуемых составлял 79 лет. У 164 было диагностировано слабоумие, причём у 136 – болезнь Альцгеймера. Недуг поразил 22% тех, у кого в начале исследования была обнаружена депрессия, и 17% остальных. Иными словами, разочарование жизнью увеличило риск развития болезни на весомые 70%.

Десятилетний абсолютный риск возникновения деменции составил 0,21 для людей без симптомов депрессии и 0,34 – для людей с ними. На результаты не оказали никакого влияния такие факторы, как возраст, пол, образование и наличие гена APOE, связанного с болезнью Альцгеймера.

«Пока рано говорить о том, что депрессия приводит к слабоумию, но можно выделить несколько способов, которыми она может повлиять на развитие деменции, – поясняет автор исследования Джейн Сачински из Медицинской школы Массачусетского университета. – Например, при депрессии происходит воспаление мозговой ткани, увеличивается концентрация определённых белков в мозгу – всё это может способствовать слабоумию. Кроме того, длительная депрессия влияет на образ жизни: меняется отношение к диете, физкультуре и социализации – и это тоже повышает риск».

Данное исследование является одним из крупнейших и самым длительным из посвящённых связи между депрессией и деменцией. Предыдущие эксперименты дали противоречивые результаты.

Юлия ИНИНА.

По материалам Science, Lancet Psychiatry.

Исследования

Спорт и склероз

Группа учёных, состоящая как из теоретиков, так и из клиницистов Университета Базеля (Швейцария) провела исследование, в котором приняли участие 54 женщины, средний возраст которых составил 34 года. Все они страдали рассеянным склерозом.

Рассеянный склероз представляет собой аутоиммунное заболевание, в результате которого повреждается миелиновая оболочка нервных клеток. К сожалению, этиотропное лечение данной патологии на сегодняшний день отсутствует. Возможна лишь патогенетическая терапия,

направленная, главным образом, на профилактику так называемых «атак» столь серьёзного недуга, в результате которых формируются всё новые очаги демиелинизации.

Участниц эксперимента, который продолжался 8 недель, разделили на три группы: одни должны были заниматься йогой, другие – аквааэробикой, а третьи вошли в контрольную группу и не выполняли никаких упражнений. Вне зависимости от того, в какую группу попали женщины, они продолжали принимать назначенные им препараты и проходить курс лечения, не прерывая его. До начала эксперимента и после

его окончания женщинам было предложено ответить на вопросы анкеты, касающиеся симптомов заболевания.

Оказалось, что после окончания эксперимента у тех, кто практиковал йогу или выполнял водные упражнения, наблюдались существенные улучшения. Они реже жаловались на усталость, депрессию и парестезию, чем те, кто не занимался никакими упражнениями. Риск развития депрессии в контрольной группе оказался выше в 35 раз.

Исследователи считают, что занятия йогой и аквааэробикой стоит ввести в клиническую практику в качестве дополнительной терапии для пациентов с рассеянным склерозом.

Алина КРАУЗЕ.

По информации sciencedaily.com

Однако

Человек на «игре»

В новом исследовании приняли участие более 20 тыс. человек. Добровольцы ответили на вопросы о зависимости от компьютерных игр. Исследователи установили, что такая зависимость наиболее распространена среди молодых мужчин и тех, кто не состоит в романтических отношениях.

Зависимость от видеоигр оказалась связана с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), обсессивно-компульсивным расстройством и депрессией. По словам специ-

алистов, чрезмерное увлечение видеоиграми позволяет таким людям сбегать от проблем с психикой. С помощью видеоигр они пытаются бороться с психическим расстройством, спастись

от неприятных ощущений и успокоиться.

Кроме того, исследователи обнаружили гендерные различия. Так, у участников мужского пола чаще развивалась зависимость от онлайн-игр, азартных игр и просмотра порнографии, а у представительниц прекрасного пола – от соцсетей, текстовых сообщений и интернет-магазинов. Учёные надеются, что их выводы помогут выявить группу риска развития зависимости.

Сергей КРЫЛОВ.

По материалам The Times of India.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ НАТУРАЛЬНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ

// наличие РУ Росздравнадзора РФ // наличие декларации о соответствии

МАЛЫЕ ГРЯЗЕВЫЕ КУХНИ с грязевыми котлами объемом 60л, 80л, 100л в комплекте с дополнительным оборудованием и принадлежностями в зависимости от видов грязевых процедур и технологии грязелечения

Объем и количество котлов, дополнительное оборудование подбираются индивидуально, в соответствии с потребностями ЛПУ!



Котел грязевой с транспортной тележкой



Рабочий стол с раковиной



Кухня для разогрева теплоносителей



ВНИИМИ-ГРУПП

- сервисный центр (гарантия/постгарантия)
- бесплатное обучение

Москва, Москворецкая наб., д.2а. Тел.: (495) 797-3595, факс: (495) 698-59-22
e-mail: vniimi@vniimi.ru, сайт www.vniimi.ru

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| ✓ уролог | ✓ инфекционист |
| ✓ оториноларинголог | ✓ эндокринолог детский |
| ✓ эндокринолог | ✓ терапевт участковый |
| ✓ кардиолог | ✓ психиатр-нарколог детский. |
| ✓ педиатр участковый. | |

Предоставляется служебное жильё.

Официальный сайт: sovbozna.ru

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

8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.

Адрес: **ул. Гагарина, 62а, Советский, ХМАО-Югра 628240** (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovbozna.ru

Почему бы и нет?

Защитники мозга оказались его врагами

Учёные из Института Солка обнаружили белки, которые помогают держать головной мозг «в чистоте», убирая из него мёртвые нейроны. Ими оказались рецепторы специальных иммунных клеток, которые при некоторых нейродегенеративных заболеваниях, наоборот, начинают ускорять разрушение мозга.

Несмотря на то, что большинство нейронов центральной нервной системы остаётся с нами на протяжении всей жизни, в некоторых областях мозга они продолжают делиться и расти. Подобный процесс, называемый нейрогенезом, всегда сопряжён с появлением мёртвых или дефектных клеток, которые необходимо ликвидировать.

Роль мусорщиков играют клетки микроглии, которые составляют около 10% клеток в головном мозгу. Они также обнаруживают и уничтожают болезнетворные организмы, если те попадают в центральную нервную систему, которая при обычных условиях является стерильной. Известно, что для обнаружения дефектных клеток или инфекционных агентов, иммунным клеткам требуются специальные белки-рецепторы – Mer и Axl.

Исследователи проверили, имеются ли данные рецепторы

у микроглии, которые специализируются на уборке мозговых тканей от мёртвых клеток. Для этого они использовали генномодифицированных мышей, у которых были нокаутированы гены, отвечающие за синтез Mer и Axl. Учёные обнаружили, что в мозгу грызунов в этом случае начинали накапливаться мёртвые нервные клетки – в тех областях, где происходит нейрогенез.

Когда нейробиологи пометили новые нейроны, образующиеся в мышцах-мутантах, они смогли наблюдать, как клетки мигрируют к обонятельной луковице, отвечающей за восприятие запахов. В этой области мозга количество нейронов увеличилось на 70% по сравнению с нормальными мышами. Это указывает на то, что клетки микроглии уничтожают не только мёртвые нейроны, но также и живые, возможно, с нарушенными функциями.

Когда рецепторы удалили у лабораторных мышей, страдающих болезнью Паркинсона, то учёные к своему удивлению обнаружили, что продолжительность жизни животных увеличилась. Исследователи объясняют это тем, что клетки микроглии во время заболевания начинают уничтожать больше нейронов, чем нужно, фактически ускоряя болезнь.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Nature.

Ракурс

Лекарства «заговарят» и на русском

Правительство Эстонии выделит 400 тыс. евро на перевод инструкций к безрецептурным препаратам на русский и английский языки. Данный проект будет реализован в течение 4 ближайших лет.

«У нас много пациентов, которые владеют эстонским языком недостаточно для того, чтобы понять сложные медицинские тексты. Это увеличивает риск неправильного использования лекарств. Потому мы обеспечим в ближайшее время самые распространённые лекарства информацией на русском и английском», – сообщил в телеэфире министр социальных дел страны Евгений Осинковский. Согласно действующему законодательству, инструкции к импортным препаратам должны быть переведены на эстонский.

Как известно, около трети населения современной Эстонии – русскоязычные жители. У пенсионеров, которые не владеют в полной мере государственным языком страны, возникают проблемы с чтением инструкций к препаратам. В позапрошлом году социал-демократическая партия и Партия реформ Эстонии подписали коалиционный договор, в соответствии с которым аннотации к лекарствам, продающимся на территории Эстонии, будут продублированы на русском, английском и финском языках.

Помимо этого, с будущего года эстонские работодатели получат возможность добровольно оплачивать второй и третий день больничного листа без выплаты социального налога. «Цель налогового послабления – мотивировать работодателей компенсировать первые дни больничного листа и беречь тем самым здоровье работников. Не секрет, что сегодня тысячи людей ходят больными на работу, чтоб не потерять в зарплате. Это неправильно, потому со стороны государства разумно сделать шаг навстречу работодателю и не рассматривать эти расходы как дополнительную льготу», – пояснил министр.

Как известно, в минувшем году ФАС России предложили ужесточить правила составления инструкций к препаратам, так как



из-за недостаточной жёсткости правил составления инструкций к лекарствам производители не только не придерживаются единых нормативов при описании действия препаратов с одинаковыми актив-

ными веществами, но и допускают отсутствие сведений о противопоказаниях и побочных эффектах.

Борис БЕРКУТ.
По информации sm.ee

Кстати

Торговля через интернет

Крупная сеть французских супермаркетов объявила о существенном расширении ассортимента лекарственных средств и парафармацевтической продукции, которые будут продаваться через принадлежащий ей интернет-магазин.

На данный момент в интернет-магазине представлены более 8 тыс. наименований товаров. «Виртуальная лавка» планирует пополнить список на 2 тыс. наименований лекарств и парафармацевтической продукции. Через интернет станут продавать гигиенические средства, косметику, средства для оказания первой медицинской помощи (дезинфицирующие растворы, ранозаживляющие средства, противовирусные медикаменты), а также средства фитотерапии и ароматерапии.

Генеральный директор сети супермаркетов, анонсируя запуск интернет-магазина, пояснил, что покупатели, приобретающие парафармацевтику и средства первой помощи, смогут при необходимости получить консультацию фармацевта по телефону.

Деятельность интернет-аптек во Франции была легализована 3 года тому назад, однако в нынешнем году Парижский апелляционный суд запретил работу одной из крупнейших французских интернет-аптек, мотивируя своё решение тем, что в онлайн-аптеке вместо фармацевтов и провизоров работали сотрудники без специального образования.

Разрешение интернет-продажи лекарственных препаратов вызвало волну негодования среди французских фармацевтов, ведь до сих пор этот бизнес был во Франции почти исключительно семейным и постоянным в него не пускали.

Новые технологии французские аптекари тоже осваивать не спешат. Согласно последним данным Антимонопольного комитета Франции, с 1 января прошлого года из 22 401 аптек только 301 начали развивать продажи лекарств через интернет-сайты, это всего лишь 1,3%. Власти призывают аптеки шире использовать новую форму продаж, чтобы придать отрасли новый динамизм.

Валентин СТАРОСТИН.
По информации Pourquoi docteur

Почему бы и нет?

Семилетняя Одри Нетери из американского штата Кентукки родилась с редчайшим заболеванием костного мозга – анемией Даймонда – Блекфена. Несмотря на недуг, она любит петь и танцевать, а её необычная внешность лишь помогла ей стать звездой в интернете. Девочка родилась недоношенной, с «заячьей губой» и проблемами с сердцем.

Девочка с анемией покорила мир танцами

Зумба пришлась ко двору

Больше всего девочка любит танцевать зумбу – танец, придуманный колумбийским хореографом Альберто Пересом. Тренировки зумбы представляют собой смесь фитнес-упражнений и движений под латиноамериканские ритмы, отличающиеся простой хореографией. В своём видео она исполняет суперхит англо-ирландского бойз-бэнда One Direction What Makes You Beautiful и эффектно танцует.

Первые видео с Одри и её отцом Скоттом, играющим на гитаре, появились больше года назад и привлекли более 3 млн просмотров. Всего её клип с отцом привлёк более 18 млн просмотров.

«Как любой другой ребёнок»

При этом девочка обычно позитивно воспринимает славу, обрушившуюся на неё в 6-летнем возрасте: по словам родителей, она рада, когда её узнают на улице и фотографируют. Её отец поддерживает увлечение дочери во всём и ведёт в Фейсбуке «фотокабинку Одри с анемией Даймонда – Блекфена», на которую подписаны более миллиона пользователей. С помощью забавных фото и видео девочки отец Одри надеется внести свой вклад в борьбу с апластической анемией аналогично тому, как с помощью флешмоба боролись с амиотрофическим склерозом.

Два года назад флешмоб с обливанием себя ледяной водой ради сбора средств на борьбу с этой болезнью, которой страдает, в частности, известнейший физик Стивен Хокинг, прогремел по всему миру. Сама семья Нетери активно поддерживает американский Фонд по борьбе с этой анемией. «Мы не получаем денег (от просмотров): всё идёт в фонд», – говорит отец девочки Скотт. Подавляющее большинство комментаторов, пишущих о девоч-

ке, высказывается о ней в крайне позитивных выражениях.

Лишь небольшое количество считает, что семья Нетери таким образом «пиарится» или пытается «сделать из дочери селебрити». Впрочем, Скотт относится к таким заявлениям философски. По словам родителей девочки, большую часть времени Одри проводит, как обычный счастливый ребёнок её лет: она хорошо учится в начальной школе, заводит друзей и вволю играет с куклами и мягкими игрушками.

Кровь и гормоны

Согласно различным подсчётам, в мире проживает всего от семисот до 1 тыс. людей с этим заболеванием.

Этот недуг, описанный генетиками Луисом Даймондом и Кеннетом Блекфеном в 1930-е годы, вызывает нарушения в составе крови, является причиной неправильного роста костей, а также провоцирует проблемы с сердечно-сосудистой и другими системами.

Всё это означает, что маленькой Одри необходимы регулярные переливания крови и уколы кортикостероидов. За свои 7 лет маленькая мисс Нетери уже перенесла около 20 переливаний крови.

У большинства пациентов, как и у новоиспечённой звезды интернета, анемию Даймонда – Блекфена диагностируют на первом году жизни. У многих из них при своевременно начатом лечении к совершеннолетию может наступить ремиссия.

В некоторых тяжёлых случаях пациенты решаются на пересадку костного мозга. При этом генетики недавно обнаружили мутации в белке, приводящие к подобным сбоям в организме, что даёт надежду на скорое появление более совершенной терапии.

Инна СЕРГЕЕВА.
По материалам BBC.

Гипотезы

Как известно, дружба полезна для здоровья. Люди, у которых много друзей, реже страдают деменцией и сердечно-сосудистыми заболеваниями, дольше живут и чаще находятся в хорошей физической форме. Новое же исследование свидетельствует о том, что дружба меняет восприимчивость к боли, повышая болевой порог.

...А имей 100 друзей

Группа учёных из США во главе с Катериной Джонсон провела исследование, в котором приняли участие 100 человек. Каждый из них рассказал о своём здоровье, самочувствии и образе жизни, а кроме этого предоставил информацию о круге друзей – количестве людей, с которыми они общались хотя бы раз в неделю и с теми, с кем приходилось контактировать раз в месяц.

После этого всем участникам было предложено выполнить упражнение – присесть напротив стены, согнув ноги под углом 90 градусов, и замереть так на максимально возможное время. Люди были разделены на несколько групп в зависимости от уровня физической подготовки.

Чем более социально активными были люди, то есть, чем больше людей включал их круг общения, тем дольше они могли выполнять приседание. Наиболее значимым оказалось количество людей во втором круге общения, в который входили те, с кем участники виделись ежемесячно. Исследователи связывают снижение чувствительности к боли с эндорфинами, вырабатываемыми при общении с друзьями и приятелями.

Учёные полагают, что полученные данные смогут использоваться при изучении депрессии и других состояний, приводящих к тому, что люди начинают избегать общения с другими.

Ян РИЦКИЙ.
По информации popsci.com

Открытия

Секреты грудного молока

Сотрудники Института физиологии Цюрихского университета опубликовали результаты исследования, которое показало, что человеческое грудное молоко является, вероятно, наиболее сложным по своему химическому составу молока млекопитающих. Грудное молоко человека содержит более двух сотен различных соединений сахара, что гораздо выше, чем, например, в коровьем молоке.

И большая часть этих сахаров предназначена не для питания новорождённого, а для развития его собственной иммунной системы, а именно той её части, за которую отвечает формирующийся у младенца кишечный микробиом. Дети изначально не обладают бактериальной системой в кишечнике, поэтому для её роста требуется молоко матери.

Кроме сахаров, женское молоко содержит высокое число анти-



тел и антипатогенных молекул, а также соединений, активирующих лейкоциты в крови ребёнка. Интересно, что состав грудного молока меняется со временем – например, спустя месяц после рождения ребёнка, когда у него появляется приобретённый иммунитет, уровень антител в молоке падает на 90%.

Разнообразие сахаров, при этом, тоже уменьшается, что компенсируется повышением части жиров и других необходимых для роста ребёнка питательных веществ.

Юлия КАРУС.
По материалам Trends in Biochemical Sciences.

История болезни

Синдром Аспергера — нарушение развития, характеризующееся трудностями социального взаимодействия, необычными интересами и стереотипными занятиями. Речевые и познавательные возможности при этом, как правило, остаются сохранными. Синдром часто сопровождается выраженной неуклюжестью (прежде её называли «мышечная дебилность») и обнаруживается у пациентов с любым интеллектуальным уровнем, но чаще он при синдроме Аспергера — выше, нежели в общей популяции.

«Психическая норма — это лёгкая дебилность»

Они не хотят лечиться, считая, что их состояние не является психопатологией, а представляет собой особый взгляд на мир. Порой они иронически относятся к людям, не имеющим аутистических проявлений психики, полагая их слишком обыкновенными, заурядными. Им близка фраза К.Ясперса о том, что «Психическая норма — это лёгкая дебилность». Они предпочитают свою экзотическую нишу, внутри которой имеют возможность заниматься тем, что подчас кажется нам ненужным или нелепым. Изучают языки мёртвых цивилизаций и языки программирования, играют в шахматы и литературные сюжеты, перебирают клавиши рояля и компьютера, что становится их персональным ритуалом, использующим клинический признак — в качестве опоры творческой судьбы. Их не беспокоит отсутствие собеседника, возможно, именно по этой причине они выбирают себе экзотические профессии.

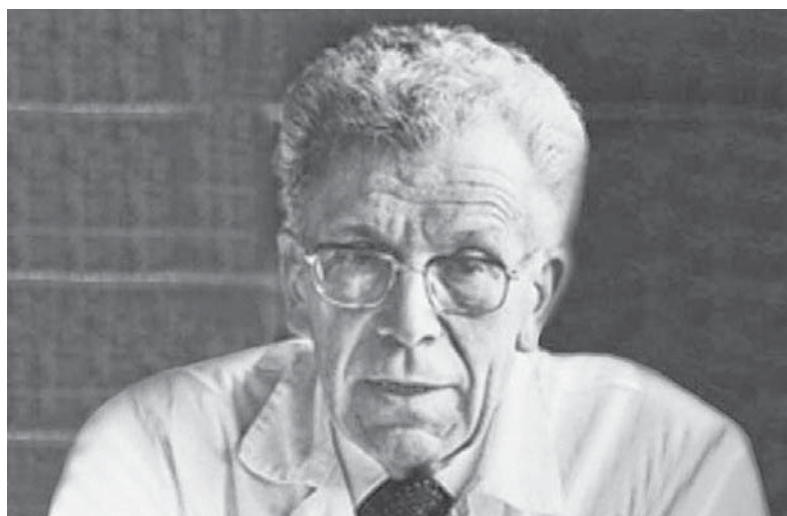
Они дорожат своей аутентичностью, уходя в мир неодушевлённых предметов, оказывающихся им ближе, чем живые люди.

Они изобретают свой язык, в котором иронически называют обычных людей — тех, у кого нет никаких нарушений аутистического спектра — «нейротипичными» (neurotypicals или NT), относя к этой категории людей лиц со средним интеллектом.

Себя эти «странные» — по мнению большинства — люди называют «аспи» (aspie), считая странными как раз тех, кто стремится лечить и вылечить их патологию. Aspie называют их curebies (от cure — лечить). Сами они считают аутистические нарушения сложными синдромами, а не болезнями и не согласны с тем, что существует некая эталонная конфигурация функций головного мозга, любая девиация от которой — суть патология. Они говорят о толерантности к тому, что именуют «нейроразнообразием» (neurodiversity). Даже их язык, используемый для коммуникации с социумом, постепенно обрастает неологизмами, которые оказываются непонятными для непосвящённых, но это обстоятельство их, как кажется, не слишком печалит. Они иронически улыбаются, подмигивая друг другу при редких встречах и — расходятся в разные стороны. Основные свои соображения они изложили, а дальнейшая коммуникация необязательна. В языке aspie отсутствуют слова «мы», «наш», «сообщество»...

Странные люди
с чертами гениальности

К этой категории многие относят А.Эйнштейна, Р.Фишера, Дж.Сэлинджера, Б.Гейтса



Ганс Аспергер

Альтернативный
когнитивный стиль,
а не патология?

Эти люди плохо понимают чужие жесты, интонацию, мимику, в силу чего затрудняются в интерпретации чувств, действий и мыслей окружающих. Им трудно выбрать тему беседы, начать и закончить разговор. Они плохо понимают шутки и метафоры, предпочитают им сухие логические конструкции. (Впрочем, чувство юмора у них есть, но оно сильно отличается от привычного остальных: можно вспомнить хотя бы их определение «NT»). У них богатое воображение, но им сложно представить потенциальный результат своих действий. Они испытывают трудности в поддержании дружеских отношений, плохо понимают неписанные нормы, замкнуты и отчуждены, в силу чего поведение их часто оказывается нелепым, неправильным, несусветным.

Этиология синдрома Аспергера неизвестна. Не исключается участие в его формировании генетической базы. Есть версия о том, что комбинация генов, соответствующая этому синдрому, возникла в ходе сравнительно недавней человеческой эволюции, когда в примитивных сообществах появилась категория социальных маргиналов — будущих aspie. Нет единой концепции терапии, данные об эффективности существующих методов противоречивы. Поддержка пациентов опирается на поведенческую терапию, адресуясь к коммуникационным способностям, навязчивым действиям, неуклюжести. Состояние большинства пациентов улучшается по мере их

взросления, но социальные и коммуникационные проблемы могут сохраняться.

Некоторые считают, что синдром Аспергера можно трактовать, как альтернативный когнитивный стиль, а не патологию, и его следует исключить из диагностических классификаций. В 2002 г. С.Барон-Козэн писал: «В социальном мире нет большой пользы от зоркости к деталям, но в мирах математики, вычислений, каталогизирования, музыки, лингвистики, инженерии и науки такая зоркость к деталям может превратить провал в успех».

Синдром педиатра и психиатра Ганса Аспергера, родившегося 110 лет назад под Веной.

«Чёрточка аутизма
необходима для успеха»

Ганс рос весьма замкнутым ребёнком. Он не мог глядеть в глаза собеседника, из-за чего выглядел букой и угрюмцем. Он часто говорил о себе в третьем лице. Аспергер скверно учился, хотя иногда удивлял окружающих тем, что вдруг — ни с того, ни с сего — начинал читать им наизусть стихи австрийского драматурга и поэта XIX века Фр.Грильпарцера, творчество которого характеризуется холодностью, отстранённостью, пессимизмом и горечью. При общих школьных неудачах окружающих удивляла и способность мальчика к языкам.

После гимназии Аспергер изучал медицину в Вене. Докторскую диссертацию он защитил в 1931 г., после чего устроился ассистентом в детскую клинику Венского университета, где с 1932 г. руководил лечебно-педагогическим отделением. В 1934 г. переехал в Лейпциг,

где работал в психиатрической больнице. Женится в 1935 г., отец пятерых детей.

Неизвестно, чем занимался Аспергер в начале Второй мировой войны. Позднее он служил военным врачом в Хорватии. В 1944 г. доктор опубликовал первое описание синдрома, назвав его «аутистическая психопатия». Он описал более 400 детей, имевших проблемы с интеграцией в социум. В гитлеровской Германии, где социально девиантные личности подвергались стерилизации, а психически больные уничтожались, Аспергер находил в себе мужество защищать своих аутистических пациентов: «Мы убеждены, что аутистичные люди занимают определённое место в организме социального сообщества. Они хорошо выполняют свою функцию, возможно, лучше, чем мог бы кто-то ещё, причём мы говорим о людях, которые в детстве испытывали величайшие трудности и вызвали несказанное беспокойство у тех, кто заботился о них». Он считал, что «Способные аутичные индивидуумы могут подняться до незаурядных позиций и добиться таких выдающихся успехов, что можно даже прийти к заключению, что только такие люди способны на определённые достижения». Доктор называл своих пациентов «маленькими профессорами», из-за их способности часами говорить о любимом предмете, упоминая мельчайшие детали. Аспергер верил в то, что некоторые из его пациентов окажутся способными к достижениям и оригинальному мышлению, ибо «Не всё, что отличается от остального, и, таким образом, является «аномальным», должно обязательно быть «хуже». Один из пациентов Аспергера, став преподавателем астрономии, нашёл способ решения ошибки в работе И.Ньютона, которую заметил ещё будучи студентом.

К категории aspie сегодня многие относят физика А.Эйнштейна, шахматиста Р.Фишера, пианиста Г.Гульда, литератора Дж.Д.Сэлинджера, предпринимателя У.Гейтса, программиста М.Цукерберга... Шерлок Холмс, если вспомнить особенности его личности, тоже был очевидным aspie: они умеют разгадывать чужие тайны и сохранять свои, закрываясь от посторонних, которыми считают прочих, — в самый интригующий момент, исчезая, оставив по себе лишь след тающей в воздухе улыбки, раздражающую neurotypicals своей неопределённостью и непонятностью... Аспергер писал, полемически заостряя проблему со-

четания таланта и психопатологии: «Кажется, что для успеха в науке или искусстве, чёрточка аутизма необходима».

С 1944 г. Аспергер работал в Венском университете, где в течение 20 лет занимал кафедру педиатрии. В конце войны он открыл детскую школу, которую уничтожила бомба. Большая часть ранних работ психиатра при этом погибла. Возможно, данное обстоятельство стало причиной задержки распространения идей Аспергера. В 1946 г. он стал директором Венской детской клиники (одной из его пациенток была будущая писательница Э.Елинек, лауреат Нобелевской премии 2004 г.), не прекращая работы до конца жизни: за 6 дней до смерти он ещё читал лекции.

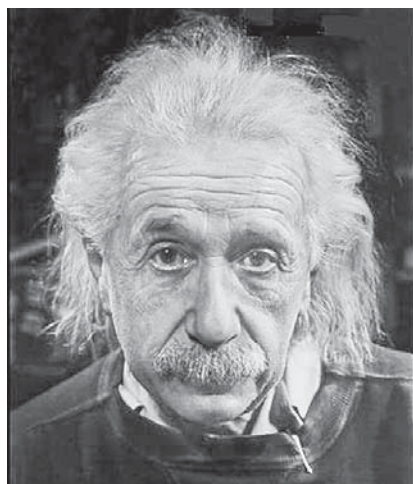
Г.Аспергер опубликовал 359 работ, главными темами которых были аутистическая психопатия и смерть. Его тексты выходили на немецком языке и мало переводились, поэтому вначале не пользовались большой известностью. О синдроме Аспергера специалисты заговорили лишь в 1990-е годы.

Кому бы ещё открылись эти секреты, потаённые от всех, как не человеку, научившемуся понимать многие наречия и уразумевшему, что язык — не обязательно средство общения (что хорошо известно дипломатам). Он может быть и средством уединения, особенно в тех случаях, когда им пользуется ограниченное число людей. И кто сказал, что язык нужен для выражения своих мыслей? Ведь слова так часто ведут себя подобно людям, произвольно искажая смысл, аллоично переставляя акценты, субъективно лукавя с интонациями, непоследовательно меняя контекст и уничтожая тем самым текст первоначальный. («Мысль изречённая — есть ложь!») Аспергер, вероятно, вспомнив собственное детство, отнёсся к языку, как к системе умолчания, и в этом парадоксальном тезисе ему открылись многие тайны.

Но даже среди своих детей-пациентов, которых, безусловно любил, ибо иначе просто не посвятил бы им жизнь, он оставался тем же человеком, — социально отстранённым, замкнутым и не слишком общительным, что видно и на его редких снимках: закрытая поза со скрещёнными на груди руками не оставляет сомнений в верности этой гипотезы.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Знаменитые больные



А.Эйнштейн



Р.Фишер



Дж.Сэлинджер



Б.Гейтс

На литературный конкурс

Умные мысли

Виктор МАКЕЕВ

Явление среди бела дня

Из рассказов моей соседки

Ох, что было вчера, что было!.. Является, значит, мой благоверный после всенощной. Нет, вы не подумайте там чего такого – не верующий он, не зря же его с рождения Фомой нарекли. Он у меня врождённый атеист. Это он просто всю ночь преферансился. С друзьями своими. С этим, как его, с Иван Денисычем – со строителем. Ну и строит он из себя, этот самый Денисыч!.. И с Потапычем. Который специалист по закрытиям. Нет, не вахтёром он трудится, и не в КПЗ. Он где-то там всякие открытия закрывает. Испокон веку. А четвёртым у них странный такой мужик – Занюханский. Это которому всё до лампочки, как мой благоверный говорит. Я только недавно узнала, что этот самый Занюханский где-то осветителем работает.

Так вот, является мой Лесаныч весь не в себе! Нет, после их всенощной ему вроде бы из себя выйти слабо. Но я вижу – не в себе мой муженёк. Озирается как-то и дышит не ровно, причём не на меня!

– Ты что это, – спрашиваю я, – всю зарплату, что ли, просадил?!

– Причём тут зарплата? – почему снова начинает озираться он. – Когда пришли...

– За тобой, что ли?! – пугаюсь я. – Кто?!

– Да не за мной, а к нам! – почти шёпотом сообщает он и осторожно так занавеску на окне сдвигает.

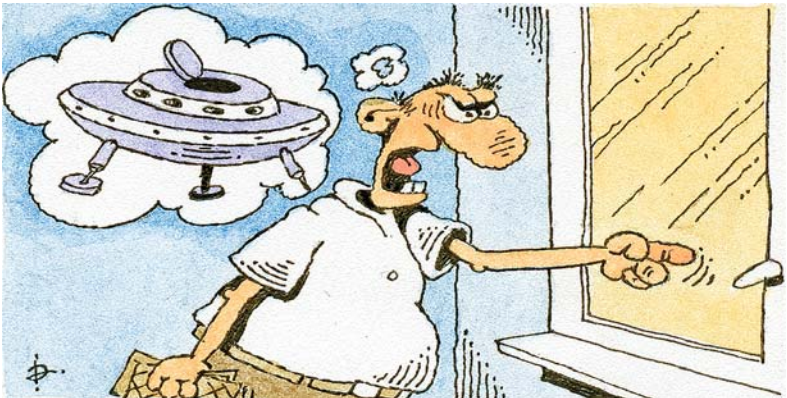
Ну, всё думаю, доигрался мой Лесаныч!

А он своё талдычит, мол, во дворе они уе.

Тогда я тоже выглядываю. Сумерки ещё, но вижу – батюшки-святые!.. – двое бредут к нашему подъезду... в скафандрах!

– Шпионы, чо ль?! – ахаю я.

Но Лесаныч начинает пальцем у виска крутить, у своего: – Ты что,



мать?! Какие шпионы? Пришельцы, блин!

Тут я тоже начинаю пугаться. А он говорит, что, похоже, они и к нам могут зайти. А что мы им тогда покажем?

– Вообще-то, можно показать... телевизор, – предлагаю я.

– Ты что?! – удивляется Лесаныч. – Это ты их напугать так хочешь? Они ведь тут же коньки отбросят! От наших триллеров, ужасиков и информационных программ!

– Отбросят... – задумываюсь я. – И не столько коньки, сколько копыта... Они же, вон, приглядишься, вроде бы рогатые. – И я ничего больше добавить не успеваю, как он говорит, что если эти пришельцы к нам вдруг попробуют заявиться, так можно тогда их тут же к нашему соседу отвести. К Скоробогатому. У него же «плазма» и полтыщи развлекательных каналов!

– Может, тогда, если что, так хоть коврик им мой покажем? Который я крестиком и ноликом вышивала? – предлагаю я. – Светка-соседка говорит, что это – чудо искусства!

– Да на кой им твой коврик?! – поражается Лесаныч. – Когда у них, наверняка, дома ковров-самолётов полно! Уж лучше мы тогда

их к другим соседям отведём – к Оглоблишвили. Вот у них ковёр, так ковёр! Бухарский! А не какой-то там китайский. Этот «бухарик» его ещё пропить не успел.

– Ладно, – соглашаюсь я. – Но можно ведь, если что, им и нашу машинку показать. Швейную. Подольскую. Раритет! Винтаж!

– Ну, ты, мать даёшь! – возмущается мой Лесаныч. – Эка невидаль – машинка. Если что и показывать, так уж тогда машину этого Бульмухамедзянова, который под нами. У него этот... датский сон. То есть «Датсон»! Настоящий японский! 240 в час даёт!

– А почему это мы что-то должны им показывать? – вдруг спохватываюсь я. – Может, лучше спросить чего?

– И спросим! Если нужно будет! – твёрдо заявляет мой благоверный. – Но показать что-нибудь надобно. Как гостям. Всё лучшее, что у нас есть! Чтобы составили, значит... впечатление. О нас, землянах!

– Давай всё-таки лучше спросим что-нибудь, – предлагаю я. – Какого-нибудь работа, к примеру. Настоящего мужика! Он же так нужен в доме!

И тут мой Лесаныч, не желая

слушать эти намёки на него, начинает кричать, что, мол, я ничего не смыслю... в межпланетных контактах. И, вообще, у меня, мол, ото всех этих вещей ГУМ за разум заходит!

А причём тут ГУМ, когда я в нём уже лет 15, а то и все 20 не была? По причине космических цен. И, вообще, обидно как-то... Но я сдерживаюсь и спрашиваю:

– А что если у них восточные обычаи, у этих пришельцев?

– Это, какие? – интересуется Лесаныч.

– Ну, вдруг им нужно дарить то, что понравится у нас?

– Э-э, нет! – отрезает супруг, а сам смущённо оглядывает нашу комнату и шепчет: – Ты вот что, мать, ты на всякий случай люстру-то сними. Всё-таки раритет – из чешского стекла. И иконку-то убери куда-нибудь. Дорогая... как память о бабушке с прабабушкой. Да и понять могут не так, то есть, совсем не поймут. Так что спрячь её от греха подальше!.. А так – чего нам бояться? Если даже попросят. Что нам стоит?.. К тому же, мы их сразу к соседям отведём.

Хотела я было сказать, что не нужно их, пришельцев этих, сразу к соседям. Лучше, мол, порасспросим, как там всё у них. И как к ним там относятся полицейские и чиновники, а также здравоохранение. А ещё попросим, чтобы они меня хотя бы от давления избавили, не говоря уже о камнях в почках у Лесаныча. Для них же это, наверняка, раз, а, точнее, два плюнуть!

Но только муженёк мой вдруг начинает кулаком стучать по подоконнику и что-то кричать.

Гляжу я в окно и вижу, что эти в скафандрах около будки копошатся. А заглядывать к нам и не думают.

– Газовики это какие-то, или даже «эмчээсники», – обиженно говорит мой Лесаныч и идёт отыгрывать свои потери на мизере. Благо, сегодня суббота.

Ну, а мне так жалко, так обидно становится, что не пришельцы эти сегодня к нам понаехали!.. Потому что уж я-то знаю, что попросила бы у них, кроме льгот на оплату ЖКХ. Ну, вы, наверное, сами догадываетесь, что... Или даже – кого...

Москва.

От политики до политиканства

- В деревне Глухих хорошо слышно, о чём сплетничают в городе.
- На даче – муж, в шкафу – любовник. У хорошей хозяйки – всё по местам.
- Дом без мужика, что дача без подружки.
- Если у тебя «корочки» – ты человек. Если у тебя кора – ты дуб.
- Мало быть умным, ум подложит санкционированию.
- Любовь – невидимые миру взрывы в сердце.
- Если твоя женщина счастлива, разберись – может это и не ты виноват.
- Внушал доверие в уши. Это вышло ему через разбитый нос.
- О погоде или хорошее, или – успокаивающее.
- Хоронили перспективного покойника. Могила копали на вырост.
- Домушники имеют профессиональное право смеяться над карманниками.
- У семи богов – четырнадцать атеистов.
- Каждый – часть человечества. Каждый, позабывая о самом себе, и человечество будет спасено.
- Каждая голова не против возглавить более престижное тело.
- Политика это власть, оружие и финансы. Всё остальное – политиканство.
- Что делать рабам, которые выполнили свою работу? Они начинают выполнять функции хозяина.

Талдом, Московская область.

Порт, Фин- ляндия					"Мар- тин ...", Лондон		Арсенал	СКАНВОРД										Зеле- нушка (рыба)						Саман	Металл																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	Фина- стерид	"Пти- цы", реж.		Дикло- фенак					Муз. знак						Обувь		Кольца вокруг тени	Алтай- ский баран		"Де- мон", перс.	Якут. котло- вина																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				Тимо- лол	Горное пред- приятие		Орато- рия Генделя	Город маяя		Шилдс		Дырав- ка	Приступ удушья		Сраже- ние			Нем. писа- тель																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Хват	"Кор- сар", перс.					Хват	Посе- ление у кхмеров					Требу- ет дока- затель- ства							Эйнар Бьерн- дален																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
				Нем. живо- писец				Дар (араб.)		Брат Европы					Удар (стар.)			Навес, настил																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Байбак	Живет в Ираке, Турции				Лента из марли				Дерево, шелк		Датский био- химик		Кобра	Звезд- скоп- ление, Рак					Вулкан, Япония																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			Прови- зия		Благо- родный газ			Родст- венник ракши					Певец Крис ...																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	Старин. страна, Суматра					Англ. астро- ном				Приток Оки																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Автор Валерий Шаршуков		"Солт", актриса		Амер. химик				Мало- кровие																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 29 от 27.04.2016.