Медицинская газета®

25 ноября 2016 г.
пятница
№ 89 (7709)

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

Современные технологии

Робот справился с аортой

Он помог новосибирским хирургам в сложнейшей ситуации

Так внушительно смотрится роботизированный хирургический комплекс

Новость с пометкой «впервые» пришла из Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина. Специалисты института сообщили о выполнении дебютной в России роботассистированной операции на брюшной аорте.

Первым пациентом новосибирских хирургов, который испытал на себе преимущества малоинвазивной аортальной хирургии, стал мужчина с хронической окклюзией бифуркации аорты. Целью оперативного вмешательства было восстановление кровообращения в нижних конечностях методом аорто-бедренного шунтирования.

– Мы выполнили обходное шунтирование с помощью двухбраншевого сосудистого протеза, по которому кровь из здорового отдела брюшной аорты, минуя окклюзированный участок, попадает в бедренные артерии, – пояснил руководитель группы эндовидеохирургии Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина кандидат медицинских наук Алексей Архипов.

По словам доктора, выбор именно этой тактики лечения – с применением роботизированного хирургического комплекса – был продиктован особенностями медицинского статуса пациента. Помимо основного заболевания, у мужчины выраженная степень ожирения и ряд других сопутствующих патологий, что было противопоказанием к выполнению операции открытым доступом.

По словам Алексея Архипова, Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина – единственное медицинское учреждение в России, где выполняют роботассистированные операции в сердечно-сосудистой хирургии. Да и за рубежом, по информации новосибирских хирургов, таких центров не более пяти.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ,
член-корреспондент РАН:
Механизм досудебного разбирательства при конфликтах по поводу качества оказания медицинской помощи будет запущен в ближайшие годы...
Стр. 4

Сергей РЕМИЗОВ,
председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы:
Надо ужесточить административную и уголовную ответственность лиц, совершивших противоправные действия в отношении медиков.
Стр. 5

Олег КИТ,
главный онколог
Южного федерального округа,
директор РНИОИ,
член-корреспондент РАН:
Зачастую выбор медучреждения лежит на плечах пациента...
Стр. 7

Тенденции

Большое маленькое счастье

Кемеровский областной клинический перинатальный центр им. Л.А.Решетовой уже в пятый раз отметил Международный день недоношенных детей. В числе приглашённых были семьи с детьми, родившимися маловесными до срока и выхоженными в центре. По случаю праздника они получили не только подарки: в этот день были организованы дополнительные приёмы врачей-специалистов по разным направлениям.

Выхаживание младенцев, родившихся с крайней степенью незрелости, – сложнейшая задача здравоохранения. В Кузбассе её решает областной перинатальный центр. Почти за 6 лет его работы здесь родилось 19 150 малышей, в том числе 2891 – недоношенный. Из них 334 ребёнка – с экстремально низкой массой тела (до 1000 г) и 481 – с очень низкой массой тела (от 1000 до 1500 г). В центре определены этапы их выхаживания: родильный зал, отделение реанимации новорождённых, отделение патологии новорождённых и детская поликлиника.

При поликлинике действует кабинет катамнестического наблюдения, где таких малышей до достижения возраста 3 лет регулярно наблюдают педиатр и «узкие» детские специалисты: невролог, хирург, травматолог-ортопед, иммунолог-аллерголог, кардиолог, офтальмолог со специализацией по ретинопатии недоношенных, сурдолог. Для оказания психологической помощи родителям в консультативный график включён психолог.

В настоящее время на дополнительном наблюдении находятся 1744 ребёнка. Все они регулярно проходят реабилитацию в дневном стационаре неврологического профиля, посещают психологическую школу развития семьи «Радуга жизни».

Совместно со специалистами Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы в перинатальном центре разработан и внедрён комплекс высоких медицинских технологий для оказания медицинской помощи недоношенным детям с ретинопатией (диагностика, лечение, динамическое наблюдение). К настоящему времени проведено уже 72 операции по сохранению зрения недоношенным детям с ретинопатией.

Кроме того, в Кемеровском перинатальном центре выполнено 189 операций по коррекции врождённых пороков развития. Внедрена программа лечения и реабилитации детей с поражениями центральной нервной системы и детей с бронхолёгочной дисплазией.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Ориентиры

Своих в обиду не дадим!

Это – девиз Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников

В феврале этого года в Государственную Думу РФ дважды были внесены законопроекты об ужесточении уголовной ответственности за нападения на работников скорой помощи. В результате этого предполагается усилить наказание тех, кто осмеливается поднять руку на приехавших оказать неотложную помощь.

В первом случае на рассмотрение в Госдуму поступили предложения дополнить Уголовный кодекс РФ тремя новыми составами преступления – посягательство на жизнь медработника скорой помощи, применение насилия в отношении таких работников, а также оскорбление. Посягательство на жизнь работников «скорой» предлагается наказывать заключением на срок от 12 до 20 лет либо пожизненным лишением свободы. Применение насилия в отношении врачей, если имеет место угроза их жизни и здоровью, должно повлечь наказание лишением свободы на срок до 10 лет. Оскорбление работников неотложки при исполнении своих обязанностей предлагается наказывать штрафом в размере до 40 тыс. руб., либо обязательными или исправительными работами. По другой инициативе, также поступившей в Госдуму РФ практически в эти же дни, за нападения на врачей неотложки просят привлекать к уголовной ответственности на тех же условиях, что и в случаях избиений или нанесений травм сотрудникам правоохранительных органов и представителям органов власти. То есть предлагается наказывать по ст. 318 УК РФ, по которой грозит лишение свободы на длительный срок.

(Окончание на стр. 10.)

Новости

Здесь дарят и жизнь, и здоровье

Служба родовспоможения Иркутской области сообщила о профессиональном достижении: выживаемость недоношенных новорождённых, которые появились на свет с экстремально низкой массой тела, в 2016 г. достигла 77%. В 2012 г., когда Россия начала работать по международным критериям живорождённости, этот показатель составлял в Приангарье всего 60%.

В Министерстве здравоохранения Иркутской области также сообщают, что благодаря отработке единой региональной модели оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи, в группе детей, родившихся с весом от 500 до 700 г, инвалидизируются только 15%, а в группе малышей с массой тела от 750 г до килограмма – лишь 7%.

– Ежегодно в Иркутской области рождается 190-200 недоношенных детей, что составляет 6-7% от общего числа новорождённых. В среднем по России этот показатель на уровне 4,5-5%, а в мире 9-10%, – уточняет главный неонатолог Иркутской области, заведующая отделением патологии новорождённых и недоношенных детей Регионального перинатального центра Татьяна Павлова.

На этом фоне Приангарье выглядит очень даже неплохо.

Елена ЮРИНА.

Иркутск.

Операция у кроватки новорождённого

В детскую городскую клиническую больницу № 5 Кемерово поступило уникальное видеоэндоскопическое оборудование. Оно позволит проводить хирургические вмешательства у новорождённых прямо в отделении, не транспортируя их в оперблок.

Эндоскопические операции существенно уменьшают саму хирургическую травму и гораздо легче переносятся пациентами. А кроме того, приносят ощутимый экономический эффект, сокращая сроки реабилитации больных и время их пребывания на койке.

За последние годы спектр и объём таких операций, выполняемых в ДГКБ № 5 Кемерово, значительно увеличился. Оперблок больницы оснащён пятью видеоэндоскопическими стойками. Это соответствует мировым стандартам и сокращает очерёдность на высокотехнологичную помощь.

Преимущество нового оборудования в том, что его видеокамера передаёт изображение с чёткой визуализацией и облегчает работу хирурга, позволяя проводить сложные реконструктивные операции на пищеводе, лёгких, диафрагме и даже головном мозге, в том числе у новорождённых.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Мосгордума озаботилась депрессиями

Для москвичей готовятся разработать памятку о том, как преодолеть сезонную хандру и не допустить депрессию. Об этом сообщил член Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской думы Леонид Зюганов. Депутаты могут рассмотреть этот вопрос на одном из заседаний профильной комиссии городского парламента.

«Зима – это смена настроения, слабая освещённость. В таких условиях многие люди чувствуют подавленность», – сказал Л.Зюганов. По его словам, можно разработать комплекс общих рекомендаций о том, как в этот период поднять себе настроение и в каких случаях необходимо обратиться за квалифицированной помощью. В дальнейшем памятки можно будет распространять по каналам СМИ.

«Усугубляясь, зимняя депрессия может привести к проблемам в учёбе и работе, социальной изоляции. При появлении таких симптомов необходимо обратиться за квалифицированной помощью», – настоятельно рекомендует главный психиатр Минздрава России профессор Зураб Кекелидзе.

Алина КРАУЗЕ.

Москва.

Иммунитет «засветят»

Люминесцентный анализатор для оценки иммунного статуса разработали в Научно-исследовательском институте медицинских проблем Севера Сибирского отделения РАН (Красноярск). Как уточняют в институте, это сверхчувствительный прибор для лабораторной диагностики, действие которого основано на изменении светового потока в биолюминесцентной реакции после того, как в оборудование помещён биологический материал пациента. Технологии, используемые при разработке «сибирского» анализатора, уникальны и принципиально отличают российский вариант от зарубежных аналогов.

По словам руководителя проекта, врача-иммунолога, кандидата медицинских наук Александра Борисова, разработка особенно актуальна для иммунодиагностики при иммуноопосредованных заболеваниях, в числе которых рак, гепатит, ВИЧ. Именно поэтому, работая над созданием прибора, учёные активно пользовались знаниями и опытом красноярских специалистов.

– К примеру, при онкопатологии иммунитет, ослабленный в результате большой операции, активной химио- и лучевой терапии, не способен обезвредить все опухолевые клетки в организме. Соответственно, значительно повышается риск появления метастазов. Оценка состояния иммунитета в этом случае абсолютно необходима, так как она даёт врачу возможность оценить резерв иммунной системы пациента и вовремя провести адекватную иммуноактивную терапию, – говорит А.Борисов.

В 2016 г. данный проект получил поддержку Красноярского краевого фонда науки. Теперь разработчики ждут получения разрешительных документов.

Елена СИБИРЦЕВА.

Красноярск.

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

Здоровая жизнь

В Сочи за болью в ногах!

Здесь состоялся грандиозный праздник

В Сочи успешно прошёл Первый международный марафон, в котором приняли участие многие любители бега. Постоянный автор «МГ» – хирург кандидат медицинских наук Э.НАУМЕНКО был в числе бегунов. Сегодня он делится своими впечатлениями.

Вот и наступил долгожданный момент. Я выхожу на очередной свой забег. Но сейчас он какой-то особенный. И это можно понять. Город Сочи на несколько дней стал «столицей» России по здоровому образу жизни, впервые пригласив к себе «короля» лёгкой атлетики – марафон. Своеобразная серия отечественных забегов в этом году завершается именно здесь.

В Сочи на грандиозный легкоатлетический праздник, собралось по предварительной заявке около 4 тыс. человек. Конечно, это только начало. Ведь и знаменитые московские забеги собирали вначале такие же цифры. А сейчас – только вдумайтесь: около 20 тыс. участников в московском марафоне, состоявшемся 25 сентября! Я думаю, и это не предел. Отрадно, что наши соотечественники стали больше втягиваться в это красивейшее, хотя и очень сложное по подготовке и проведению спортивное мероприятие.

Но обо всём по порядку... Итак, после 2-часового перелёта из Москвы в Сочи, город принял меня теплом. Снега нет, кругом ещё достаточно зелено, с некоторым намёком на осень. Пахнет морем. Температура уже не летняя, всего лишь 15 градусов. Я прилетел в этот город за 2 дня до марафона. Хотел немного адаптироваться.

И вот начало старта. Светит солнце. Мы, марафонцы, взволнованы предстоящим выходом на старт. Главное – победить себя психологически, выйти на эту дистанцию, быть готовым к её преодолению. Ну, а физически и функционально, кто как тренировался, тот так и выступит. Любой пробег – это борьба со временем, просмотр своей предварительной подготовки и организации тренировок.

Выступает мэр Сочи со словами признательности и поддержки, отмечая, что на забегах участвуют спортсмены из 17 стран мира. Играет музыка, пахнет морем. Организаторы постарались и устроили пробег по красивейшим местам города. В общей сложности – 4 круга.

Скажу честно, мне тяжело на дистанции. Бегу не впервые, но это особенное расстояние – 42,195 км! Для меня на последнем круге начинается «своя борьба». После 30 км мои ноги «забиты», с периодическими судорогами. Да ещё эти нескончаемые подъёмы, потом опять спуски. Но этим маршрут и интересен. На протяжении всей дистанции находились волонтёры с водой и питанием для нас в виде нарезанных долек апельсинов, бананов и яблок.

На финише участников ждала памятная и красивая медаль покорителя марафонского забега, которая вручается всем уложившимся в 6-часовой отрезок времени. Надо отметить, что я эту дистанцию пробежал за 4 часа и 6 минут. Хуже на 16 минут, чем на московском забеге, но учитывая горный маршрут, неплохо.

Всем добежавшим до финиша раздавали фрукты, минеральную воду, квас и безалкогольное пиво. В здании ЭКСПО делали восстановительный массаж. Согласитесь, что спортивный праздник удался на славу!

Получив в подарок неимоверную усталость, боли в мышцах ног и медаль, я с чувством спортивной радости отправился в свой санаторий, где остановился на 2 дня. Сходил на массаж, выпил в достаточном объёме воды и сока, стал восстанавливаться и готовиться к перелёту в Москву.

Сочи – Москва.

ОТ РЕДАКЦИИ. *Статью Э.Науменко о врачебном контроле в спортивной медицине* *см. на стр. 11.*

Перемены

Столичные дети – без инфекций

На это взяли ориентир московские медики

На базе Детской инфекционной клинической больницы № 6 Департамента здравоохранения Москвы открылся Центр внутриутробных и постнатальных инфекций у новорождённых детей (ЦВиПИН). Здесь будут оказывать медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, лицам от 0 до 18 лет с инфекционными заболеваниями. Ранее центр врождённых инфекций работал только в Санкт-Петербурге на базе федерального учреждения – НИИ детских инфекций ФМБА России.

Новая клиника принимает на лечение новорождённых и недоношенных детей (в том числе с экстремально низкой массой) с гнойно-воспалительными заболеваниями, врождёнными пневмониями, генерализованными вирусными инфекциями, сепсисом, гнойными менингитами, миокардитами, дерматовенерологическими заболеваниями.

В настоящее время специализированную медицинскую помощь в центре получают 126 новорождённых детей, 12% из этого числа являются недоношенными с очень низкой и экстремально низкой массой тела (менее 1 кг). В отделении реанимации находятся 12 новорождённых детей в очень тяжёлом состоянии, нуждающихся в проведении искусственной вентиляции лёгких. Более чем в 60% случаев это дети с врождённой инфекцией на фоне врождённых пороков развития сердца, лёгких и центральной нервной системы, а также редких орфанных заболеваний и генетических синдромов.

Оказание высокотехнологичной помощи таким детям стало возможным в результате полного переоснащения клиники в рамках программы модернизации здравоохранения столичного региона. В детской инфекционной больнице открыты новые неонатальные отделения, установлено современное оборудование, проведён капитальный ремонт неонатального корпуса.

Лечебно-диагностические возможности медицинской организации, наличие специалистов различного профиля, докторов и кандидатов медицинских наук обеспечат лечение и дальнейшее динамическое наблюдение детей даже с крайне тяжёлым течением заболеваний. В центре внутриутробных и постнатальных инфекций работает круглосуточный и дневной стационар.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Cito!

Москва.

Медицинская газета

№ 89 • 25. 11. 2016

Проекты

За посягательство на медицинского работника — тюремный срок

Министерство здравоохранения РФ подготовило законопроект об уголовной ответственности за посягательство на медицинского работника. Документ опубликован для общественного обсуждения.

За покушение на врача при исполнении обязанностей в ведомстве предложили ввести наказание от 12 до 20 лет лишения свободы, либо пожизненный тюремный срок. Если на медработника напали, причинив вред его здоровью, преступнику будет грозить до 10 лет лишения свободы. В случае неопасного для здоровья нападения в Минздраве России предложили наказывать лишением свободы на срок до 5 лет, либо серьёзным штрафом или принудительными работами.

В настоящий момент данный законопроект размещён на Федеральном портале проектов нормативно-правовых актов.

Профсоюз работников здравоохранения Москвы призывает всё медицинское сообщество принять активное участие в голосовании **http://regulation.gov.ru/projects#npa=57382**

Более подробно об этой инициативе – на стр. 5.

Официально

Контрактная система совершенствуется

Правительство РФ одобрило проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и решило внести его в Государственную Думу РФ в установленном порядке. Ранее проект был рассмотрен на заседании Комиссии Правительства РФ по законопроектной деятельности.

Законопроектом предлагается установить, что при закупках отдельных видов товаров участники закупки обязаны представить заказчику документы, подтверждающие возможность исполнения контракта по предложенной цене с надлежащим исполнением обязательств по нему. Принятие законопроекта направлено на совершенствование процедур закупок лекарственных препаратов, средств для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, помощи в экстренной или неотложной форме, а также продовольствия.

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

Москва.

Дословно

С позитивными изменениями

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на заседании фракции «Единая Россия» в Государственной Думе РФ.

Она рассказала об основных направлениях работы министерства. Руководитель ведомства напомнила присутствующим, что президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам отобраны и одобрены пять приоритетных проектов в сфере здравоохранения. Это совершенствование организации медицинской помощи матери и ребёнку, информатизация здравоохранения, контроль на лекарственном рынке, развитие санавиации и подготовка кадров.

В.Скворцова отметила позитивные изменения в показателях здоровья населения: за последние 1,5 года удалось сохранить темпы увеличения продолжительности жизни в 2015 г. – на 0,5 года, а за 9 месяцев 2016 г. – уже на 0,7. Смертность снизилась во всех возрастных группах.

Особое внимание министр уделила работе по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Она напомнила, что недавно была утверждена разработанная Минздравом России вместе с экспертным сообществом единая комплексная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу.

По словам министра, лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных за 10 лет увеличилось в 5 раз. Существенный вклад в это вносит импортозамещение: сегодня в Российской Федерации производятся 8 из 10 препаратов для терапии ВИЧ, а со следующего года будут производиться все 10. Снижению стоимости препаратов будет также способствовать централизация закупок АРВ-препаратов на федеральном уровне. «Средства на закупку препаратов для ВИЧ-инфицированных и больных туберкулёзом в 2017 г. сокращаться не будут», – подчеркнула В.Скворцова.

Соб. инф.

Профилактика

Диабет под контролем

В городе Жуковском прошла масштабная акция, посвящённая профилактике сахарного диабета, организованная Министерством здравоохранения Московской области и администрацией города.

В рамках акции с самого утра проводились скрининговые исследования – все желающие смогли проверить уровень сахара и холестерина крови, измерить артериальное давление, оценить дыхательную функцию, получить консультацию врачей центра здоровья, эндокринологов. Обследование прошли более 250 человек.

В фойе Дома культуры развернулся красочный костюмированный танцевальный флешмоб, который представили школьники – участники творческих коллективов, призывавшие к ведению здорового образа жизни. На торжественном открытии гостей акции приветствовал глава администрации городского округа Жуковский Ю.Прохоров.

На открытой школе профилактики сахарного диабета, в которой приняли участие более 80 жителей Жуковского, кардиологи и эндокринологи рассказали о факторах риска развития нарушений углеводного обмена.

В рамках областной научно-практической конференции медицинские работники обсудили вопросы первичной и вторичной профилактики, диагностики и лечения сахарного диабета 2-го типа. С основным докладом выступила главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа РФ и Минздрава Московской области Екатерина Иванова, которая подчеркнула важность повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения в формировании у населения здорового образа жизни и профилактике метаболических нарушений.

Юрий ШАЛЯГИН,
заведующий отделом Московского областного центра медицинской профилактики.

Московская область.

В центре внимания

Федеральный проект «Трезвая Россия» и Экспертно-аналитический центр при Общественной палате определили наименее и наиболее пьющие регионы России в 2016 г., сообщается на сайте Общественной палаты.

Рейтинг пьющих

Здесь был опубликован документ под названием «Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации – 2016». Если верить ему, то территорией, где больше всего употребляют алкоголь, стала Магаданская область, а наименее пьющим регионом признана Республика Чечня.

Степень трезвости региона выводили, используя данные за 2015 г. из открытых источников и ведомственной статистики по каждому региону. Учитывались такие данные, как число умерших в целом и умерших от отравления алкоголем; численность больных, состоящих на учёте с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы; число преступлений, совершённых лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. Также составители проверили, сколько было продано алкогольной продукции в регионе. Следующий анализируемый показатель – количество часов и дней, в которые действовал запрет на продажу алкоголя.

Каждый регион получал свою строчку в рейтинге, исходя из суммирования занятых этим регионом мест по каждому из перечисленных критериев. Десятка регионов с самым большим числом зависимых от алкоголя (наиболее пьющих) выглядит так:

1. Магаданская область (46,63%)
2. Чукотский автономный округ (45,12%)
3. Республика Коми (44,98%)
4. Амурская область (44,81%)
5. Пермский край (44,55%)
6. Республика Карелия (44,54%)
7. Республика Бурятия (44,35%)
8. Сахалинская область (44,08%)
9. Нижегородская область (42,86%)
10. Камчатский край (42,12%).

Однако

Угроза конкуренции

Министр здравоохранения Тверской области Роман Курынин оштрафован на 75 тыс. руб. за ограничение конкуренции при госзакупках лекарств. Об этом сообщили в территориальном управлении Федеральной антимонопольной службы (ФАС).

Согласно данным ФАС, Министерство здравоохранения Тверской области попыталось провести госзакупку лекарств не по международным непатентованным наименованиям, а по брендам. «Закупка региональным Минздравом конкретного торгового наименования лекарственного препарата могла создать необоснованное конкурентное преимущество отдельному фармацевтическому производителю и, как следствие, привести к ограничению конкуренции на рынке лекарств и закупке препарата по начальной (максимальной) цене», – пояснил глава Тверского управления ФАС Владимир Фомин.

Борис БЕРКУТ.

Москва.

Санитарная зона

Ботулизм из магазина

Два жителя подмосковного города Нахабино отравились малосольными огурцами, упакованными на заводе во Владимирской области.

Один из пострадавших скончался. Судебно-медицинская экспертиза обнаружила в продуктах смертельно опасный ботулотоксин. Об этом сообщили в администрации города.

Министерство потребительского рынка и услуг Московской области рекомендовало магазинам, предприятиям оптовой торговли, школам и дошкольным учреждениям обратить внимание на продукты производства ООО «Меленковский консервный завод» и не допустить попадания их в пищу.

Ведомство пытается изъять заражённую продукцию.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Москва.

Ориентиры

Куда идёт пациенториентированная медицина?

Это – абсолютный приоритет дальнейшей работы

VII Всероссийский конгресс пациентов прошёл в Москве. Его темой стало «Государство и граждане в построении пациенториетированного здравоохранения в России». Приветствуя участников конгресса, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отметила, что взаимодействие пациентов и врачей является абсолютным приоритетом совместной работы. Начало ей положено в 2012 г., когда вышел приказ о создании специального совета по защите прав пациентов при Минздраве России, куда вошли 25 ведущих пациентских организаций федерального и регионального уровней.

А начиная с 2015 г. в нашей стране были прописаны и расширены предельные сроки ожидания разного вида медицинской помощи, которые закреплены государственными гарантиями. Сегодня каждый регион разработал дорожные карты и чёткие календарные планы в вопросе устранения нарушений оказания медицинской помощи в каждом населённом пункте, которых насчитываются сотни тысяч.

«Очень важно, чтобы к обеспечению пациенториентированности были приобщены страховые медицинские организации, которые не должны быть просто прокладкой для проведения денег из центральных фондов ОМС, – заметила министр.– Их роль в обеспечении прав пациентов должна существенно возрастать».

Так, с прошлого года был создан и начал действовать аппарат страховых представителей, основная цель которых – помочь пациентам более ответственно относиться к своему здоровью. С 2018 г. будет запущен механизм досудебного разбирательства в оказании помощи пациентам с целью разрешения возможных конфликтов, возникающих в этой области.

Главным источником финансирования медицины является внебюджетный фонд ОМС, где сейчас сконцентрировано почти 2 трлн руб., которые обеспечивают более 80% всего объёма медицинской помощи. На следующий год эту сумму планируется увеличить на 11%. Это позволит не только выполнить перед пациентами все обязательства, но и нарастить их, включая высокотехнологичные программы и увеличения заработной платы всем медицинским работникам. Что касается цен на препараты, то с прошлого года колебания их стоимости удаётся сдерживать в пределах 0,5-1%. Более 15 млн льготников в этом году получили бесплатные лекарства на сумму в 150 млрд руб.

Оценку деятельности пациентских организаций и вопросам их дальнейшего развития дал сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев. Он, в частности, отметил, что пациенты «имеют право участвовать по мере своих сил и возможностей в качестве партнёра в принятии решений по вопросам здравоохранения, влияющим на их жизнь, и несут за это ответственность». Создание системы охраны здоровья, которая отвечала бы запросам пациентов и давала бы им возможность осуществлять выбор и при проведении лечения, и в сфере управления здравоохранением – один из приоритетов.

Пациенты и пациентские организации должны иметь право участвовать в принятии решений в области здравоохранения, активно вовлекаться в процесс принятия этих решений на всех уровнях, таким образом ставя пациента в центр проблемы. Но нельзя сводить роль пациентов только к выработке политики в области здравоохранения – они должны иметь возможность решать и вопросы социальной политики, что, в конечном итоге, окажет положительное влияние на их жизнь.

Для того, чтобы пациенты могли достигнуть наилучшего качества жизни, система здравоохранения должна отвечать на эмоциональные запросы пациента и принимать во внимание не связанные со здравоохранением факторы, такие как образование, занятость и вопросы семьи, что оказывает влияние на выбор пациента и его поведение.

«Принципиально важно, когда существует ответственность врача непосредственно перед пациентом», – заметил руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Общественный совет при Росздравнадзоре в этом году стал проводить селекторные совещания со всеми регионами, чтобы получить полную картину существующих медицинских проблем в стране. Формируя такую обратную связь, удаётся лучше планировать контрольные мероприятия в каждой медицинской организации.

Сейчас рассматриваются изменения в Федеральный закон № 61-ФЗ по контролю качества медицинской продукции и, в частности, лекарственных препаратов. В целом ситуация на рынке этой продукции стабильна и удовлетворительна, но необходимо добиться того, чтобы она стала близка к идеальной. Планируется начать проект по маркировке и отслеживанию лекарственных препаратов – с помощью личных смартфонов пациенты смогут считать специальный код и убедиться, что лекарство было легально произведено и продано.

Во время работы конгресса были рассмотрены такие вопросы, как доступность и качество лекарственной помощи, вопросы оказания медпомощи больным, в том числе и с вирусными гепатитами, информационные технологии в современном здравоохранении. Все желающие смогли посетить тренинг на тему «Общественные советы в современном здравоохранении».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Проблемы и решения

Плоды взаимодействия

Совершенствуя подходы к оказанию медицинской помощи

В столице прошло второе расширенное заседание правления Московского городского фонда обязательного медицинского страхования. На форуме присутствовали члены правления Московского городского ФОМС, представители 488 медицинских организаций и 10 страховых компаний, работающие в системе ОМС. Более 12 млн застрахованных москвичей могли следить за мероприятием с помощью трансляции в режиме онлайн.

Открывая заседание, руководитель Департамента здравоохранения Москвы профессор Алексей Хрипун рассказал о высоком уровне сотрудничества между департаментом и городским фондом. Глава столичного сегмента отрасли отметил, что в планировании и контроле над выполнением объёма медицинской помощи сейчас произошли существенные позитивные изменения. Доказательством этого являются конкретные и оправданные на сегодняшний день обращения в фонд с просьбой о выделении дополнительных объёмов финансирования.

В настоящее время определились те виды стационарной помощи, которые ранее были недофинансированы. Что касается оплаты деятельности поликлиник на основе подушевого норматива, то это, по словам А.Хрипуна, «единственно правильный способ оплаты амбулаторной помощи». Он также сообщил, что подушевое финансирование будет увеличено – это позволит сконцентрироваться на вопросах качества оказываемой помощи населению.

В качестве примера, уже в будущем году пожилыми пациентами с коморбидностью (страдающими одновременно несколькими хроническими заболеваниями) в поликлиниках будет заниматься отдельный врач, что сегодня уже происходит в каждой 8-й поликлинике города в режиме пилотного проекта.

А.Хрипун подчеркнул, что самое главное в совместной работе департамента и фонда – это умение управлять объёмами медицинской помощи и балансировать тарифами на неё. Министр здравоохранения Москвы также заявил, что со следующего года посредством ОМС будут финансироваться такие отрасли медицины, как инфекционные болезни и дерматология. Ранее источником их финансирования был бюджет города. «Изменение финансовой логистики не повлечёт сокращение финансирования», – подчеркнул А.Хрипун.

Внедрённый электронный сервис «Личный кабинет» застрахованных по ОМС граждан глава департамента назвал одним из очень эффективных инструментов для выявления недостатков в работе медицинских организаций города. Он также отметил, что число обращений в «Личный кабинет» по поводу невыполненных услуг в этом году уменьшилось в 5 раз по сравнению с минувшим годом.

В заключении своего выступления руководитель ведомства обратил внимание собравшихся на постоянный приток в столицу иногородних граждан для получения в первую очередь стационарной и специализированной медицинской помощи.

«Это реальный и законный источник дополнительного финансирования столичных медицинских организаций», – резюмировал А.Хрипун.

Другой участник заседания – директор Московского городского фонда ОМС Владимир Зеленский – заявил о необходимости повышения эффективности поликлинической помощи в городе и снижения уровня внеплановой госпитализации граждан. «Очень важно при этом не допускать обострения хронических заболеваний», – отметил он.

Наряду с этим В.Зеленский рассказал о переводе стоматологических поликлиник на подушевое финансирование с 1 января будущего года, а также об укреплении взаимодействия между амбулаторной, стационарной и скорой помощью с целью повышения качества медицинского обслуживания населения. В заключении своего выступления директор фонда предложил разработать законопроект о прекращении действия полисов ОМС старого образца.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Cito!

Тенденции

Большое начинается с малого

Детсад для «тяжёлых» малышей становится реальностью

Воспитание и лечение детей в специализированных детсадовских группах проходит вполне успешно

Первый детский сад для детей, страдающих гемофилией и другими болезнями крови, открылся в более чем миллионном Омске. Точнее, это пока группа дневного пребывания из 10 мальчишек и девчонок, созданная на базе специализированного дома ребёнка по просьбе родителей ребят, имеющих сложные недуги.

В обычном дошкольном учреждении за такими малышами нет постоянного медицинского наблюдения, вот почему папы и мамы больных детей обратились в региональное Министерство здравоохранения с просьбой об организации специального детского сада. И эта просьба была поддержана. Пока частично. Но и созданная здесь в 2013 г. группа для детей с синдромом Дауна начиналась с малого, а теперь её ежедневно посещают уже 45 дошколят. Родители отмечают успехи ребят, а также улучшение физического развития. Немаловажно и то, что посещение этих групп бесплатное.

Для работы детсада в условиях специализированного дома ребёнка имеется подготовленный персонал. С детьми занимаются психологи, логопеды, педагоги-дефектологи. Предусмотрено обучение по адаптированным программам, занятия в сенсорной комнате и классе Монтессори, оздоровительные процедуры: лечебная физкультура, массаж, физиопроцедуры. Родители также смогут получить помощь и рекомендации в воспитании и развитии детей. Для них предусмотрена комплексная поддержка семьи.

Кроме этого, в специализированный дом ребёнка принимают детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, которые раньше госпитализировались в детские больницы. Там им обеспечивается индивидуальный уход и необходимое лечение.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В № 88 «Медицинской газеты» от 23 ноября 2016 г. вышло интервью адвоката, доктора медицинских наук, профессора Николая Григорьева «Третейский суд: примирение до приговора», в котором поднимается очень важная для современного российского здравоохранения тема юридической защиты врача от обвинений в непрофессионализме. Профессия, и без того сопряжённая с огромными психологическими нагрузками, становится всё менее привлекательной именно из-за того, что врач постоянно находится под домокловым мечом судебных разбирательств, в которых он практически беззащитен. Причём, речь идёт уже не только о миллионных компенсационных выплатах пациенту, но и о реальных сроках наказания для врача.

Сегодня свою точку зрения по этой теме высказывает генеральный секретарь Российского общества хирургов (РОХ), доктор медицинских наук, профессор Андрей ФЁДОРОВ. Именно РОХ стало инициатором создания третейского суда в отечественном здравоохранении.

Авторитетное мнение

Объективность в примирении гарантируется

Хирурги призывают коллег поддержать создание третейского суда

– У этой темы длинная история. Впервые о том, что необходимо организовать систему защиты прав врача и систему непрерывного образования врачей заявили в 2004 г. выдающиеся российские хирурги Виктор Сергеевич Савельев, Владимир Дмитриевич Фёдоров и Геннадий Иванович Воробьёв. Кстати, тогда же впервые зазвучала идея разработать стандарты, порядки и руководства по оказанию медицинской помощи, ставшие прообразом нынешних Национальных клинических рекомендаций (НКР). Наши старшие коллеги тогда совершенно справедливо спрогнозировали, что такие документы будут полностью укладываться в концепцию юридической защиты врача: если ты, согласно Национальным клиническим рекомендациям, стандартам и порядкам, делаешь всё, что необходимо для оказания помощи больному, то ты находишься в правовом поле. По аналогии с западным миром, где в последние два десятилетия создаются гайдлайны по отдельным областям медицинской практики, которые указывают врачу направления деятельности в рамках принципов доказательной медицины.

Необходимо выразить благодарность Министерству здравоохранения РФ за претворение этой идеи в жизнь. Именно Минздрав дал нам толчок к написанию НКР по всем отраслям медицины, предложил форму этих документов и закрепил их легитимность. Таким образом, первый этап обеспечения безопасности работы врача практически реализован.

Тогда же, более десяти лет назад общество хирургов начало обдумывать и пытаться реализовать ещё одну идею в направлении защиты прав врача, а именно – внедрить систему страхования врачебной ответственности как раз на тот случай, если по решению суда медицинский работник обязан будет возместить пациенту материальный и моральный ущерб. Мы несколько лет потратили на разработку разных моделей страхования, встречались со всеми крупными страховыми компаниями, но не нашли приемлемых вариантов. Страховка получалась очень дорогая, а серьёзных скидок страховщики нам не готовы были предоставить. К тому же, как показали опросы хирургов, никто из них не собирался платить страховой взнос сам, лечебные учреждения в те годы также оказались не готовы к такому шагу, а просить у государства выступить страхователем было бы наивно. В итоге осуществить идею не удалось.

Первой из профессиональных врачебных объединений России Ассоциация стоматологов создала независимый институт экспертизы с лицензией на судебную медицину. Зачем? А затем, что обычный судебный медик является универсальным специалистом, специализирующимся на раскрытии причин смерти в криминальных ситуациях, но никак не на особенностях выполнения тех или иных лечебных и хирургических вмешательств. И профессор Н.Григорьев справедливо говорит в интервью «МГ», что самый лучший судебный медик-эксперт не уследит за обновлением хирургических технологий при такой скорости их внедрения, как это происходит сегодня. В итоге даже экспертиза, которая проводится, казалось бы, по всем правилам, иногда даёт необъективные результаты только потому, что один и тот же эксперт исследует и автомобильную травму, и суицид, и результаты узкоспециализированного хирургического вмешательства.

В деятельность независимого института экспертизы, созданного стоматологами, заложена правильная идея привлекать к рассмотрению каждого спорного случая именно узкоспециализированных экспертов. РОХ начинало сотрудничать с Ассоциацией стоматологов, были обнадёживающие результаты, но эта система также не всегда закрывала все наши потребности. К сожалению, оплачивать работу экспертов (речь идёт не о первой досудебной экспертизе, а о повторной, когда врач не согласен с заключением результатов, представленных адвокатом истца) должны были сами врачи или лечебные учреждения. И нам на современном этапе, скорее всего, не удастся уйти от этого. Между тем должны быть иные механизмы оплаты работы экспертов. Какие именно – необходимо продумывать.

Была и такая практика: если действительный член Российского общества хирургов оказывался в ситуации юридического конфликта с пациентом и обращался за помощью к обществу, мы собирали членов экспертного совета и правления РОХ – а это ведущие российские учёные и хирурги, – тщательно изучали материалы дела и писали обращения в прокуратуру и в суд, объясняя, что действия врача в данной ситуации были правильными. Например, мы разбирали случай, когда судебное разбирательство в отношении хирурга длилось почти 3 года. Суть такова: примерно через год после дистальной резекции поджелудочной железы со спленэктомией нашёлся предприимчивый адвокат, который трактовал пациенту данный объём хирургического вмешательства как вынужденный, дескать, хирурги во время операции «порвали» селезёнку и удалили её по экстренным показаниям. Вред здоровью налицо.

Между тем в любом учебнике по хирургии сказано, что в объём операции резекции дистального отдела поджелудочной железы входит спленэктомия. Лишь в последнее время появились технологии этой операции с сохранением селезёнки, но в те годы, когда произошла описываемая история, таких технологий ещё не было. И только письмо в суд за подписью президента РОХ и целой группы экспертов, что данная операция входит в стандарт хирургического лечения, повлияло на решение судьи. Дело было закрыто.

Однако постоянно практиковать данный подход невозможно, заниматься такой работой должен третейский суд. В его компетенции рассматривать предысторию конфликта, организовывать и проводить экспертизу по каждому конкретному случаю, и на основании результатов этой экспертизы адвокат в суде будет защищать врача. Речь не идёт о том, чтобы в любом случае, даже если в действиях нашего коллеги были откровенные огрехи, отвести от него наказание. Речь о непредвзятой экспертизе и справедливом судебном вердикте. Пока же, к сожалению, в большом количестве случаев экспертиза оказывается либо некачественно проведённой, потому что сам уровень экспертов вызывает вопросы, либо заведомо предвзятой не в пользу врача.

Предложение хирургов – сформировать большое экспертное сообщество и по каждому конкретному случаю приглашать не одного, а нескольких самых высококомпетентных специалистов из числа экспертов. Это позволит получать непредвзятый ответ на вопрос «виноват врач или не виноват»? То есть объективность гарантируется.

Мы уже обсудили эту идею на уровне правления РОХ и получили поддержку. Правление РОХ готово организовать третейский суд для хирургов, но нам кажется, это не совсем правильно. Российское общество хирургов входит в Общество врачей России (ОВР), которое объединяет всех медиков страны, а тема защиты прав врача как раз та, где необходима консолидация усилий всех профессиональных объединений. Поодиночке нам данную задачу не решить.

Исходя из этого, Российское общество хирургов предложило руководству Общества врачей России создать третейский суд под эгидой ОВР. А условия обеспечения его деятельности будем обговаривать отдельно, если сама идея третейского суда будет поддержана и руководством ОВР, и врачебным сообществом страны.

Подготовила Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Наболело!

За нападение на врача – к уголовной ответственности!

Сегодня эта тема обострилась не случайно…

То тут, то там происходят нападения на медицинских работников при исполнении ими профессиональных обязанностей. Об оскорблениях мы уже не говорим, но когда доктор, профессия которого почитается со времён Гиппократа, становится мишенью нападок антиобщественных элементов – это переходит все границы. Прощать нельзя!

И тогда тревогу забил профсоюз, призванный защищать во всех инстанциях права и интересы медиков. Во весь «рост» встал вопрос: что делать? В беседе с корреспондентом «МГ» Галиной ПАПЫРИНОЙ председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы Сергей РЕМИЗОВ выразился чётко – необходимо принимать срочные меры на законодательном уровне.

– Сергей Викторович, чем вы можете объяснить грубые действия со стороны пациентов – отсутствием эффективной системы защиты или воспитания уважительного отношения к тем, кто заботится об их здоровье, начиная с рождения и до глубокой старости?

– Это социально значимая проблема, она касается не только отрасли здравоохранения, а затрагивает всё гражданское общество. Вопрос состоит в том, как уберечь наших работников от непредвиденных грубых действий пациентов, а если это произошло — неотвратимо было наказание. Особенно это

Сергей Ремизов

касается защиты тех, кто работает на скорой помощи, участковых терапевтов и педиатров, оказывает помощь на дому, где врач остаётся один на один с пациентом.

В Москве в этом отношении ситуация под контролем. Столичный Департамент здравоохранения уделяет большое внимание вопросам безопасности работы, жёстко реагирует на все безобразные случаи. К примеру, администрация станции скорой помощи и профсоюзная организация действуют слаженно, оперативно принимают меры, обращаются в судебные органы, если проступок гражданина при его медицинском обслуживании требует серьёзного наказания, то есть «не спускают на тормозах».

– А сам медицинский работник может как-то предохраниться, или только уповать на везение, что с ним ничего не случится?

– Да, кое-что имеется в арсенале его самозащиты. Отработан алгоритм поведения при нападении и последующее пресечение подобных выпадов. Под рукой – экстренная кнопка вызова помощи полиции. Кроме того, существуют индивидуальные средства обороны. Но, согласитесь, таких средств недостаточно. Мы считаем, что нужно усиление защитных мер.

Вспомним вопиющее происшествие в подмосковном Орехово-Зуево. Родственник пациента так избил рентгенолога при исполнении им должностных обязанностей, что его пришлось госпитализировать. Слава Богу, в Москве не происходило ничего подобного. Но безнаказанность даёт глубокие корни и надо их выкорчёвывать…

Я считаю, воспитание уважительного отношения к представителям самой гуманной профессии и не только к ним надо начинать с детского садика, продолжать в школе и институте.

– А что можно сделать сегодня?

– Мы уже предприняли конкретные шаги. Собрали экстренное заседание президиума профсоюза, на котором обсудили сложившуюся обстановку с участившимися нападениями на медицинских работников. Пришли к единому мнению: чтобы предотвратить эти вопиющие факты, нужно законодательно закрепить основы по защите прав медицинских работников на безопасную работу, жизнь и здоровье, равноценную деятельности сотрудников правоохранительных органов. То есть ужесточить административную и уголовную ответственность лиц, совершивших противоправные действия в отношении медиков.

Предложение президиума профсоюза мы направили председателю партии «Единая Россия», в Госдуму и Минздрав России. Федеральное министерство в своём ответе подтвердило, что разделяет нашу обеспокоенность в решении социально значимой проблемы. В настоящее время Минздрав России совместно с профессиональным сообществом ведёт подготовку проекта федерального закона о внесении изменений в Уголовный Кодекс РФ в части усиления уголовной ответственности за нападение на медицинских работников в связи с исполнением ими профессиональных обязанностей. Законопроектом предлагается приравнять санкции за указанные деяния к санкциям за нападение на представителей власти и сотрудников правоохранительных органов.

Когда неотвратимость наказания закрепят в Уголовном кодексе РФ, будет и психологическое воздействие на тех, кто любит распускать руки. Общественный резонанс, уверен, будет сильный.

Внесение такого пункта – это и профилактика противоправных действий.

Новые подходы

Почувствуй своё призвание

Что прибавит будущему специалисту компетенции

Совет проректоров России на днях предложил Министерству образования и науки РФ учитывать уровень воспитательной работы при аккредитации вузов. Об этом на Всероссийском конгрессе проректоров по воспитательной работе организаций высшего образования сообщил председатель совета Артур Савелов.

Значимость воспитательной работы и проблемы вовлеченности студентов в мероприятия, проводимые в высшей школе, в полной мере встают и перед медицинскими вузами, большинство из которых подчинены Минздраву России. И решаются они в каждом университете, академии, институте по-разному. В некоторых, чтобы не упустить формирование личности, ввели новую должность – проректор по воспитательной работе. «МГ» (см. № 37 от 22 мая 2015 г.) уже публиковала размышления на эту тему заведующего учебной частью кафедры сердечно-сосудистой хирургии Тверского государственного медицинского университета Максима Страхова.

– Даже при самом поверхностном взгляде на политику воспитания современной медицинской молодёжи возникает множество проблем и неувязок, подчас весьма неоднозначных и явно непродуманных, – считает он. – Безусловно, менять стереотипы и подходы к организации воспитательной работы в современных медицинских вузах необходимо.

Очевидно, что с первых дней и на протяжении всех лет учёбы в медицинском вузе важно формировать у будущего специалиста базовые компетенции. Не в последнюю очередь они приобретаются с помощью внеучебной деятельности. На первых курсах, как правило, она помогает студентам быть готовыми к работе в стенах лечебных учреждений и с конкретными больными, что служит своеобразной проверкой правильности выбора профессии.

Следующий этап – работа в научных студенческих обществах, проба сил в стипендиальных программах. Любой врач должен быть исследователем, умеющим написать научную статью, представить интересные результаты проведенной работы на врачебных конференциях. А победа в стипендиальных программах позволяет поверить в свои силы, быть уверенным в том, что в будущем удастся справиться с самыми сложными задачами, которые часто требуют не только профессиональных знаний врача, но и общей эрудиции, навыков быстрого принятия решений.

Первая проба

– В нашем вузе первые волонтёрские отряды были созданы при кафедре социальной работы в 2004-2005 гг., – рассказывает проректор по воспитательной работе, социальному развитию и связям с общественностью Курского государственного медицинского университета кандидат психологических наук Татьяна Шульгина. – Первый волонтёрский отряд «Поддержка» был организован в доме-интернате ветеранов войны и труда. Он занимается оказанием социальной помощи пожилым людям, проживающим в этом учреждении. Сегодня в КГМУ уже насчитывается 29 волонтёрских отрядов. Развитие волонтёрского движения получает максимальную поддержку со стороны руководства вуза. Мы считаем, что это современный вариант гражданского воспитания молодёжи.

Чаще всего участие студентов в волонтёрском движении можно назвать и первой профессиональной пробой. Хотя в полном объёме выполнять манипуляции волонтёрам никто не позволяет, тем не менее это огромный опыт общения с пациентами. Именно он даёт возможность оценить, с какими сложностями сталкиваются медицинские работники в реальной практике. В то же время будущие медики «погружаются» в тонкости работы лечебных учреждений.

– Мой личный опыт свидетельствует, что ребята, которые вовлечены в волонтёрское движение, чаще ведут научные исследования, принимают участие в конкурсах, стипендиальных программах, добиваются успеха на профессиональном поприще, – считает Татьяна Шульгина. – В КГМУ на протяжении 4 лет реализуется стипендиальная программа «TAKEDA – золотые кадры медицины». За это время победителями стали 30 студентов.

Квалификация молодого врача во многом зависит от желания заниматься самообразованием

Например, Кристина Плотникова участвовала в конкурсе ещё на 5-м курсе. Сейчас она – трёхкратный стипендиат программы. В этом году, являясь уже ординатором, Кристина планирует вновь участвовать в конкурсе. При этом она серьёзно занимается научным трудом, активно работала в кружках на кафедрах физики, биологии, фармакологии и гистологии, занимала призовые места в олимпиадах по анатомии, микробиологии, иммунологии. Свои результаты Кристина публиковала в журналах, в том числе и европейского уровня, выступала с докладами на вузовских и межвузовских конференциях. Сфера её интересов сегодня – научные исследования в области дерматовенерологии.

Очень приятно, что число социально активных ребят с каждым годом возрастает, в том числе из-за возможностей, которые государство предоставляет для их самореализации. Мы можем привести примеры, когда наши волонтёры стали преподавателями. Владислав Сотников, будучи студентом, включился в волонтёрское движение, участвовал в олимпиадах, конкурсах. После окончания университета работал у нас на кафедре клинической психологии. Защитил кандидатскую диссертацию, а сейчас его пригласили работать во Владимирскую область в программу «Шередарь». Он занимается реабилитацией детей, которые перенесли онкологические заболевания.

Начало научного пути

Бесспорным плюсом научной работы можно считать то, что она расширяет круг теоретических знаний. Студенческие научные общества – очень важные слагаемые подобной деятельности. Когда студент занимается в Студенческом научном обществе (СНО) по интересующей его специальности, он не только шаг за шагом глубоко «погружается» в избранное направление медицины, но и на практике учится чётко анализировать полученные данные, отделять в исследовании главное от второстепенного. А это те самые принципы доказательной медицины, которые определяют дальнейшее развитие современной науки. Совершенно не лишним будет и хорошая осведомлённость об идущих в профессиональной среде дискуссиях, обсуждаемых в их рамках темах. Новые методы – это часто проникновение в неизвестное, выбор наиболее эффективной технологии, отказ от устаревших представлений.

Сегодня СНО существуют практически в каждом медицинском вузе, многие из которых имеют богатую историю.

В Тихоокеанском государственном медицинском университете студенческие общества работают со дня основания вуза в 1958 г. Численность студентов, принявших участие в СНО различных кафедр, составляет на настоящий момент 33,1% от всех обучающихся. Как показывает анализ, около 50% членов студенческих обществ посещают кружки на нескольких кафедрах, что безусловно способствует профессиональной ориентации молодых людей и выбору темы научных исследований.

Если познакомиться с фундаментальными и прикладными научными исследованиями студентов ТГМУ за 2014 г., то их тематика очень обширна. Среди них: системные и топические маркёры сосудистого ремоделирования при артериальной гипертонии; апоптоз в организации провоспалительной клеточной реакции при неспецифическом язвенном колите; использование тяжёлых элементов для радиомодификации при лечении злокачественных новообразований; инновационные подходы к сердечным аритмиям у детей и др.

Научные статьи и тезисы студентов публикуются в периодической литературе регионального, всероссийского и международного уровней. Во Владивостоке ежегодно выпускается сборник тезисов докладов Тихоокеанской научно-практической конференции студентов и молодых учёных с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины». В 2014 г. опубликована 51 статья, 8 – в международной печати, 8 – в журналах, рекомендованных ВАК, и 35 – в других изданиях. Выполнение работ по грантовым программам стало одной из важных форм участия студентов в научных исследованиях. Они выступают не только с докладами на конференциях, но и самостоятельно предлагают новые формы научно-исследовательских работ (НИР). Речь идёт о создании научно-демонстрационных фильмов, препаратов, моделей, наглядных пособий.

Ежегодно при поддержке ООО «Маммологический центр» в вузе проводится региональный конкурс в области онкологии имени Дмитрия Шапкина. С 2006 г. будущие врачи участвуют в целевой стипендиальной программе поддержки учащихся медицинских вузов России «TAKEDA – золотые кадры медицины». В 2015 г. студенты и молодые учёные получили высокие оценки 4 научных исследований на Общероссийском научно-практическом мероприятии «Эстафета вузовской науки».

И интерес к научным исследованиям у студентов с каждым годом возрастает. Как считают преподаватели, это способствует более глубокому изучению преподаваемых дисциплин и формированию профессиональных навыков.

Есть ещё один важный момент – индекс цитируемости провозглашён одной из главных характеристик, оценивающих качество научных публикаций. Защита любой диссертации невозможна без качественного написания научных статей. Отчеты по НИР также требуют, чтобы указанные в них результаты находили отражение на страницах профессиональных журналов, газет, порталах. Обнародованные в изданиях предварительные результаты исследований увеличивают шансы получения гранта по разрабатываемой молодым учёным теме. А где как не в СНО будет написана первая научная статья? Именно здесь студент может попробовать себя в проведении интересного исследования, научиться тому, как переложить конечный итог в форму публикации в профессиональном журнале.

Выбор на всю жизнь

– Университет закладывает в будущего врача фундаментальные знания и показывает широкий спектр врачебной деятельности, – говорит заместитель начальника Управления по научно-инновационной деятельности Воронежского государственного медицинского университета им.Н.Н.Бурденко кандидат медицинских наук Евгения Кудашова. – Именно прикосновение к какой-то специальности при работе в студенческом научном обществе позволяет сделать осознанный выбор на всю оставшуюся жизнь. И, безусловно, участие в студенческих научных кружках, стипендиальных программах (таких, как «TAKEDA – золотые кадры медицины») и в социальных проектах во время обучения в вузе вносит неоспоримый вклад в формирование личности врача, позволяя, во-первых, почувствовать своё призвание, а во-вторых, просто стать достойным человеком и гражданином своей страны.

Кроме того, квалификация будущего специалиста не в последнюю очередь зависит от умения и желания заниматься самообразованием, так как профессия врача предполагает непрерывное образование на протяжении всей жизни. Люди везде болеют одинаково, поэтому врач, не важно, является ли он специалистом научно-исследовательского центра или небольшой районной больницы, должен следить за последними достижениями в выбранной специальности. Мы стараемся прививать нашим студентам желание продолжать образование. И это нам удаётся.

По словам Евгении Кудашовой, цель университетского медицинского образования состоит из двух обязательных составляющих: передача профессиональных знаний, формирование клинического мышления у будущего специалиста и воспитание философско-нравственных и этических качеств, развитие в будущем враче истинного гуманизма – особого отношения к личности больного и высокой ответственности за все свои действия. Порядочность, ответственность, интеллигентность, доброта, бескорыстие, умение держать слово – обязательные моральные качества молодых людей, выбравших самую гуманную профессию. Именно поэтому в ВГМУ существуют замечательные социальные проекты, позволяющие студентам попробовать себя в качестве и врача, и учителя. Например, проект «Помоги мне» направлен на просвещение школьников по поводу оказания первой медицинской помощи при ДТП. Ученики 7-11-х классов с воодушевлением слушают лекции студентов старших курсов – будущих врачей, а также специалистов, участвуют в практических занятиях и решении ситуационных задач, максимально приближенных к реальности. Следующий проект – «Онкостоп», его миссия: раннее выявление онкологических заболеваний. Совместно с онкологами, воронежские студенты проводят анкетирование, минимальные обследования для выявления людей, попадающих в группу риска по тому или иному онкологическому заболеванию.

Главное – студенты сами выбирают, в каких проектах им будет интересно реализоваться. Это их выбор, но мотивация – сделать его, во многом определяется умением наставников донести важность участия в подобных проектах.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Партнёр рубрики – компания «Такеда Россия», организатор всероссийской стипендиальной программы «TAKEDA – золотые кадры медицины».

Медицинская газета

№ 89 • 25. 11. 2016

Событие

Форум онкологов Юга России

Он стал деловой и праздничной встречей учёных и практиков

Идёт пресс-конференция по итогам форума

Второй онкологический форум Юга России, посвящённый 85-летию Ростовского научно-исследовательского онкологического института (РНИОИ), прошёл в столице Дона. Научное мероприятие было организовано Ассоциацией онкологов России, РНИОИ при поддержке Минздрава России.

– Научная программа Онкологического форума освещала различные вопросы использования прогрессивных методик и стандартов в онкологии по всей стране независимо от региона, а совещания главных онкологов помогали обеспечить координированную работу по их внедрению и адекватное финансирование, – считает главный онколог Министерства здравоохранения России, председатель правления Ассоциации онкологов России, директор Российского онкологического центра им. Н.Н.Блохина, академик РАН Михаил Давыдов.

В течение двух дней работали научные секции по торакоабдоминальной онкологии, трансляционной медицине, онкоурологии, колопроктологии, онкогинекологии, онкогематологии, поддерживающей терапии, диагностике и лечению рака молочной железы, опухолей костей, кожи и мягких тканей, билиопанкреатодуоденальной зоны, центральной нервной системы, а также опухолей головы и шеи. Было представлено порядка 130 научных докладов, спикерами и председателями президиумов выступили ведущие российские онкологи регионального и федерального уровней.

Поздравить сотрудников РНИОИ с 85-летием и поприветствовать участников форума в Ростове-на-Дону приехали представители Минздрава России во главе с заместителем министра Натальей Хоровой, руководители крупнейших онкологических центров России, представители Полномочного представительства Президента РФ в Южном федеральном округе, правительства Ростовской области, научные партнёры ростовского онкоинститута.

Конечно, говорили и о проблемах онкологической службы в Южном федеральном округе: отсутствии взаимодействия специализированных учреждений регионов с федеральным онкологическим центром, «кадровой недостаточности», низкой онконастороженности населения и медиков, недостатке кабинетов первичного звена – их дефицит в ЮФО составляет 65%.

– Онкологическая служба в регионе должна обладать вертикалью – так, чтобы мы могли контролировать работу онкологов на местах, помогать в вопросах подготовки кадров для онкоучреждений, внедрять скрининговые программы – ведь пока даже маршрутизация пациентов носит хаотичный характер, зачастую выбор медучреждения лежит на плечах пациента, – отметил главный онколог ЮФО, директор РНИОИ, член-корреспондент РАН Олег Кит.

– В ряде субъектов Северного Кавказа устарели здания диспансеров, в некоторых республиках необходимо серьёзно обновить парк радиологического оборудования. Кроме того, онкологическая служба испытывает нехватку кадров, либо квалификация специалистов недостаточно высока, – напомнил главный онколог Северо-Кавказского федерального округа, заведующий дневным стационаром Пятигорского онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор Владимир Владимиров.

Второй онкологический форум Юга России собрал свыше 700 участников из регионов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, Москвы, Санкт-Петербурга, Архангельска, Казани, Томска, Самары, Ульяновска, а также из Минска, Донецка, Луганска.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Решения

Государственной Думой РФ в первом чтении внесены изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Изменения в законе об ОМС

Докладывая концепцию законопроекта, председатель фонда ОМС Наталья Стадченко отметила:

«Проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» разработан в целях реализации Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.

Законопроект предусматривает продление на 2017 г. сроков реализации программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в части строительства и ввода в эксплуатацию перинатальных центров. А также продление на 2017 г. единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, переехавшим на работу в сельские населённые пункты, рабочие посёлки или посёлки городского типа».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва.

Криминал

Беспредел в интернате

За оргии с больными – 13 лет строгого режима

Осуждены директор областного государственного бюджетного учреждения «Биробиджанский психоневрологический интернат» и две его любовницы – главный бухгалтер и начальник отдела кадров этой же клиники.

Дамы были вполне «аппетитными» и достаточно видными, обе любили своего начальника во всех смыслах этого слова. Так и вертится на языке известная фраза из фильма: «Ну что тебе ещё, собака, надо?». Но, как выяснилось в ходе расследования возбуждённых сразу нескольких уголовных дел, тому всё равно чего-то не хватало. А любвеобильные подружки ему во всём потакали. Одна даже подключила к их совместным утехам своего несовершеннолетнего сынишку…

Не останавливаясь на подробностях всей этой грязи, сразу приведём комментарий старшего помощника руководителя управления Следственного комитета РФ по Еврейской автономной области Андрея Аплеухина, который он дал после заседания Биробиджанского районного суда ЕАО.

Как он сообщил, в ходе разбирательства вина всей «верхушки» областного государственного бюджетного учреждения была полностью доказана. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Еврейской автономной области доказательства были признаны судом достаточными для вынесения приговора в отношении бывшего директора и двух бывших работников Биробиджанского психоневрологического интерната.

– Как ранее уже сообщалось органами следствия, – рассказал А.Аплеухин, – в зависимости от роли каждого они обвинялись в совершении ряда преступлений, предусмотренных п. «б» ч. 2 ст. 132 УК РФ («Насильственные действия сексуального характера с использованием беспомощного состояния потерпевшего, совершённые группой лиц по предварительному сговору») и п. «в» ч. 3 ст. 132 УК РФ («Насильственные действия сексуального характера, совершённые в отношении лица, не достигшего четырнадцатилетнего возраста»). Бывший руководитель интерната также дополнительно обвинялся по ч. 3 ст. 33, п. «б» ч. 2 ст. 132 и ч. 3 ст. 33, п. «в» ч. 3 ст. 132 УК РФ («Организация насильственных действий сексуального характера, с использованием беспомощного состояния потерпевшей и совершённых в отношении лица, не достигшего четырнадцатилетнего возраста»).

В ходе следствия и суда установлено, что в период 2004-2009 гг. обвиняемый организовал совершение насильственных действий сексуального характера в отношении троих граждан, содержащихся в интернате, а также малолетнего мальчика, не являющегося воспитанником интерната. При этом он достоверно знал, что опекаемые им граждане страдают психическими заболеваниями, находятся в беспомощном состоянии, не понимают в силу своего психического и физического состояния характер и значение совершаемых с ними действий и не способны оказать сопротивление. Кроме того, он достоверно знал, что указанный малолетний мальчик, являвшийся жертвой преступлений, находится в силу возраста в беспомощном состоянии. Преступления в отношении опекаемых граждан неоднократно совершались в служебных помещениях интерната и фиксировались обвиняемым видеосъёмкой.

На период следствия всем фигурантам была избрана мера пресечения в виде заключения под стражу. В судебном заседании подсудимые свою вину не признали, в содеянном не раскаялись. Однако собранные в ходе расследования уголовного дела доказательства (было проведено более 20 судебных экспертиз: таких как психолого-психиатрические, фоноскопические, компьютерно-технические и др., также в ходе расследования были изъяты и исследованы более 300 личных дел воспитанников интерната) в своей совокупности позволили государственному обвинителю профессионально опровергнуть выдвинутые в ходе судебного разбирательства различные версии обвиняемых, а суду – признать подсудимых виновными в совершении преступлений.

Стоит отметить, что указанные эпизоды выявлены следственными органами СК России по ЕАО в ходе расследования другого уголовного дела, возбуждённого по материалам, представленным УФСБ России по ЕАО в отношении директора интерната по ч. 1 ст. 286 УК РФ («Превышение должностных полномочий»), согласно которому в июне-июле 2012 г. руководитель учреждения незаконно расходовал личные денежные средства воспитанников интерната. Сумма ущерба составила более 600 тыс. руб., а потерпевшими от преступных посягательств следователем были признаны почти 300 недееспособных граждан.

Приговором суда бывшему директору интерната назначено наказание в виде 13 лет лишения свободы с отбытием наказания в колонии строгого режима, бывшему начальнику отдела кадров интерната – 10 лет лишения свободы, бывшему главному бухгалтеру интерната – 6,5. Женщины будут отбывать наказание в исправительной колонии общего режима.

Интересно, что защиту подсудимых осуществляли сразу 4 известных адвоката. И хотя они старались, как могли, а обвиняемые во время процесса пытались изобразить из себя «белых и пушистых», это им никак не помогло.

Вадим РЕШЕТНЯК,
внешт. корр. «МГ».

Биробиджан.

Кадры

«Земский фельдшер» прижился в Якутии

Ход реализации программы «Земский фельдшер» обсудили в Государственном собрании Республики Саха (Якутия).

Эта республиканская программа «Земский фельдшер» реализуется по аналогии с программой «Земский доктор», напомнил первый заместитель министра здравоохранения Якутии Олег Припузов. В соответствии с ней медицинские работники, имеющие среднее профессиональное образование и переехавшие в арктические районы, получают единовременные компенсационные выплаты в размере 700 тыс. руб.

В республике функционирует 208 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, 31 из них расположен в арктических и северных районах. В данное время заключены договоры по строительству ещё 15 ФАПов, два пункта уже сданы.

Подготовка среднего медперсонала для республики проводится в Якутском, Алданском и Нерюнгринском медицинских колледжах.

– За последние 3 года план набора в эти заведения увеличился на 105 мест, – сообщил первый заместитель министра.

Парламентарии рекомендовали Минздраву Якутии рассмотреть возможность распространения действия программы не только на ФАПы, но и участковые больницы, врачебные амбулатории и отделения скорой медицинской помощи ЦРБ.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Якутск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 83 (2022)

Профессиональные полинейропатии

В настоящее время достаточно высокий процент из диагностированной профессиональной патологии занимают профессиональные поражения от воздействия физических факторов, функционального перенапряжения, химических веществ. Значительное место среди данных поражений занимают полинейропатии профессионального генеза, развитие которых может быть связано с воздействием вибрации (как локальной, так и общей), контактного ультразвука, функционального перенапряжения, а также различных химических веществ (табл. 1).

Клиническая картина. Профессиональная полинейропатия от воздействия локальной вибрации обычно протекает совместно с периферическим ангиодистоническим синдромом, который входит в симптомокомплекс данного заболевания. Характерны ноющие, ломящие, тянущие боли в конечностях, беспокоящие больше по ночам или во время отдыха. Часто боли сопровождаются парестезиями (особенно в виде неприятного ощущения ползания мурашек), повышенной зябкостью кистей. При наличии периферического ангиодистонического синдрома характерны жалобы на внезапно возникающие приступы побеления пальцев на левой руке (обрубщики, рубщики и т.д.) или на обеих руках (полировщики, наждачники и др.).

Вегетативно-сенсорная полинейропатия конечностей от воздействия общей вибрации протекает, как правило, совместно с церебрально-периферическим ангиодистоническим синдромом, вегетативно-вестибулярным синдромом, полирадикулярными и функциональными нарушениями со стороны центральной нервной системы.

Наиболее типичным для **патологического действия ультразвука** является развитие периферических вегетативно-сосудистых расстройств, чувствительных нарушений – синдромов ангиодистонической и вегетативно-сенсорной полинейропатии. Через несколько лет от начала работы (3-5) появляются жалобы на онемение пальцев рук, парестезии в них, повышенную чувствительность рук к холоду. Формируется синдром вегетативно-чувствительного полиневрита, иногда и вегетомиофасцита предплечий, отмечается снижение болевой чувствительности на руках по полиневритическому типу в виде «коротких перчаток», позднее – «высокие перчатки», пастозность кистей, может быть ломкость ногтей, сглаженность кожного рисунка.

Вегетативно-сенсорная полинейропатия от физического перенапряжения верхних конечностей наиболее часто встречается в профессиях, где существенное мышечное напряжение комбинируется с усиленной местной травматизацией чувствительных нервных окончаний кожи ладоней и пальцев (резкое давление на ограниченный участок кожи, трение, удары). Кроме функционального перенапряжения, сопутствующими факторами, способствующими развитию вегетативно-сенсорной полинейропатии в данных профессиональных группах, являются неблагоприятные микроклиматические условия; смачивание рук смазочно-охлаждающими жидкостями, растворителями; производственная локальная вибрация.

Свинцовая полинейропатия морфологически характеризуется сегментарной демиелинизацией и дегенерацией аксонов периферических нервов. Вопрос преобладания данных процессов остаётся спорным. Клинически проявляется хронической двигательной невропатией, моторными дефектами, обычно асимметричными. В верхних конечностях поражается лучевой нерв («свисающая кисть») и в нижних – малоберцовый нерв («свисающая стопа»). Чувствительные расстройства незначительные. Сенсорная форма встречается при латентном и умеренно выраженном отравлении. Возможны болевой синдром, дистальная вегетативная дисфункция.

Мышьяковая полинейропатия. Источник заболевания – инсектициды, содержащие мышьяк, медицинские препараты, красители (в последнее время с лечебной целью или в качестве красителя мышьяк не применяется). Профессиональная интоксикация возможна у плавильщиков (протекает мягко). Однократное воздействие большой дозы ведёт к сосудистой гипотензии, рвоте, нарушению сознания, возможно корсаковского типа. Если больной выживает, после латентного периода в 2-3 недели развивается полинейропатия. Мышечная слабость вариабельна, преобладает в ногах. При повторных воздействиях небольших количеств мышьяка развивается дистальная симметричная сенсомоторная полинейропатия, при которой доминируют боли и нарушения чувствительности.

Полинейропатия при отравлениях ФОС. Фосфорорганические соединения (ФОС) широко используются в качестве инсектицидов, пластификаторов, смазочных масел. Они являются стойкими ингибиторами холинэстеразы в вегетативных узлах, окончаниях парасимпатических нервов, в нервно-мышечных синапсах. Острое отравление течёт как холинэргический криз: гиперсаливация, потливость, миоз, кишечные колики, рвота, диарея, головная боль, фасцикуляции, недержание мочи, бронхоспазм, судороги, депрессия дыхания, кома, в тяжёлых случаях смерть. Необходимо отметить, что только инсектициды вызывают при своём применении периферические невропатии. Иногда случаи полинейропатии отмечаются после суицидальных попыток при приёме трихлорфона.

Таблица 1

Этиологические факторы профессиональных полинейропатий

Профессиональный фактор	Профессиональные группы	Сопутствующий фактор
Локальная вибрация	Работающие с ручным инструментом ударного или вращательного действия – обрубщики литья, рубщики металла, клепальщики, формовщики, полировщики, заточники, наждачники, слесари-сборщики, вальщики леса	Производственный шум
Общая вибрация	Водители сельскохозяйственных машин (в том числе комбайнов); тяжёлой техники (в том числе экскаваторов, промышленных кранов, тягачей, скреперов, грейдеров, бетоноукладчиков, катков и т.д.); водители самоходного горношахтного рельсового транспорта. Работающие на металло- и деревообрабатывающем оборудовании, кузнечно-прессовом и буровом оборудовании, насосных агрегатах и т.д.	Производственный шум
Контактный ультразвук	Врачи ультразвуковой диагностики, дефектоскописты	Физическое перенапряжение
Физическое перенапряжение	Слесари-ремонтники, доярки	Микротравматизация, неблагоприятные микроклиматические условия; смачивание рук смазочно-охлаждающими жидкостями, растворителями; производственная локальная вибрация
Химические факторы (свинец, мышьяк, ФОС)	Работники свинцовых производств (добыча, переработка свинцовой руды, изготовление изделий из свинца), работы, связанные с мышьяком, фосфорорганическими соединениями	Сопутствующие химические вещества

Диагностика. Профессиональные полиневриты, согласно Перечню профессиональных заболеваний, утверждённому приказом № 417н Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.04.2012 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» может развиваться при выполнении работ, связанных с воздействием локальной или общей вибрации, контактного ультразвука, физического перенапряжения, химических веществ (свинца, мышьяка, ФОС) и других вредных производственных факторов. Диагноз устанавливают на основании данных профессионального анамнеза, предметного анализа санитарно-гигиенической характеристики условий труда. При сборе анамнеза, для проведения дифференциального диагноза для установления профессионального или непрофессионального генеза полинейропатии обращается внимание на предшествующую работу в контакте с вредными производственными факторами (общая или локальная вибрация, ультразвук, физическое перенапряжение, химические вещества), приём лекарственных препаратов, перенесённые инфекционные или соматические заболевания, особенности питания, семейный анамнез. Ввиду высокой распространённости алкогольной полинейропатии необходимо особое внимание уделить свидетельствам хронической алкогольной интоксикации.

Кроме того, для рациональной диагностики профессиональной полинейропатии необходимы:

1. Неврологический осмотр пациента предусматривает как выявление симптомов, характерных для полинейропатий, так и выделение ведущей формы данной патологии. Среди проявлений полинейропатий принято выделять моторные, сенсорные и вегетативные группы признаков. При этом каждая из этих групп может проявляться как негативными, так и позитивными симптомами. В ходе неврологического осмотра при неясном характере полинейропатии необходима пальпация доступных нервных стволов. Их утолщение может быть свидетельством специфических видов полинейропатий (при лепре, саркоидозе, болезни Рефсума и т.д.).

2. Стимуляционная электронейромиография позволяет оценить скорость и качество проведения импульсов по сенсорным и моторным волокнам периферических нервов, что необходимо для определения уровня и характера (аксонопатии или демиелинизации) поражения.

3. Дополнительные методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов).

4. Рентгенография кистей, стоп, компьютерная денситометрия (позволяют своевременно выявить явления остеопороза, характерные для длительного вибрационного воздействия, тяжёлых форм заболевания).

5. Исследование цереброспинальной жидкости (имеет значение при полинейропатии Гийена-Барре). Исследование цереброспинальной жидкости вынесено отдельным пунктом в алгоритме обследования, поскольку её проведение показано при подозрении на демиелинизирующую полинейропатию, острую или хроническую, а также при поиске инфекционных агентов или неопластического процесса.

6. Биопсия кожного нерва (для исключения амилоидоза, саркоидоза, лепры). Инвазивность, количество осложнений и побочных явлений при проведении биопсии служат существенными ограничивающими факторами проведения данной процедуры.

Дифференциальный диагноз. Дифференцировать профессиональные полиневриты необходимо от полиневритов другой этиологии, не связанных с воздействием профессиональных вредностей (табл. 2).

Лечение. Основными принципами лечения профессиональных полинейропатий являются этиологический, патогенетический и симптоматический. Соблюдение этиологического принципа заключается в том, что при любых степенях развития профессиональных полинейропатий необходимо временное или постоянное исключение воздействия на организм неблагоприятных профессиональных факторов, таких как локальная и общая вибрация, контактный ультразвук, значительное физическое напряжение конечностей, подъём и переноска тяжестей, охлаждение, воздействие шума и т.д.

При профессиональных полинейропатиях, обусловленных воздействием локальной или общей вибрации, протекающей с преимущественными нейрососудистыми расстройствами, в случае появления болей рекомендуется сочетанное применение ганглиоблокирующих веществ с малыми дозами центральных холинолитиков и сосудорасширяющих средств (никотиновая кислота, но-шпа, новокаин).

Для лечения астеноневротического синдрома используют общепринятые седативные и общеукрепляющие средства, а также биогенные стимуляторы (алоэ, глутаминовая кислота). Из общеукрепляющих медикаментозных средств эффективно введение 40% раствора глюкозы или глюконата кальция, хлорида кальция, небольших доз брома, кофеина. Особое внимание следует уделять активной витаминотерапии (витамины группы В).

Физиотерапия и лечебная физкультура. Из физических методов лечения при профессиональных полинейропатиях наиболее ярко выраженный эффект даёт применение электрофореза различных лекарственных веществ. Оба фактора – электрический и фармакологический – действуя на организм одновременно, вызывает не только общую, но и специфическую для каждого лекарственного вещества ответную реакцию. В связи с этим чаще всего применяется электрофорез 5% раствора новокаина или 2% раствора бензогексония на кисти рук или на воротниковую зону. При выраженных сосудистых нарушениях рекомендуются ионные воротники (новокаиновый, кальциевый, бромистый). Концентрация лекарственных растворов должна быть не более 5%-го для новокаина и 2%-го для раствора бромида натрия. Новокаин, кальций вводят в организм с положительного полюса, бром – с отрицательного. Сила тока 10-15А, длительность воздействия 10-15 минут, процедуры проводят через день (15 – на курс лечения).

Назначают электрическое поле УВЧ на воротниковую зону в слаботепловой дозе или даже без ощущения тепла в течение 10 минут, через день; 15 процедур на курс

Таблица 2

Дифференциальная диагностика при полинейропатиях профессионального генеза

Ведущая причина развития	Клинические особенности	Методы исследования, позволяющие подтвердить этиологию заболевания
Дисметаболические полинейропатии		
Диабетическая полинейропатия	Как правило, симптомы полинейропатии появляются на фоне клинических проявлений сахарного диабета и являются одним из наиболее распространённых его осложнений	Глюкоза крови натощак, гликемический профиль, гликированный гемоглобин
Алкогольная полинейропатия	Наблюдаются симметричные парезы и атрофия мышц, преимущественно сгибателей стопы и пальцев, чувствительные нарушения вида «перчаток» и «носков», постоянные или простреливающие боли и парестезии в голенях и стопах, жгучие боли в подошвах, отёчность, гиперпигментация конечностей, язвы. Наблюдаются характерные изменения личности больного, обусловленные токсическим воздействием этанола на центральную нервную систему, возможно развитие алкогольной энцефалопатии, алкогольной деменции, эпилептиформного синдрома	Гамма-глутамилтрансфераза, АсАТ, АлАТ, билирубин, щелочная фосфатаза, общий анализ крови, анти-HCV, HBsAg
Полинейропатия при дефиците витаминов B_1, B_6, B_{12}	При дефиците витамина B_1 (тиамина) возможно расстройство функций нервной системы (раздражительность, утомляемость, нарушение координации движений, мышечные судороги), отёки, тахикардия, одышка, рвота, понос, истощение. При дефиците витамина B_6 (пиридоксина) возможны судороги, депрессия, раздражительность, заторможенность, повышение уровня тревожности, бессонница, дерматит, глоссит, хейлоз с вертикальными трещинами губ, стоматит. Недостаток витамина B_6 ведёт к снижению такого показателя функционирования иммунной системы, как количество Т-лимфоцитов. При дефиците витамина B_{12} (цианокобаламина) возможно развитие пернициозной анемии	Определение содержания в крови витаминов B_1, B_6, B_{12}
Инфекционные полинейропатии		
Дифтерийная полинейропатия	Полинейропатия развивается через 1-3 месяца после начала дифтерии. Мышечная слабость при этом распространяется с проксимальных отделов конечностей на дистальные. Тяжесть полинейропатии колеблется от лёгкой слабости мышц таза с неустойчивостью походки до вялого паралича всех мышц, в том числе дыхательных	Специфическая диагностика производится на основании бактериологического исследования мазка со слизистых оболочек носа и ротоглотки, глаз, гениталий, кожи и др. Определение нарастания титра антитоксических антител имеет вспомогательное значение, производится с помощью РНГА. Дифтерийный токсин выявляют с помощью ПЦР
Полинейропатия при лепре	Сенсорная полинейропатия при лепре характеризуется распространённым поражением с диспропорциональным нарушением болевой и температурной чувствительности. При полинейропатии при лепре то, что нарушения наиболее выражены на открытых участках тела – в области ушей, носа, щёк, на тыльной поверхности кистей, предплечий и стоп, наружной поверхности голени	Изучают внешний вид больного, степень поражений и нарушения чувствительности, состояние роста пушковых волос, наличие в высыпаниях и в соскобах со слизистой оболочки носа микобактерии лепры, а также результаты реакции на лепромин
Лайм-боррелиозная полинейропатия	В течение нескольких недель (редко ранее 10-12 дней) или месяцев от начала заболевания у 15% больных появляются явные признаки поражения нервной системы. Возможно развитие серозного менингита, менингоэнцефалита, поражения периферической нервной системы: в виде сенсорной полинейропатии, миалгии, невралгии, плексалгии, радикулоалгии, амиотрофического синдрома, радикулоневрита, изолированного неврита лицевого нерва, мононевритов, регионарных к месту присасывания клещей, распространённого полирадикулоневрита (синдром Баннварта), миелита	нРИФ, повышение титров антител к B.burgdorferi
ВИЧ-ассоциированная полинейропатия	Примерно у 1/4 больных СПИДом развивается дистальная симметричная невропатия. Характерны боль и снижение чувствительности в стопах. Возможна также множественная мононевропатия вследствие ишемического повреждения периферических нервов. Часто развивается клиническая картина синдрома Гийена-Барре и хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии с плеоцитозом в спинномозговой жидкости	Анти-ВИЧ
Аутоиммунные полинейропатии		
Полинейропатия при системных заболеваниях соединительной ткани	Периферическую невропатию (симметричную чувствительную или двигательную) наблюдают у 10% больных системной красной волчанкой. При узелковом полиартериите полинейропатия нередко бывает начальным проявлением, при ревматоидном артрите, как правило, развивается у больных с уже установленным диагнозом заболевания	Антинуклеарный фактор, ревматоидный фактор, С-реактивный белок, СОЭ, мочевая кислота
Полинейропатия при парапротеинемических гемобластозах (миеломная болезнь, POEMS-синдром, доброкачественная моноклональная гаммапатия, амилоидоз	Полинейропатия при доброкачественной моноклональной гаммапатии. Выявляется у 1% населения до 50 лет и у 10% населения после 75 лет. Содержание парапротеина в сыворотке при этом заболевании не превышает 30 г/л, а признаки миеломы или первичного амилоидоза (в частности, белок Бенс – Джонса, анемия, почечная недостаточность, остеолитические миеломные очаги, гиперкальциемия и т.д.) отсутствуют. Полинейропатия при первичном системном амилоидозе. Выявляется примерно в четверти случаев полинейропатии, связанной с парапротеинемией. Это заболевание вызывает мультисистемное поражение, в основе которого лежит отложение в тканях, в том числе в периваскулярных пространствах эпиневрия или в эндоневрии, фрагментов моноклональной лёгкой цепи (чаще всего Х). Полинейропатия при миеломной болезни. Чаще встречается множественная или изолированная мононевропатия (особенно характерен синдром запястного канала). Полинейропатия развивается нечасто, она может иметь сенсорный или сенсомоторный, аксональный или демиелинизирующий характер	Иммуноэлектрофорез белков сыворотки и суточной мочи
Наследственные полинейропатии		
Болезнь Дежерина – Сотта	При болезни Дежерина – Сотта полинейропатия носит семейный характер, характеризуется гипертрофией шванновской оболочки нервных волокон со сдавлением и дегенерацией аксонов; проявляется медленно нарастающими периферическими парезами с мышечными атрофиями и нарушениями чувствительности по полиневритическому типу; наследуется по аутосомно-рецессивному типу	Необходимо исследование генеалогических данных.
Болезнь Рефсума	Начало болезни Рефсума чаще в детском возрасте (4-7 лет). Характерны дистальные парезы, больше в ногах, с выраженными расстройствами чувствительности по типу «перчаток» и «чулок», характерен болевой синдром, мышечная гипотрофия. Возможны мозжечковые расстройства – скандированная речь, статическая и динамическая атаксия, раннее развитие глухоты, вследствие поражения слухового нерва, поражение зрительного нерва	В крови и моче находят высокое содержание фитановой кислоты. В спинномозговой жидкости почти постоянно определяется белково-клеточная диссоциация

лечения. Рекомендуется также проведение общего ультрафиолетового облучения малыми и субэритемными дозами, начиная с 1/4 биодозы. При наличии вегетативного полиневрита или вегетомиофасцита назначают 2- или 4-камерные ванны (температура воды 36-37°С) с предварительным нанесением 10% эмульсии нафталанской нефти на конечности; на курс лечения 14-15 процедур через день или с перерывом на один день после двух процедур.

Профилактика. Основной профилактикой профессиональных полинейропатий от воздействия локальной или общей вибрации, контактного ультразвука, физического перенапряжения, химических факторов (свинец, мышьяк, ФОС) и других неблагоприятных факторов производственной среды является максимально возможное снижение действия причинного вредного производственного фактора на организм (меры санитарно-технического, санитарно-гигиенического и медицинского характера).

В первичной профилактике ведущая роль принадлежит экспертизе профессиональной пригодности (предварительному и периодическим медицинским осмотрам) – соблюдению медицинских регламентов допуска к работе в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 302н от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» для выявления медицинских противопоказаний для работы в условиях воздействия вредного фактора, выявления признаков воздействия вредного производственного фактора. Противопоказания для приёма на работу, связанную с воздействием вибрации, ультразвука, физического перенапряжения, химических факторов: заболевания сердечно-сосудистой системы, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, лицам с облитерирующим эндартериитом, болезнью Рейно.

К мерам медицинского характера, направленным на профилактику профессиональных полинейропатий от воздействия факторов физической природы и функционального перенапряжения, также относятся регламентированные перерывы, внутрисменные физиотерапевтические процедуры, санаторное лечение.

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

Самарский государственный медицинский университет.

Ориентиры

Своих в обиду не дадим!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Такой же произвол мог произойти на Кубани, если бы на защиту работника скорой помощи не встала Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников. Специальный корреспондент «МГ» доктор медицинских наук **Наиля САФИНА** узнала подробности так называемого геленджикского дела у руководителя Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, главного нарколога Южного федерального округа **Дмитрия ЛЮБЧЕНКО**.

– Дмитрий Александрович, ранее вы выступали со страниц нашего издания в статусе главного врача Краснодарского краевого наркологического диспансера и главного нарколога Краснодарского края. Но, оказывается, как человек с активной гражданской позицией, вы ещё и возглавляете Краснодарскую краевую общественную организацию медицинских работников. Чем она занимается?

– Миссия работника здравоохранения состоит в охране здоровья, глубоком уважении личности и достоинства человека. В понятие профессионального долга всегда входят не только функциональные обязанности представителей той или иной профессии, но и ответственность этих людей перед коллегами, профессией как таковой и обществом. Всё это побудило при поддержке Минздрава Краснодарского края активизировать работу негосударственных общественных объединений в здравоохранении, в связи с чем было принято единогласное решение о вступлении в члены Национальной медицинской палаты (НМП). 23 ноября 2012 г. в Москве под председательством Леонида Михайловича Рошаля состоялось расширенное заседание совета НМП, и единогласным решением наше общественное объединение «Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников» вошло в её состав.

– Наверное, в то время вы даже не могли предположить, что вашей общественной организации придётся защищать честь и достоинство коллег не от неадекватных пациентов (бывает и такое!), а от судебных органов, совершенно необоснованно обвинивших водителя «скорой». С вашего позволения я представлю более подробно материалы дела.

«21 августа 2014 г. около 13 часов 15 минут в Геленджике произошёл конфликт между водителем скорой помощи Игорем Черкасовым и водителем «роллс-ройса» Жомартом Каменовым.

«Скорая» приехала на вызов к ребёнку, автомобиль «скорой» был припаркован на обочине.

Ж.Каменов из хулиганских побуждений, используя малозначительный повод, умышленно нанёс удар кулаком правой руки в область лица И.Черкасову и причинил ему телесные повреждения, повлёкшие лёгкий вред здоровью.

Приговором мирового судьи судебного участка № 16 г. Геленджика Краснодарского края от 28.10.2014 Ж.Каменов признан виновным по п. «а» ч. 2 ст. 115 УК РФ, и ему назначено наказание в виде одного года ограничения свободы.

Однако Ж.Каменов в порядке частного обвинения обратился в суд с иском на водителя И.Черкасова с обвинениями на нанесение ему побоев.

Приговором мирового судьи судебного участка № 16 г. Геленджика Краснодарского края от 06.11.2014 И.Черкасов осуждён по ч. 1 ст. 116 УК РФ, и ему назначено наказание в виде штрафа в 5 тыс. руб.

Геленджикский городской суд 30.10.2015 г. оставил приговор без изменения.

Однако при поддержке Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, предоставившей И.Черкасову адвоката, удалось восстановить справедливость: водитель полностью оправдан.

Постановлением Президиума Краснодарского краевого суда от 9 декабря 2015 г. кассационная жалоба адвоката удовлетворена.

Сегодня современный модернизированный автомобиль скорой помощи становится приметой наших больших городов

Приговор мирового судьи судебного участка № 16 г. Геленджика Краснодарского края от 06 ноября 2014 г. и апелляционное определение судьи Геленджикского городского суда Краснодарского края от 30 октября 2015 г. в отношении И.Черкасова отменено. Уголовное дело в отношении И.Черкасова по ч. 1 ст. 116 УК РФ прекращено за отсутствием в его действиях состава преступления, за И.Черкасовым признано право на реабилитацию».

– Закон и здравый смысл всегда должны брать верх, как это и случилось в данном случае. На сегодняшний день членами нашей организации являются более 10 тыс. медицинских работников края. И ещё раз повторюсь, одним из важнейших видов деятельности организации является защита медработников. Каждый, кто сегодня присоединяется к нашему сообществу, автоматически становится под защиту организации.

– Совершенно очевидно, Дмитрий Александрович, что именно краевая общественная организация медработников сделала всё возможное и невозможное для защиты водителя «скорой помощи» из Геленджика, который вместе с бригадой медиков был избит водителем «роллс-ройса» и его охранниками во время исполнения должностных обязанностей – оказания медпомощи ребёнку, но тем не менее по чудовищному стечению обстоятельств в решении суда водитель «скорой» перешёл с «пострадавшего» в «обвиняемого»...

– Очень важно, что действия нашей общественной организации имеют поддержку со стороны губернатора Краснодарского края Вениамина Кондратьева, вице-губернатора края Анны Миньковой и министра здравоохранения региона Евгения Филиппова, что в данном случае сыграло решающую роль.

– Насколько известно, активисты Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников не остановились на конкретном случае с потерпевшим водителем «скорой»?

– Да, была проведена акция в поддержку инициативы по принятию законопроекта, который приравняет медиков, находящихся при исполнении должностных обязанностей, к полицейским. Поскольку сегодня случаи нападения на медицинских работников не редки, необходимо поддержать данный законопроект, который приравняет самую уязвимую их группу, работающую на «скорой», к полицейским. Знаем, что соответствующий законопроект подготовлен в Госдуме, при помощи внесения дополнений и поправок в статью 318 Уголовного кодекса «Применение насилия в отношении представителя власти», в котором предлагается за насилие, неопасное для жизни, или угрозу насилия в отношении врача скорой помощи наказывать лишением свободы сроком до 5 лет, а при применении опасного для жизни насилия – заключением до 10 лет. Необходимость принятия данных поправок возрастает с каждым днём в связи с участившимися случаями нападений на медицинских работников. Более того, наша организация выступает за то, чтобы распространить требуемую защиту от посягательств не только на сотрудников «скорой», но и на всех медицинских работников без исключения. Медицинская общественность Кубани убеждена, что нельзя допустить вседозволенность и безнаказанность за преступления в отношении людей, живущих и работающих ради жизни и здоровья граждан. Когда произошёл этот случай, медики Кубани выразили общечеловеческую солидарность, и только за один день по их инициативе жители и гости краевой столицы оставили в поддержку вышеуказанного законопроекта около 2 тыс. голосов.

Впрочем, есть и такие эксперты, которые считают, что уже существующих законов вполне достаточно для защиты медперсонала неотложки. По их мнению, законодательством уже введена повышенная уголовная ответственность за преступления в отношении сотрудников правоохранительных органов в связи с тем, что данные лица постоянно по службе должны общаться с криминальными элементами и находятся в зоне риска для своей жизни и здоровья, а медицинские работники важны для нашей страны так же, как и другие люди, обеспечивающие наш быт, в связи с чем ещё ранее на законодательном уровне дополнительно была усилена ответственность в виде квалифицирующих признаков составов преступлений за посягательство на жизнь или здоровье людей в связи с выполнением ими служебных обязанностей.

– И получается, что эта идея приравнивания медицинских работников «скорой» к полицейским, которая, кстати, исходит не только из краснодарского, но и из других регионов, недостаточно обоснована? Но это же несправедливо...

– Мы не считаем, что, с точки зрения Уголовного кодекса, жизнь и здоровье медиков усиленно охраняются. Противоправные действия, совершаемые в отношении медицинских работников при оказании скорой медицинской помощи в конечном итоге посягают не только на их жизнь, здоровье, телесную неприкосновенность, честь и достоинство, но и делают невозможной или, как минимум, снижают эффективность оказываемой медицинской помощи в ситуации, когда жизни или здоровью пациента угрожает серьёзная опасность. Внесение поправок в статью 318 УК РФ необходимо. Это позволит обеспечить реальную защиту жизни и здоровья медицинского персонала, создав дополнительные механизмы их защиты и уменьшив отток кадров из скорой помощи. Кстати, ещё на V съезде НМП, где была принята специальная резолюция о том, что необходимо внести в закон пункт приравнивания врачей, медицинских работников к сотрудникам полиции, Леонид Рошаль сказал, что у него на столе лежат уже более 100 тыс. подписей только жителей одного Краснодара, не говоря уже о других регионах.

– Знаковым событием этого года для вашей региональной организации стало вручение премии Национальной медицинской палаты...

– Мы гордимся, что наша Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников победила в номинации «Право на защиту». Да, мы работаем во всех областях права – от досудебного разбирательства до уголовного судопроизводства и помощи в гражданском судопроизводстве, и поверьте, те, кто позволил себе оскорбить медицинского работника или поднять на него руку, очень бледно выглядят в суде. И конечно, мы эту работу будем продолжать. Только занимая активную позицию, мы сумеем снизить количество негатива, что в конечном итоге послужит укреплению авторитета врача. Мы не даём в обиду своих коллег. То, что мы чувствуем плечо друг друга, воспринимаем физическую или моральную обиду, нанесённую любому медицинскому работнику Краснодарского края как обиду всему врачебному сообществу.

– Дмитрий Александрович, перед интервью всё же не удержалась и позвонила Леониду Михайловичу Рошалю, чтобы услышать его мнение о деятельности Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников. Он гордится вами, кубанцами, и очень высоко ценит профессионализм грамотных действий вверенной вам общественной организации: «Это настоящие подвижники и очень талантливые люди».

Краснодар.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Медицинская газета

№ 89 • 25. 11. 2016

Врач и пациент

На пути к рекордам

Врачебный контроль в спортивной медицине

Никогда ещё «страсти по спорту» не разгорались с такой силой, как в последнее время. И самое неприятное в том, что его пытаются использовать как элемент политики. Но у тех, кто посвятил ему свою жизнь, иные задачи и цели: их мечта – достигнуть высоких результатов, и этому они отдают свои силы, а порой и всю жизнь. На страже огромной армии наших спортсменов стоят врачи, которые свои знания, опыт отдают молодым и уже известным спортсменам, живут с ними одной жизнью, их заботами. Как решают они проблемы своих подопечных, как помогают им добиваться результатов, охраняют их здоровье?

Высокие спортивные достижения немыслимы без постоянного врачебного контроля

Особенности тренировки

Как показала оценка психофизического состояния, работоспособности и резервных возможностей конкретного человека, они могут явиться базисом для разработки индивидуальной целевой программы его физической тренировки, целенаправленным воздействием на слабые физиологические звенья организма, что, несомненно, обнаружится при повторном обследовании. Говоря о восстановлении спортсмена, необходимо напомнить процессы, которые приводят к утомлению и переутомлению.

Утомление – временное снижение работоспособности: 1-я фаза – компенсированное утомление (работоспособность сохраняется при помощи волевых усилий); 2-я фаза – декомпенсированное утомление (происходит снижение интенсивности, а затем прекращение выполнения задания).

Причины возникновения утомления:

– снижение уровня энергетических запасов;

– изменение гомеостаза (постоянства внутренней среды);

– нарушение нервной и гормональной регуляции функций;

– «засорение» мышц продуктами обмена;

– кислородная недостаточность.

Важно знать, что утомление само по себе является показателем нормальной реакции организма на физическую нагрузку и определяет развитие организма и навыков бойца. Но грань между утомлением (физиологической реакцией) и переутомлением (патологической реакцией) порой очень тонка. Дело в том, что, например, военнослужащий в состоянии утомления нуждается только в отдыхе, а спортсмену в состоянии переутомления уже крайне важны определённые восстановительные мероприятия в виде реабилитационных методик, иначе происходит срыв внутреннего гомеостаза в виде неврозов, выраженных и длительных болей в области мышц, патологических реакций со стороны внутренних органов – сердца (кардиомиопатия – резкое увеличение размеров сердца с изменением всех механизмов регуляции: сократимости, возбудимости и проведения импульсов).

Тренировочный эффект – это результат воздействия нагрузки на организм спортсмена. Важно знать величину воздействия этой нагрузки и направленность физиологического воздействия.

Величина воздействия нагрузки:

– малые (10-30%);

– средние (> 30-60%);

– значительные (60-80%);

– большие (> 80-100%).

Направленность физиологического воздействия:

– аэробные;

– аэробно-анаэробные;

– анаэробно-гликолитические;

– анаэробно-лактатные;

– анаболические;

– катаболические.

Три вида энергообразования и кое-что о «спортивном сердце»

Для понимания сущности постнагрузочных реакций в организме спортсмена необходимо вспомнить о видах источников энергообразования при нагрузке. Итак, существует три их вида: аэробные, за счёт окисления углеводов, срок действия – несколько часов; лактатные анаэробные, за счёт гликолиза с образованием лактата и сроком действия от 30 секунд до 5-6 минут; алактатные анаэробные, за счёт креатинфосфокиназной и миокиназной реакции, АТФ мышц и сроком действия до 30 секунд.

И о нашем «моторе», который и определяет качество работы организма. Функции сердца и особенности его ремоделирования определяются, прежде всего, уровнем физической и функциональной подготовленности спортсменов, состоянием их здоровья, а также интенсивностью тренировочных и соревновательных нагрузок. При этом установленные изменения могут проявляться в двух формах. Если физические нагрузки адекватны тренированности спортсменов и состоянию их здоровья, то ремоделирование сердца (изменение геометрических характеристик) осуществляется по адаптивному типу или с нормальной геометрией левого желудочка. В том случае, когда мышечные нагрузки не соответствуют функциональной подготовленности спортсменов, развиваются процессы перетренированности и перенапряжения, дезадаптационные расстройства, а также предпатологические и даже патологические состояния. В этих условиях ремоделирование (изменение) левого желудочка происходит по неадаптивному типу с существенным нарушением функций сердца и его геометрических параметров.

Напоминаем, что при многолетней тренировке развивается так называемое спортивное сердце. Ничего плохого здесь нет. Это адаптация систем организма к физическим нагрузкам, граничащим порой с предельными. Это не катастрофа, это адаптация организма.

«Физиологическое спортивное сердце» формируется не ранее чем через 2 года от начала интенсивных тренировок и в классическом варианте включает синусовую брадикардию, артериальную гипотензию и гипертрофию миокарда левого желудочка. Наличие этих трёх признаков свидетельствует о высоком уровне функционального состояния сердечно-сосудистой системы, но сочетание их совсем не обязательно. Высокое функциональное состояние может не сопровождаться всеми этими признаками. Кроме того, каждый из них может быть и проявлением патологических изменений в организме спортсмена. Говорить о профессиональном заболевании у спортсмена можно уже после 2 лет занятия спортом, причём с пиковыми нагрузками и соревновательными циклами.

При частых предельных нагрузках развивается спортивное сердце с определённым симптомокомплексом. Это уже патология.

Помимо чрезмерной нагрузки существенное значение в возникновении патологического «спортивного сердца», в частности дистрофии миокарда вследствие физического перенапряжения, имеет нерациональная или непривычная нагрузка, а также сочетание интенсивной физической нагрузки с напряжённой умственной работой или отрицательными эмоциями. Важную роль при этом играет наличие очагов хронической инфекции. Чрезвычайно существенным и полностью сохраняющим силу сегодня является положение о том, что переход от физиологического «спортивного сердца» к патологическому и развитие его недостаточности протекает постепенно и незаметно для спортсмена. Вот почему отличное самочувствие и высокое функциональное состояние спортсмена всегда должны обязательно подкрепляться объективным исследованием с целью исключения предпатологических изменений и патологических состояний.

К патологическому «спортивному сердцу» относятся те заболевания сердечно-сосудистой системы, которые появляются у здорового человека под влиянием нерациональных занятий физическими упражнениями и в первую очередь чрезмерных физических нагрузок. Это прежде всего дистрофия миокарда вследствие острого и хронического физического и эмоционального перенапряжения, гипер- и гипотоническое состояние, различные нарушения ритма сердца, тонзилло- или гепатокардиальный синдром и т.п.

Подготовка спортсмена – этап важный

Спортивно-педагогическая диагностика органически вписывается в систему подготовки спортсменов. Она направлена на получение информации (диагноза) о физическом состоянии и специальной подготовленности спортсменов. Программа диагностики включает функционально-диагностическое обследование и тестирование ведущих для данного вида спорта физиологических систем и функций:

– центральной нервной системы,

– вегетативной нервной системы,

– сердечно-сосудистой и дыхательной систем,

– нервно-мышечного аппарата,

– внутренней среды,

– физического развития,

– соматической и биологической зрелости (в тех видах спорта, в которых высокие спортивные результаты достигаются в юном возрасте),

– психофизиологического состояния.

Обобщение и анализ исследований, проведённых на спортсменах, позволяет сформулировать факторы, определяющие и формирующие уровень функциональной подготовленности обследуемых:

– физическое развитие,

– функциональные возможности основных физиологических систем организма,

– иммунный статус,

– психологический статус.

При активных занятиях спортом во время тренировки около 1,5-2 часов с потом выделяется около 1-2 л воды, с выдыхаемым воздухом – до 1 л, почечный кровоток замедляется, и, как правило, с мочеиспусканием теряется до 200-300 мл воды. Общая потеря жидкости за 1,5-2 часа занятий составляет около 2-3 л воды с солевыми компонентами (K, Na, Mg, Ca, Se, Zn), что при неадекватном восполнении ведёт к переутомлению, нарушению нервно-мышечной передачи, а значит и уменьшению скоростно-силовой составляющей, появлению симптомов сердечно-сосудистой недостаточности. Мы рекомендуем обязательное питьё минеральной воды в объёме не менее 2 л или концентрированного сока (апельсин, яблоко, гранат) – 200 мл, разбавленного водой (около 1,8 л). Крайне желателен приём сухофруктов в течение суток или сразу после тренировки (кураги – 10-15 г, изюма – 10 г, банана – 1, грецких орехов – 3, мёда – 1 столовая ложка).

Регулярные занятия физической культурой не только улучшают здоровье и функциональное состояние, но и повышают работоспособность и эмоциональный тонус. Однако следует помнить, что самостоятельные занятия физической культурой нельзя проводить без врачебного контроля и, что ещё более важно, самоконтроля.

Эдуард НАУМЕНКО,
хирург,
кандидат медицинских наук.

Проблемы и решения

Всероссийская акция по профилактике йододефицитных заболеваний

В октябре 2016 г. в Эндокринологическом научном центре (ЭНЦ) Минздрава России стартовала Всероссийская акция по профилактике йододефицитных заболеваний «Соль + йод IQ сбережёт». Акция была организована ЭНЦ совместно с Общественной организацией «Российская ассоциация эндокринологов» и Всероссийским общественным движением «Волонтёры-медики» при поддержке Министерства здравоохранения РФ. Акция, в которой приняли участие около 4500 волонтёров, охватила более 50 регионов России, а проведённых мероприятий в регионах насчитывается около ста. Важно отметить, что все волонтёры прошли предварительное обучение в ЭНЦ. Студенты могли отвечать на возникшие вопросы по мерам профилактики йододефицитных заболеваний.

Врачи Эндокринологического научного центра за йодированную соль

В первый день акции 6 октября волонтёры начали информировать население практически во всех субъектах РФ: от Архангельска до Владивостока, в городах Сибири и на Кавказе – раздавали листовки, содержащие самую главную информацию о профилактике йододефицита и о последствиях её неосуществления. Для привлечения внимания населения к важности получения из рациона достаточного количества йода волонтёры-медики проводили мини-опросы граждан и лекции в школах и вузах.

Врачи и студенты Тюменского государственного медицинского университета

Торжественный старт акции прошёл в Эндокринологическом научном центре Минздрава России, где был организован консультативный стол «Нет узлам в щитовидной железе? Узнай как!» Эндокринологи проводили осмотр щитовидной железы и делали ультразвуковое исследование всем желающим. К кабинету выстроилась немалая очередь – люди благодарили врачей за предоставленную возможность.

В этот же день в детском отделении ЭНЦ мамам маленьких пациентов было рассказано о важности получения достаточного количества йода с пищей, особенно во время беременности и в период грудного вскармливания.

К акции, организованной ЭНЦ, присоединились ведущие вузы Москвы. Так, например, студенты Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова и Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова приняли участие в тематическом квесте, организованном волонтёрскими центрами вузов совместно с Всероссийским общественным движением «Волонтёры-медики».

В Центральном парке культуры и отдыха им. М.Горького волонтёры-медики раздавали информационные материалы, флажки «Я за йодированную соль!», задавали вопросы населению об использовании йодированной соли в домашнем хозяйстве и рассказывали о профилактике йододефицитных заболеваний.

Акция получила невероятный размах благодаря поддержке региональных министерств здравоохранения, неравнодушию руководителей лечебно-профилактических учреждений, врачей нашей страны. Во многих регионах уже в день начала акции на телевидении одной из основных новостных тем стало обсуждение проблемы йододефицитных заболеваний. Средства массовой информации активно освещали ситуацию в регионах, транслировали интервью с главными эндокринологами, записывали комментарии участников акции.

В Тюмени более 200 студентов-медиков и врачей Тюменского государственного медицинского университета, неравнодушных к проблеме всплеска йододефицитных заболеваний, организовали яркий флешмоб. В рамках акции был проведён «круглый стол», гостями которого стали главный специалист по эндокринологии в Тюменской области, а также ведущие эндокринологи региона.

В Нижегородском кремле прошёл «круглый стол» по вопросам профилактики йододефицитных заболеваний. Ведущие эндокринологи обсуждали ситуацию, связанную с дефицитом йода в регионе. Рассматривались пути решения данной проблемы, в том числе организации мероприятий по массовой профилактике дефицита йода с введением обязательного йодирования соли на производствах. В Нижегородском областном клиническом диагностическом центре была организована пресс-конференция по вопросам йододефицитных заболеваний с участием ведущих специалистов по эндокринологии и представителей органов власти.

В Перми специалисты Пермского краевого центра медицинской профилактики совместно с участниками ВОД «Волонтёры-медики» организовали акцию у площадки символичной скульптуры «Пермяк – солёные уши»: всем прохожим бесплатно раздавали йодированную соль – обязательный элемент профилактики недостатка йода и информационные листовки по йододефициту. За час работы площадки пермяки получили почти 200 кг соли.

Хотелось бы привести факты печальной статистики: «Среди топ-10 стран, где проблема дефицита йода не решена, Россия на 3-м месте по числу йододефицитных заболеваний». Особенно опасна эта ситуация тем, что в наибольшей степени страдают беременные женщины и маленькие дети. По данным Росстата, в РФ насчитывается почти 8 тыс. больных кретинизмом. Как говорят эксперты: «Дефицит йода – это нереализованный интеллект».

Волонтёры-медики в ЦПКиО им. М.Горького просвещают москвичей

Всероссийская акция по профилактике йододефицитных заболеваний «Соль + йод IQ сбережёт» охватила порядка 700 тыс. россиян, волонтёрами акции стали 4500 студентов-медиков. По итогам проведённого опроса о йододефицитных заболеваниях, участие в котором приняли 34 968 россиян, 66,4% граждан проголосовали за принятие закона о всеобщем йодировании соли на производствах РФ. В Республике Северная Осетия – Алания, как одном из наиболее эндемичных регионов по йодному дефициту, принятие подобного закона поддержали 98,4% опрошенных. Кроме того, в ходе проведения опроса было установлено, что йодированную соль употребляют в пищу 54,4% россиян, а на вопрос «Знаете ли вы про масштабный дефицит йода у населения России и чем он опасен?» положительно ответили 62,6% населения.

Цель акции – привлечение внимания Федерального собрания РФ и Государственной Думы РФ к глобальной проблеме российского здравоохранения, которую решить несложно: если в 1993 г. 110 стран находились в условиях выраженного дефицита йода, то к 2013 г. таких стран во всём мире осталось менее 30.

Закон о повсеместном йодировании соли позволит полностью ликвидировать эндемический кретинизм, уменьшить заболеваемость йододефицитными заболеваниями на 80%, существенно снизить число необоснованных хирургических вмешательств на щитовидной железе.

Всемирная организация здравоохранения, Генеральная Ассамблея ООН, ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН) призывают мировое сообщество активизировать профилактические меры и принять закон о всеобщем йодировании соли.

Екатерина ШЕСТАКОВА,
кандидат медицинских наук,
руководитель пресс-службы
Эндокринологического
научного центра.

Современные технологии

В помощь хирургии

Брахитерапия раскрывает возможности в лечении онкологической патологии

В Российском научном центре рентгенорадиологии (РНЦРР) Минздрава России прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Брахитерапия в лечении злокачественных образований различных локализаций».

– Участников конференции приветствовала заместитель начальника Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Ольга Прокофьева. Она напомнила, что, несмотря на успехи хирургических технологий, лучевая терапия сохраняет своё большое значение. Более того, за 10-летнюю историю применения этой технологии в России произошло её закономерное совершенствование, повышение качества и расширение возможностей.

– Главной целью нашей конференции является повышение уровня знаний в важных областях онкологии для практикующих врачей – урологов, гинекологов, проктологов, маммологов, радиологов, онкологов, лучевых диагностов, медицинских физиков, ознакомлении их с новейшими достижениями науки и практики в лечении злокачественных новообразований с использованием метода внутритканевой лучевой терапии (брахитерапии), – отметил директор РНЦРР академик РАН Владимир Солодкий.

В свою очередь, исполнительный директор ассоциации «Общество брахитерапевтов» Павел Свиридов сообщил коллегам, что за время применения метода сформировался персонализированный подход к проведению брахитерапии у больных раком предстательной железы. Кроме того, сейчас в наиболее крупных центрах брахитерапии России накоплен колоссальный количественный опыт. «Это позволяет развивать данный метод лучевой терапии на качественно новом уровне, внедряя такие инновации, как фокальная брахитерапия», – заявил он.

Наряду с этим П.Свиридов зачитал приветствие участникам конференции своего американского коллеги – исполнительного директора Американского общества брахитерапевтов доцента медицинского факультета Гарвардского университета Питера Орио. Эксперт из США подчеркнул, что клинические исследования брахитерапии демонстрируют высокие показатели эффективности лечения и достоверно более низкий уровень смертности по сравнению с другими методами лечения, так как брахитерапия имеет возможность регулировать дозу воздействия на поражённый орган.

«Преимущества брахитерапии не ограничиваются лишь доказанной клинической эффективностью. По сравнению с другими методами наружной лучевой терапии брахитерапия безусловно имеет и подкреплённую исследованиями социально-экономическую значимость. А это крайне важно на фоне растущей во всём мире стоимости медицинской помощи. И мы, сторонники брахитерапии, обязаны совместно прилагать все возможные усилия, чтобы расширить применение данного метода и использовать для этого самые разные пути – рассказывать о клинической и социально-экономической эффективности брахитерапии, привлекать прессу, работать с нашими коллегами в смежных областях», – написал в своём приветствии исполнительный директор Американского общества брахитерапевтов. Кроме того, он направил своим российским коллегам для использования стандарты лечения, разработанные Американским обществом брахитерапевтов для низко- и высокодозной брахитерапии злокачественных новообразований различных органов.

Первый день конференции был посвящён брахитерапии рака предстательной железы, который попрежнему остаётся одной из самых распространённых причин смерти мужского населения во всём мире. Специалисты говорили о том, что хирургическое лечение далеко не всегда является оптимальным выбором лечения. До 60-70% больных РПЖ показана брахитерапия, особенно параректальная методика, выполняемая под КТ.

Были представлены данные клинического опыта использования и результаты брахитерапии, в том числе отдалённые, при лечении РПЖ.

Второй день работы конференции был посвящён брахитерапии в лечении опухолей различных локализаций, в частности, женской репродуктивной системы.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Cito!

Москва.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

✓ уролога
✓ оториноларинголога
✓ эндокринолога
✓ кардиолога
✓ педиатра участкового.
✓ инфекциониста
✓ эндокринолога детского
✓ терапевта участкового
✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё.

Контактные 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.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.**
Резюме направлять по e-mail: **sovhospital@совбольница.рф.**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Клиника «Медицина»

Первая клиника в России, аккредитованная Joint Commission International (JCI)

- Одна из крупнейших частных клиник в России
- Международные стандарты качества медицинской помощи
- Международные консультанты по различным медицинским направлениям
- Инновационная IT-инфраструктура: smart-клиника
- Большие возможности для сотрудничества и профессионального роста

■ Поликлиника ■ Стационар ■ Скорая помощь
■ Ультрасовременный онкологический центр

125047, Москва,
2-й Тверской-Ямской переулок, дом 10

www.medicina.ru
Лицензия № ЛО-77-01-012912
(495) 995-00-33

Все лучшее в медицине!
ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО МЕДИЦИНА
Since 1990
EFQM Leading Excellence
Система менеджмента качества ISO 9001:2008

Современные технологии

Роботы и паралич

В госпитале усовершенствования врачей Оксфордского университета налажен дистанционный мониторинг пациентов, с которых «снимаются» данные, касающиеся насыщения крови кислородом, а также частоты сердцебиения и дыхания.

В другом медучреждении робот помогает медсёстрам на посту. Похоже, что постепенно становится реальностью предсказание фильма «Суррогаты» (Surrogates) 2009 г. с Б.Уиллисом в главной роли, герои которого живут, используя «тела» роботов и при этом не покидая комфорта собственных домов. Через 3 года после выхода фильма были «сняты» функциональные МРТ мозговой активности 3 добровольцев, которых просили представлять себе движения ног и кистей рук. Дорогостоящий компьютер заменили шлемом со скальповыми электродами для регистрации ЭЭГ. В Цукубе, что близ Токио, к шлему добавили наголовный дисплей, на котором отражалось то, что «видит» робот. Компьютер, в свою очередь, различал мерцающие стрелки, привлекавшие внимание испытуемых, и «сравнивал» с кривыми ЭЭГ, посылая затем обработанную – процессированную – информацию роботу. Современный процессор был способен управлять «реакциями» робота в режиме реального времени, заставляя его подавать напитки, перемещая их из одного конца комнаты в другой. Для приведения системы в работающее состояние хватало начального периода «обучения» в течение каких-то 6 минут, говорил потом один из испытуемых парализованный Алессандро с повреждением спинного мозга. «Чувство» роботизированного тела, по его словам, было слабым, когда робот находился в стационарном состоянии, но возрастало после начала движений. Сотрудники Римского университета, работавшие с 3 вышеупомянутыми парализованными больными, показали улучшение контроля, если испытуемые слышали «шаги» механических помощников. Для проверки открывшихся возможностей итальянцы «заставили» робота играть в шахматы с человеком, находившимся в Мюнхене.

В Университете Бристоля учёные создали «мягкого» робота для сбора мусора с поверхности воды. В этом не было бы в наше время ничего удивительного, если бы не наличие «рта» в виде отверстия в полимерной мембране, через который в его полость поступает питательная биомасса. Её окисление, как в любом живом организме, делает робота полностью автономным и не требующим электропитания от аккумулятора, который время от времени нужно подзаряжать. «Желудок» мягкого робота представляет собой микробную ячейку, клетки которой расщепляют биомассу, конвертируя энергию химических связей в электрическую (то же самое происходит в наших мышцах и нервных клетках). «Отходы» питания затем выделяются у робота с заднего конца, вымываемые излишками «заглотанной» воды. В теории такие роботы могут осуществлять «очистительный» роуминг на протяжении неопределённо долгого времени.

Конечно, энергетический баланс нынешнего робота весьма низок, но главное – показать возможность создания автономных роботов. Получение энергии можно повысить благодаря нескольким ячейкам наподобие нескольких батарей, после чего вмешательство человека не требуется. Таких роботов можно использовать в больницах, тем самым понижая риск внутрибольничных инфекций, при очистке водоёмов и в зонах радиоактивного загрязнения или разлития углеводородов.

Сегодня чуть ли не каждый день появляются фото и видео «хард-роботов», однако практически ничего неизвестно о биосовместимых роботах, которые могут оказаться максимально полезными для охраны здоровья людей. Одной из главных проблем фармакологического лечения является адресная доставка лекарств к месту поражения органов и тканей (желательно минуя почки и печень, селезёнку и костный мозг). Одним из решений могут стать силиконовые нанороботы с магнитными частицами в их гибких «щупальцах» и ресничках-жгутиках. Такие роботы созданы в Институте интеллигентных систем (Institute of Intelligent Systems) Штутгарта. Для более точного управления движением роботов под действием внешнего магнитного поля учёные варьировали плотность намагниченных наночастиц в эластомере, а также контролировали ориентацию магнитных диполей этих частиц. В результате они получили разную реакцию силиконового каучука на воздействие магнитного поля.

Движущиеся в кровотоке и интерстициальной жидкости микроботы смогут доставлять лекарства и ферменты, а также генмодифицированные вирусы для доставки в нужные клетки тех или иных «терапевтических» генов. Сами авторы считают, что мягкие роботы программируемых форм найдут самое широкое применение не только в медицине. Их можно использовать в качестве миниатюрных насосов-помп, которые необходимы для питания органов-на-чипе.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist, Soft Robotics.

Эксперименты

Гелевая матрица

Швейцарские учёные из Политехнической федеральной школы Лозанны оптимизировали способ выращивания мини-органов в лабораторных условиях. Для этого они создали специальный гидрогель.

Мини-органы могут использоваться для разработки лекарств, проверки эффективности лекарственных препаратов – в некоторых случаях их использование позволяет отказаться от проведения опытов на животных. Исследователи предполагают, что в будущем искусственно выращенные органы смогут использоваться для замены повреждённых органов.

Для выращивания мини-органов используют стволовые клетки, которые должны расти и дифференцироваться. Для того, чтобы получить органоид с необходимой трёхмерной структурой, нужен каркас – его исследователи и изготовили из гидрогеля. В его состав входят биомолекулы, углеводы и белки, необходимые для роста и дифференцировки стволовых клеток. Именно благодаря такому гидрогелевому каркасу, органоиды приобретают необходимую форму.

Используемые в настоящее время гидрогели обладают рядом проблем: при их создании сложно контролировать их однородность, и потому характеристики разных гелей могут отличаться. Это влияет на поведение стволовых клеток. Кроме того, источником таких гидрогелей являются мыши – это увеличивает вероятность того, что в гелях будут содержаться патогены или иммуногены. Выращенные с использованием таких гидрогелей органоиды не подходят для клинического использования.

Маттиас Лютольф и его коллеги создали «синтетический» гидрогель, лишённый всех недостатков, присущих натуральному. В состав геля входят вода и полиэтиленгликоль. Используя такой гидрогелевый каркас, учёные уже сумели вырастить миниатюрный кишечник из стволовых клеток.

В состав гидрогеля входят и другие компоненты, причём их концентрацию легко контролировать. Риск заражения выращиваемого органа какими-либо патогенами в этом случае минимален – такие органоиды гораздо больше подходят для использования в клинической практике, чем те, которые выращивались на натуральных гелях ранее.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации Science Daily.

Кстати

Гуманные эксперименты

Учёные из Технического университета Мюнхена (Германия) разработали новый способ изучения процесса пищеварения в лабораторных условиях.

Для этого они предложили выращивать из стволовых клеток, содержащихся во фрагментах кишечника, взятых у мышей, мини-органы, пригодные для исследований. Выращивание такого мини-кишечника занимает всего несколько дней – размер такого органа всего четверть миллиметра.

Тамара Зитек и её коллеги выяснили, что выраженные таким образом органы пригодны для исследований. Несмотря на крошечные размеры, мини-кишечники вели себя подобно настоящим органам – всасывали лекарственные препараты и питательные вещества, выделяли гормоны, а также передавали сигналы от клетки к клетке.

Новый метод существенно упрощает процесс проведения экспериментов, отмечают авторы. Использование выращенных в лабораториях мини-органов позволяет минимизировать количество опытов на животных или даже отказаться от них.

В ближайшее время авторы планируют вырастить мини-органы, используя стволовые клетки человека, а не грызунов.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Science Daily.

Новые подходы

Альцгеймер: помогут пробиотики?

Учёные из двух иранских университетов – Кашанского университета медицинских наук и Исламского университета Азад – обнаружили связь между микробиомом желудочно-кишечного тракта и когнитивной функцией у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера. Специалисты обнаружили, что нормализация микробиома с помощью пробиотиков – бактерий Lactobacillus и Bifidobacterium – приводит к значительному улучшению мозговой деятельности в области познания. Пациенты, которые принимали пробиотики, успешнее справлялись с различными тестами. Это исследование стало первым, в котором участвовали люди, а не животные.

Известно, что полезные бактерии могут частично защитить организм их носителя от самых разнообразных заболеваний – экземы, инфекционной диареи, аллергии, некоторых болезней зубов и так далее. Ранее проводились исследования на грызунах, которые показали, что приём пробиотиков делает животных более обучаемыми, улучшает их память, снижает проявления депрессии и других расстройств. Иранские учёные провели эксперимент с участием 52 пациентов с болезнью Альцгеймера – женщин и мужчин в возрасте от 60 до 95 лет. Половина участников ежедневно выпивала по стакану (200 мл) молока, куда добавляли 4 вида бактерий – Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus casei, Lactobacillus fermentum и Bifidobacterium bifidum – примерно по 4 млрд бактерий каждого вида. Вторая половина выступала в качестве контрольной группы, её участники пили простое молоко без пробиотиков.

В начале исследования и затем через 12 недель специалисты взяли анализ крови у каждого пациента, а также предложили всем участникам пройти тесты на когнитивную функцию, которые включали в себя задания следующего характера: назвать текущую дату, посчитать от 100 семёрками в обратном порядке, назвать какой-либо предмет, повторить фразу, скопировать картинку. Средний результат по 30-балльной шкале составлял в начале исследования около 8,7 в группе пробиотиков и около 8,5 в контрольной группе. Через 12 недель те участники, которые употребляли обогащённое молоко, показали улучшение – их средний балл повысился до 10,6. В контрольной группе, напротив, произошло ухудшение – до 8,0. Несмотря на то, что по сравнению со здоровым человеком результаты пациентов не слишком впечатляли, для них 2 балла можно было считать существенным прогрессом.

Кроме результатов тестов, у пациентов были и другие изменения. В группе пробиотиков было отмечено снижение концентрации некоторых элементов крови – например, высокочувствительного С-реактивного белка, триглицеридов и др., а также уменьшилась активность клеток поджелудочной железы, ответственных за производство инсулина. Махмуд Салами (Mahmoud Salami) из Кашанского университета медицинских наук прокомментировал, что, возможно, эти изменения – ключ к пониманию, каким именно образом пробиотики влияют на мозг пациентов с расстройствами, подобными болезни Альцгеймера.

Профессор и его коллеги ранее уже доказали, что пробиотики положительно влияют на когнитивную функцию у страдающих диабетом крыс, а теперь ими было проведено первое исследование с участием людей. В будущем иранские учёные собираются провести более масштабное исследование, детально исследовать механизм работы пробиотиков и проверить, улучшится ли состояние пациентов, если они будут принимать пробиотики в течение более длительного времени.

Выводы

Гендерные предрассудки

После полной замены тазобедренного сустава протезом представители мужского и женского полов ощущают комфорт по-разному. Мужчинам важно, чтобы было как можно меньше болевых ощущений, а женщинам – чтобы новый сустав как можно лучше функционировал. Об этом рассказали учёные из Университета Иллинойса (США), которые проанализировали данные по более чем 100 пациентам.

Исследователи обработали информацию по 60 мужчинам и 64 женщинам, которые перенесли операцию по установке эндопротеза тазобедренного сустава. Средний возраст участников был около 61 года, средний индекс массы тела – 29, то есть масса тела у многих была избыточной. Всех пациентов осмотрели и опросили до хирургического вмешательства и через год после него.

Функционал суставов и боль, испытываемую людьми, оценивали по системе Харриса (Harris Hip Score), кроме того, анализировали походку всех участников и вручную проверяли, с какой силой у них работает отводящая мышца бедра. Мужчины и женщины тестировались раздельно, затем результаты сравнили.

Ранее специалисты уже предполагали, что сильный и слабый пол реагируют на замену сустава по-разному. Старший автор исследования Карма Фучер рассказала, что в качестве специалиста по биомеханике она хотела выяснить, как можно эту разницу использовать для улучшения качества жизни пациентов.

Анализ показал, что биомеханические факторы, касающиеся функционала суставов и боли, сильно отличаются у женщин и мужчин. У представительниц прекрасного пола, которые отмечали улучшение самочувствия (например, в виде возможности ходить не хромая, или без труда надеть носки или обувь), качественнее работали отводящие мышцы, они были сильнее и лучше функционировали во время передвижения. У мужчин таких ассоциаций практически не было, но в некоторых случаях у них немного менялась походка, благодаря чему снижались болевые ощущения.

В будущем группа К.Фучер планирует углубиться дальше в эту тему, чтобы понять, почему у мужчин и женщин последствия хирургических вмешательств настолько разные. Однако уже сейчас, подчеркнула руководитель исследования, необходимо обратить особое внимание на то, чтобы процесс реабилитации после операции у представителей разных полов был неодинаковым, учитывающим особенности гендера пациента.

Почему бы и нет?

Статины вам в помощь

Учёные из Медицинской школы Стэндфордского университета (США) обнаружили, что применение статинов в высоких дозах может увеличить процент выживаемости пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В эксперименте приняли участие почти 510 тыс. пациентов от 21 до 84 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. 30% из них получали терапию статинами высокой интенсивности, 46% – умеренной интенсивности, 6% – низкой, а 18% пациентов статины не принимали. В течение 492 дней учёные отслеживали соотношение между интенсивностью терапии и коэффициентом смертности среди пациентов.

Результаты исследования показали, что за один год показатель смертности среди пациентов, проходивших терапию статинами высокой интенсивности, составил 4%, умеренной интенсивности – 4,8%, низкой – 5,7%, для тех, кто не принимал препараты, – 6,6%.

Основываясь на полученных данных, исследователи пришли к выводу, что применение статинов в высоких дозах связано с увеличением продолжительности жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Необходимо отметить, что терапия статинами высокой интенсивности также показала положительные результаты среди пациентов старше 75 лет.

Авторы указывают на то, что в настоящее время из-за большого количества противоречивых рекомендаций статины используются недостаточно широко. Однако результаты этого исследования могут изменить тактику назначения препаратов. При этом побочные эффекты терапии должны по-прежнему рассматриваться в каждом случае индивидуально.

А как у них?

Более 100 тыс. американцев заказали себе медицинские полисы после победы на выборах президента Соединённых Штатов Америки республиканца Дональда Трампа, который в ходе предвыборной кампании пообещал отменить обязательное медицинское страхование.

Бегом за страховкой

Такой поток клиентов стал самым масштабным для медицинских страховых компаний в нынешнем году: жители США, многие из которых протестовали против внедрения реформы здравоохранения под названием Obamacare (обязывает всех американцев иметь медицинский полис), теперь испугались отмены соответствующего закона. В случае, если Д.Трамп отменит Закон о доступном медицинском страховании, около 22 млн американцев окажутся без полисов медстрахования.

По мнению американских чиновников, работающих в сфере здравоохранения, теперь их первоочередная задача – убедить Д.Трампа и Конгресс изменить Закон о доступном медицинском страховании таким образом, чтобы полисы, купленные в рамках масштабной реформы, продолжали действовать.

Как известно, «Обамакэр» вступил в силу в 2010 г. Смысл реформы был прост – сделать медицинскую помощь всеобщей за счёт охвата страховкой всего населения США. Полисов на тот момент не имели примерно 15% жителей США – им не оплачивали страховку работодатели и они не попадали в число получателей федеральных льгот для малоимущих или пожилых.

Страховка для всех граждан США стала обязательной. С момента своего принятия закон непрерывно подвергался критике, в том числе со стороны политических оппонентов Демократической партии – республиканцев. Они считали, что государство таким образом вмешивается в частную жизнь американцев и одновременно мешает нормальной работе медицинской страховой индустрии.

Всего около 12,7 млн американцев оформили страховые полисы на нынешний год через учреждённые по плану «Обамакэр» специальные правительственные страховые биржи, при этом ряд страховщиков заявили, что терпят многомиллионные убытки от внедрения обязательных страховых полисов и отказались участвовать в работе этой системы.

Однако

Курение: ещё один страшный вред

Исследование, которое провели учёные из Университета Бергена (Норвегия) выявило, что дети мужчин, имевших опыт курения, находятся в зоне риска, если речь идёт о развитии астмы.

Такие выводы научная группа во главе с профессором Сесили Сванес сделала на основе данных о 24 тыс. детей. Обнаружилось, что чаще болеют не только те дети, отцы которых курят в настоящее время, но и те, чьи отцы расстались с этой вредной привычкой задолго до их рождения. В зависимости от того, как рано мужчина выкурил свою первую сигарету и насколько был велик его стаж курильщика, возрастала вероятность того, что его сын или дочь будут страдать астмой. Особенно часто болели те, чьи отцы начали курить до 15 лет.

Учёные предполагают, что дело может быть в том, что курение запускает процесс изменений в мужской сперме. Они заявили, что в таких случаях работает эпигенетическое программирование – окружающая среда, в которой находился мужчина до зачатия ребёнка, может оказывать влияние на здоровье этого ребёнка. Так, не только курение увеличивало шансы развития астмы у потомства, но и работа, связанная с контактами с вредным дымом: например, работа сварщика.

Профессор Сванес добавила, что самым важным фактором риска для тех участников исследования, чьи отцы начали курить уже после достижения возраста половой зрелости, стала длительность вредного воздействия. Даже у тех мужчин, которые бросили курить до того, как начали активно планировать пополнение в семье, дети-астматики рождались более чем в 3 раза чаще, чем у тех, кто не курил никогда.

Это далеко не первая работа, доказывающая, что стиль жизни отца отражается на его будущих детях. Например, в США в мае выяснили, что у мужчин с ожирением чаще рождаются дети с ожирением, диабетом, некоторыми формами рака. У тех мальчиков и девочек, чьи отцы длительное время находились в стрессе ещё до рождения потомков, чаще наблюдались проблемы с поведением. Возраст, в котором мужчина стал отцом, также был крайне важным фактором, от которого зависела вероятность появления ребёнка с синдромом Дауна, аутизмом или шизофренией.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Science Daily, The New York Times, Medical Xpress, Daily Mail, JAMA Cardiology.

Далёкое-близкое

Сербские впечатления

Проблемы страны и нейротравматологии

В городе Нови-Сад, в Сербии, состоялся XXI конгресс Европейской академии междисциплинарной нейротравматологии, проведённый совместно с обществами нейрохирургов Сербии и Юго-Восточной Европы. В нём приняла участие и большая делегация России.

Глубокие впечатления от этой поездки оставили не только научные доклады и дискуссии, но и сама страна, с древней культурой и удивительными современными чертами.

Столица

Мы прилетели в Белград днём. Тепло и солнечно, что резко контрастировало с хмурым московским утром. Упорядоченность движения и хорошие дороги усиливали первые ощущения.

Вместе с коллегами по Институту нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Натальей Пестовской и Олегом Зайцевым я отправился знакомиться со столицей Сербии. Сразу стало понятно, что степень урбанизации, высота домов и сам темп уличной жизни уступают московским, а внимательность прохожих друг к другу, напротив, превосходит нашу. Конечно, дело ещё в тепле, располагающему к иному ритму движения и влекущему посидеть за расставленными прямо на улицах столиками, выпить чашечку кофе.

Чувствовались радушие белградцев к русским, историческая православная и языковая близость, а кириллица порой вообще изумляла идентичным написанием многих слов. Например, мы шли по улице, название которой буквально было написано так: «Улица деспота Сафрона».

Довольно скоро оказались на высокой набережной Савы, напоминавшей Окский откос в Нижнем Новгороде. И так же, как Ока в Волгу, Сава впадает здесь в Дунай. На стрелке возвышалась старинная крепость. Красиво и величественно! Обозревая мосты, город и дали, я вспомнил апрель 1999 г., когда, узнав о ракетно-бомбовых ударах НАТО по Белграду, тогдашний наш премьер Евгений Максимович Примаков, летевший с визитом в США, в знак протеста развернул над Атлантикой самолёт в обратном направлении.

Сам не знаю почему, может быть, по невольной ассоциации с нынешними событиями в мире, я испытал недоумение, перешедшее в возмущение, когда мы подошли к Свято-Троицкому храму подворья Московского патриархата. Он был воздвигнут бежавшими от Советской власти эмигрантами в 1924 г. По завещанию генерал-лейтенанта Петра Николаевича Врангеля, скончавшегося в 1928 г. в Бельгии, его прах был упокоен в этой церкви, о чём свидетельствует надгробная плита.

Когда в 1999 г. «точечно» бомбили находящийся поблизости национальный центр телевидения, то у русского храма снесло крышу, и рухнула алтарная стена. Объединёнными усилиями Московского и Сербского патриархов при поддержке президентов стран в 2007 г. храм был восстановлен.

Что такое «прицельные» бомбёжки, видно и в центральном парке, где стоит памятник детям, «случайным» жертвам «высокотехнологичных» обстрелов. И подобных следов цивилизованного варварства в Белграде, увы, немало.

Провинция

Путь наш лежал в Нови-Сад, центр автономной провинции Воеводина, расположенный в 100 км севернее столицы.

Шоссе бежало по Среднедунайской равнине – житнице Сербии. Слева и справа простирались убранные и ухоженные поля, мелькали башни элеваторов. Вспоминалась история Югославии, столь напоминающая историю Советского Союза. Югославия возникла вследствие поражения Австро-Венгрии в Первой мировой войне и распада империи. Это было крупнейшее балканское государство площадью 255,8 тыс. км^2 и с населением 22,4 млн. Треть этих показателей приходилась на Сербию, а 2/3 – распределялись между остальными 5 республиками и 2 автономными краями. Когда в 1991 г. разваливался СССР, процесс распада захватил и Социалистическую Федеративную Республику Югославию. В отличие от нас, «развод» был длительным и кровавым. Междоусобная война братских народов полыхала 9 лет и кончилась исчезновением Югославии и одиночеством Сербии. Европейский Союз принял Словению и Хорватию в свои ряды, вступают в него также Босния и Герцеговина, Македония, Черногория. В таком окружении Сербия, явно тяготеющая к России, вынуждена идти за соседями. И латиница повела наступление на пока официальную кириллицу.

Свято-Троицкий храм сегодня

Гостей радушно встречали сербские хуторяне

Нови-Сад открылся неприступной средневековой крепостью Петроварадин на высоком берегу Дуная. С неё, собственно, и начинается город, ныне лежащий на другом берегу бурной здесь реки, вырвавшейся из горной теснины.

Как Нови-Сад похож своей планировкой и архитектурой на губернские города средней России! Только церкви не в наших пятёрках золотых луковиц, а их главы одиноко и резко потянулись вверх, испытывая, видимо, влияние католических храмов.

Между заседаниями конгресса и после них мы бродили по уютному городу, наблюдали его неторопливую жизнь и порой забывали, что находимся в другой стране.

Опасные противоречия

Так была обозначена главная тема представительного форума. Конгресс открыл Президент Республики Сербия Томислав Николич.

Различные аспекты актуальной проблемы прозвучали в докладах учёных Германии, Франции, Великобритании, России, Бельгии, Австрии, Италии и других стран. Патриарх мировой нейрохирургии Маджид Самии из Германии раскрыл возможности и сложности хирургического лечения тяжёлых повреждений плечевого сплетения, включая восстановление функций руки и ликвидацию болевого синдрома.

Достойное качество жизни после черепно-мозговой травмы, в том числе лёгкой, важнейшая и вместе с тем труднейшая задача не только медиков, но и семьи, и системы социальной поддержки, и общества в целом. Жан-Люк Труэлль из Франции подвёл итоги масштабного европейского исследования ситуации с использованием специального опросника «Колибри». Глубоким критическим анализом успехов и препятствий в лечении тяжёлой черепно-мозговой травмы отличилось выступление Андре Мааса из Бельгии. Он убедительно показал, как достижения нейротравматологии нивелируются уровнем организации ургентной помощи пострадавшим. Кроме того, некоторые новации, например, обширная двусторонняя декомпрессивная трепанация как радикальный метод борьбы с неуправляемой внутричерепной гипертензией, чреваты частыми тяжёлыми последствиями. Выход – в новых направлениях рандомизированных мультицентровых международных исследованиях.

Далее наш психиатр Олег Зайцев рассказал о результатах многолетнего изучения влияния травмированных левого и правого полушарий мозга на эмоциональную сферу, что очень важно как для дифференцированных лекарственных воздействий, так и для прогноза.

Докторант Московского института нейрохирургии Михалакис Спиру, представляющий Кипр, изложил современные аспекты хирургического лечения травмы спинного мозга с позиций разработанной им концепции компрессии позвоночного канала.

Современная нейротравматология, как и другие разделы нейрохирургии, благодаря методам нейровизуализации и минимально инвазивным и реконструктивным вмешательствам обрела точность, прицельность, высокую результативность в своей сфере и стала гораздо гуманней по отношению к пациентам как при диагностике, так и при лечении.

Вместе с тем одновременно в нейротравматологии появились новые противоречия, которые ждут своего изучения для их устранения. Среди них фетишизация визуальных данных и игнорирование анамнеза, клиники и личности пациента. Отсюда вытекают угрозы: 1) атрофии клинического мышления, 2) гипоскиллии (утраты навыков обследования больного), 3) разобщения врача с пациентом.

Опасно и другое противоречие между обширными технологическими и ограниченными финансовыми ресурсами, особенно разительное в бедных странах. Этих проблем касались в своих лекциях Франческо Томаселло (Италия), Иоханнес Вестер (Германия), Ремзи Санвер (Франция), Питер Хатчинсон (Великобритания), Лукас Расулич (Сербия). Свои наблюдения и выводы по актуальной теме предложил и автор этих строк.

Хутор

Нам удалось побывать и в окрестных местах. Очаровал городок Карловицы, центр виноделия. Также он очень известен тем, что в нём 4 года жил и работал генерал Врангель. Об этом напоминает мемориальная доска на одном из домов. А в центре города стоит памятник Петру Николаевичу, поставленный в наше время.

Гид привёз нас в действующий православный монастырь, основанный в XVI веке. Мощные стены с реставрированной надвратной церковью окружают обширную территорию. В многократно перестроенном главном храме сохранились фрески XVII века. Бородатый монах, услышав, что нам рассказывают на английском языке, возмутился: «На русском надо говорить!»

Завершением нашего знакомства с Сербией было посещение предгорного хутора. Для меня он оказался прообразом крепкого кулацкого хозяйства. Большой дом для большой семьи, где под одной крышей живут и трудятся три поколения. Возделанные поля, на которых в основном выращивают кукурузу на корм скоту. Виноградники и пальметтные сады с чётко посаженными рядами абрикосов, персиков, яблок. Добродушные, казалось, собаки тут же поднимают лай и бросаются на тебя, едва ты с приусадебного участка направляешься в сад или поле. Рядом хутор родного брата хозяина. Друг другу помогают, друг за друга держатся.

Крестьянское угощение простое, вкусное и сытное. И, конечно, к нему полагается сухое вино – белое и красное – собственного приготовления. Свидетельствую: вино очень приличное.

Прощаясь, нам дали с собой виноград, яблоки и дуню, – так по-сербски называют айву.

* * *

Когда вечером накануне отлёта мы пили чай в холле гостиницы, к нам подсел учёный из австрийского Зальцбурга профессор Петер Винклер. Он известен своими исследованиями роли венозного фактора при обширной декомпрессивной трепанации черепа, которые позволили сделать эту вынужденную тяжёлую операцию менее травматичной.

Профессор Винклер сказал, что находится под сильным впечатлением от высокого уровня докладов, с которыми выступали сотрудники Московского института нейрохирургии. «Я очень хочу побывать в вашем знаменитом институте Бурденко», – заключил он. Мы пообещали пригласить его с лекцией на ближайшую нашу международную конференцию.

Утром за нами пришла машина. Густой туман ставил под сомнение вылет в Москву. Но когда мы подъезжали к Белграду, туман рассеялся и вновь открылось солнечное сербское небо. Мы улетели по расписанию, полные впечатлений и переживаний о такой близкой России стране.

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

Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Нови-Сад – Белград – Москва.

Фото Олега ЗАЙЦЕВА, доктора медицинских наук.

На литературный конкурс

Валерий ПЕРЕДЕРИН

Доброта

Рассказ

Прощай, ТМИ. Клятва Гиппократа дана, диплом врача в кармане. Работа в медвежьем углу области обеспечена. Перспектива добровольно-принудительной «ссылки» на 3 года не вселяла оптимизма, и поэтому я для начала погрелась в Сочи на солнышке, потом съездила к родителям в Таштагол, где задержалась до поздней осени.

Приехав в Томск, пожила у подруги, погрустила и с парой чемоданов, связкой книг села в последнюю «Ракету». Навигация заканчивалась. Под звуки «Как провожают пароходы, совсем не так, как поезда»… полетела на подводных крыльях в края дальние, края светлые.

Заврайздравом пожурил за опоздание, хотя и не скрывал радости, что вообще явилась, и направил, как несемейную, ещё дальше – в участковый врачебный пункт села Петропавловки.

Словоохотливая секретарша, оформляя документы, поделилась, что сама родом оттуда и края там замечательные. Затем подробно рассказала, как село основали столыпинские переселенцы, как отвоевали у тайги благодатное место: выжгли лес под пашни, сообща насыпали плотину на реке, построили мельницу, крупорушку, обзавелись пасеками. Потом узнала от неё, что мужики там почти все бородатые, с презрением относятся к спиртному, табаку, бесовским развлечениям молодёжи, не успевшей ещё разбежаться по городам. Женщины там носят платки до бровей и длинные юбки, рожают помногу и успевают справляться с огородами, собирать грибы, ягоды, шишковать. Несмотря на это, сохраняют статность, независимость суждений, умело создавая уют в доме.

Мне было до фени всё сказанное, но замечание о женской одежде и «бесовских развлечениях» молодёжи задели за живое. Заключая рассказ, секретарша старалась уверить меня в везении назначения, иначе бы пришлось прозябать в интернате для психохроников. Благо, доктор оттуда ещё не сбежал.

Самой далёкой на врачебном участке была деревенька Камышка. Зимой к ней можно было добраться на лыжах или по льду вертлявой речки Самуськи, а летом – по заболоченной дороге и то, на лошади. Там жили несколько стариков и старух и меня редко беспокоили.

Незадолго до Нового года прошёл снег, да такой, что лошади утопали по брюхо, а о выезде за пределы нашего села говорить не приходилось. Вечерело. Небо за окном быстро линяло, тускнело. В медпункте тишина угомонила даже сверчка за шкафом, а я от скуки перечитывала «Жизнь взаймы» Ремарка.

– Дочка, ты не могла бы со мной поехать в Камышку? Что-то Сидор наш заплошал, – перебил однажды чтение старичок, бесшумно возникший в приёмной.

В коротком полушубке, обвязанном верёвкой, в шапке, с опущенными ушами, свёколкой носа, маленькими острыми глазами, бородёнкой пучком и пимах, напоминал гномика. Сняв шапку, открыл без единого волосика голову-шар.

– Так что, дочка, поедешь? – переспросил он, теребя шапку.

– На чём?

– На лыжах. Я прихватил пару охотничьих.

– Дедуля, я никогда на таких не ходила, да и на обыкновенных держусь как парнокопытная на льду, – ответила, откладывая книгу в сторону.

Он принял сказанное за отказ. Потоптался на месте, нахлобучил шапку, намереваясь уйти.

– Знать, придётся Сидору помереть. Жаль, добрый и безобидный был мужик, – огорчился дедок. – Прощевай.

Я встала.

– Подождите, подождите, что с Сидором случилось?

– Да ничего, – и обречёно махнул рукой. – Они с Власом пять дней назад медведя-шатуна завалили и по такому случаю по паре банок медовухи опорожнили. Сидор в снегу уснул, а мороз стоял страшный, вот теперь кровью харкает, сердешный. Помоги ему, дочка.

– Сколько ему лет?

– Бог его знает. За восемьдесят, наверное. Да что годы? Он крепкий, как кедр.

Откровенно говоря, не очень хотелось покидать тепло, тем более идти на лыжах в темноте, но пересилила себя. Не откажешься – долг.

– Знать, не перевелась доброта людская, – увидев, что я собираюсь, дед повеселел. – Спасибочко тебе, родная.

– А как же на ночь глядя, не заблудимся? – я высказала опасение, проверяя лекарства в ящике неотложной помощи.

Прищурив глаза, он пояснил, что здешние тропы знает с детства как свои пять пальцев, хоть глаза завяжи, а к жилью выведу. Деловито проверив запоры на ящике, он уложил его в самодельный вещмешок, закинул за плечи и мы вышли в ночь.

Луна, в розовом венчике облака, будто бы вмёрзла в небо, свет её был ярким, серебристым. Рядом звёзды почти угасли, зато вдали вспыхивали, затухали, снова загорались, шевелились, двигались. Звёздная пыль Млечного пути от недавней метели, казалось, ещё не успела осесть.

Закрепив мне лыжи на пимах, дед вручил палки с фанерными кружками и остриями на концах, и мы тронулись. Я не представляла, как можно идти на лыжах ночью. Оказывается, можно, тем более проводник вывел на лыжню убегающую вдаль.

Тайга онемела от холода, а треск промёрзших деревьев казался перестрелкой. Дед укатил вперёд и что-то время от времени кричал. Я остановилась отдышаться, и, пока слушала шёпот звёзд, показалось, что на вершине кедра зашевелился какой-то зверь. Вздрогнув, со всей силы устремилась вперёд.

– А говоришь, не умеешь ходить на лыжах. Мне, бывалому охотнику, наступаешь на пятки, – сказал он, стирая рукавом иней с бороды и бровей.

– Там на кедре какая-то зверюга сидит, да и потеряться боюсь, оттого и поднажала.

– Тайги, дочка, бояться не надо. В неё иди с душой, как к людям. Она живая, всё понимает, – поучал проводник, скрипя лыжами.

После длинного спуска, тайга расступилась внезапно. Редкие дымы из-под шапок сугробов обозначали избы. В одной через заледеневшее стекло пробивался свет.

– Вот здесь живёт больной, – палкой указал дед, снимая лыжи. – Знать ещё живой, ежели лампа горит. Постой, помогу тебе.

– Матрёна, ты где? – входя в жарко натопленную избу, тихо спросил он.

– Здеся, здеся. За перегородкой, на огонёк смотрю. Боюсь заснуть. Фёдор, что-то Сидор угомонился, не к худу ли? – выходя навстречу, спросила худенькая опрятная старушка, всматриваясь в меня покрасневшими глазами. – А это кто?

– Самый главный доктор. Она Сидору непременно поможет. Смышлёная, – сказав, снял мешок из-за плеч, потом полушубок, шапку и заглянул в комнату.

Раздевшись, вымыв руки, я попросила показать больного. Он лежал в комнате на полу, укрытый мохнатой шубой. Такого громадного старика не приходилось ещё видеть. Ноги-жерди в шерстяных носках упирались в печку, голова почти касалась противоположной стены. Кулаки-колотушки, сложенные на широкой груди, едва поднимались в такт редкого дыхания. Мясистый синий нос издавал сиплые звуки. Борода слиплась и сбилась на сторону.

Откинув шубу, я кое-как закатила на его груди рубашку и приложила фонендоскоп: тоны сердца едва выслушала, правое лёгкое не дышало, а в левом свистели хрипы. «Здесь ловить нечего. Такое воспаление не вылечить», – пронеслась мысль в голове, и от бессилия помочь села на пол около больного.

– Отходит? – едва расслышала Матрёну. – Пущай, не трогай его.

Я взглянула на её морщинистое лицо, которое выражало строгость, а может быть – торжественность. Решив, что смерть мужа неминуема, она, видимо, уже переступила грань отчаяния и скорби, и мысленно простила ему грехи, попросила прощение за свои и теперь молила Бога дать ему вечный покой, а себе – лёгкой, скорой смерти.

«Нет уж! Будь что будет!» – решила я. В ход пошли кордиамин, камфара. Когда вводила внутривенно пенициллин, Сидор замычал, дёрнул рукой и попросил пить. Жена встрепенулась, закрыла лицо ладонями и заголосила. Русские женщины, убедилась ещё раз я, это умеют делать.

– Свет ты мой ненаглядный, отрадушка ты моя. Сокол ты мой быстрокрылый…

Она причитала, а у меня глаза залили слёзы, горло пережал комок. Фёдор махнул рукой, оделся и вышел в сени. Матрёна встала на колени, одной рукой подняла голову мужа, а другой поднесла к бледным губам кружку.

– Вот клюквенная водица, пей, родной, пей.

Сделав несколько глотков, Сидор закашлялся. Она поставила кружку на пол, смахнула рукой пот с его лица и заплакала.

Я вновь измерила давление у больного, оно было критическим, а ниточка пульса – прерывистая. Почувствовав слабость медицины перед природой, мне вспомнилась старуха-кержачка на недавнем приёме. Она говорила, что смерть ходит не за старым, а за зрелым. Вот и Сидор, очевидно, созрел. Однако, не мешкая, я набрала адреналин и ввела в едва заметную венку на руке. На моих глазах его лицо порозовело, а пульс стал устойчивым. С чувством маленькой победы я на время сомкнула глаза…

…Дело пошло на поправку. Со всех сторон больному несли барсучье и медвежье сало, мёд, а местные пустынники – какой-то травы и бальзам. Сидор быстро набирал силы.

За семь камышинских дней я успела осмотреть остальных обитателей деревни и жителей других заимок: измеряла давление, выслушивала сердца, лёгкие, смотрела животы, а где надо давала лекарства, привезённые с собой.

Эта забота не прошла бесследно. В день моего отъезда собрались все селяне.

Баба Дуня подозвала, сняла с меня вязаную шапочку-«менингитку», а взамен надела лисью, с длинными ушами, тёплую, как печурка. Я пыталась отказаться, да не тут-то было.

– Это мы от доброты, а не с корысти, – протягивая пуховые варежки, уверяла соседка, бабушка Александра.

Смутившись от обилия подарков, я вернулась в дом и удивилась Сидору. Он действительно был похож на кедр: крепкий, могучий. Расправив под тонким ремешком зелёную плисовую рубашку, кашлянул в кулак, разгрёб пальцами бороду, взял со стола увесистую книгу в тёмном кожаном переплёте и протянул мне.

– Дочка, держи подарок! Ты хоть и неверующая, но в древней книге собрана народная мудрость. Знать её необходимо всем. Кто познаёт жизнь земную, тот познаёт и небесную. Бери!

– Что вы, что вы, Сидор Макеевич! – было запротестовала я.

– Бери, не обижай старика! Что от души даётся, то всегда светлое, доброе. Доброта – доброту множит.

– Матрёна, – обратился он к жене, хлопотавшей у стола, – заверни доктору шанежек, медвежатины, грибов, брусники, да и медок не забудь. Фёдор здоровый, дотащит! – и, накинув на плечи шубу, вышел на улицу.

– Дай тебя поцелую, касатушка. Ты стала как дочь. Вот уж не чаяла увидеть Сидора в здравии. Буду молиться за тебя, – промокнув слёзы концами платка, старушка поцеловала меня, перекрестила и стала собирать узел.

Избыток чувств расслабил меня, и стало жаль покидать деревеньку с отзывчивыми людьми, ставшими мне дорогими.

Скатившись на лыжах к реке, оглянулась. Солнце высекало искры из снега. От седого кедрача несло морозом, избы, с хвостами дыма из труб, казались игрушечными. Народ махал мне вслед.

– Ирочка, не забывай нас! – звучал раскатистый бас Сидора.

– Не забуду… буду… буду, – подхватило эхо.

* * *

Выпускникам Томского мединститута 1971 г. посвящается.

Зеленоград.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-10-00480
Тираж 28 493 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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