Медицинская газета®

23 декабря 2015 г.
среда
№ 96 (7618)

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

События

Канадец подарил жизнь сибиряку

В медицине сегодня такое возможно

В один из моментов операции

Операция на аорте по методу Дэвида – очередная технология открытых операций на сердце, которая внедрена в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии Красноярска. Таким образом, красноярский кардиоцентр стал пятым в России медицинским учреждением, где выполняется такое вмешательство.

Пациент красноярских врачей – 55-летний мужчина – поступил в клинику с диагнозом «аневризма восходящего отдела аорты». – Учитывая достаточно молодой возраст больного и угрожающий жизни диагноз, нами была выбрана тактика, которую разработал известный канадский кардиохирург Тайрон Дэвид. Его революционная методика предполагает замену поражённого участка аорты протезом, при этом сохраняя собственный аортальный клапан сердца. Это принципиальный момент, – говорит заведующий кардиохирургическим отделением Красноярского ФЦССХ Дмитрий Буянков.

Операция выполнялась в условиях искусственного кровообращения и длилась более 9 часов. Технология «операции Дэвида» относится к числу самых сложных в кардиохирургии и требует особого мастерства, ведь необходимо правильно позиционировать «родной» клапан в протезе аорты, а также вшить в протез устья коронарных артерий. После успешно проведённого хирургического лечения пациент выписан из стационара.

Остаётся добавить, что ежегодно в Красноярском федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии проводится более тысячи операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения, и их количество должно и может быть увеличено с открытием дополнительных операционных залов. Над решением этой задачи в настоящее время работает руководство центра.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Николай ЮЩУК,
президент, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, академик РАН:

Если и дальше снижать вложения в медицину, продолжительность жизни наших соотечественников никогда не вырастет, как бы мы ни подгоняли статистику.

Стр. 5-6

Андрей АЛЕКСЕЕВ,
руководитель ожогового центра Института хирургии им. А.В.Вишневского, профессор:

Сегодня мы имеем такие возможности для лечения пострадавших от ожогов, о которых ещё 10-15 лет назад можно было только мечтать.

Стр. 10

Новые подходы

Удар по опухоли

Оригинальный отечественный препарат для лечения больных раком головы и шеи разработала группа учёных Института молекулярной генетики РАН, Института биоорганической химии РАН и Института биологии гена РАН.

Результатом совместных исследований трёх научных организаций стало появление противоопухолевого препарата, не имеющего аналогов в мире: он представляет собой генную конструкцию, которая состоит из гена тимидинкиназы вируса простого герпеса HSVtk (за способность обеспечивать гибель раковых клеток его называют геном-убийцей) и ген цитокина GM-CSF (работает, как стимулятор иммунной системы).

– Действие лекарства основано на сочетании ингибирования репликации ДНК в раковых клетках и индукции противоопухолевого иммунного ответа. При попадании препарата в опухоль продукт гена HSVtk превращает вводимое внутривенно нетоксичное пролекарство в токсин, убивающий раковые клетки. Продукт гена GM-CSF, в свою очередь, синтезируясь во внеклеточное пространство опухоли, способствует привлечению к опухоли клеток иммунной системы и их активации, в результате чего развивается противоопухолевый иммунный ответ, – поясняет одна из разработчиков лекарства, сотрудница лаборатории структуры и функций генов человека Института биоорганической химии РАН, кандидат биологических наук Ирина Алексеенко.

По словам самих учёных, это первая в мире попытка создать противоопухолевый препарат, который сочетает в себе «суицидальную» генную терапию с иммунотерапией. Доклинические испытания проведены на базе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена. Результаты оказались оптимистичными: продолжительность жизни пролеченных животных по сравнению с контрольной группой выше на 86%.

Елена ЮРИНА.

Признание

Благодарность за работу

Министерством здравоохранения РФ с мая этого года проводится мониторинг эффективности работы первичного звена системы здравоохранения на основании еженедельных и ежемесячных данных, получаемых от участковых терапевтов, врачей общей практики, оказывающих медицинскую помощь населению страны по территориально-участковому принципу.

Как уточнил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, всего в 85 субъектах РФ – более 52 тыс. участков, обслуживающих взрослое население. По данным комплексного анализа показателей медицинской деятельности определены 50 лучших участков, расположенных на территории 14 субъектов РФ.

– Даже в регионах страны, где демографические показатели, установленные майскими указами 2012 г. Президента РФ, в настоящее время не достигнуты (Ярославская, Ульяновская, Курганская, Смоленская области, Забайкальский край, Республика Башкортостан), есть участковые терапевты и врачи общей практики, показавшие отличные результаты, говорит О.Салагай. – Выражаем благодарность за хорошую работу 50 лучшим участковым терапевтам и врачам общей практики. Их фамилии и номера участков размещены на сайте Минздрава России.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

Новости

Избежали фатальных осложнений

В хирургическом торакальном отделении Свердловской областной детской клинической больницы № 1 проведена операция по извлечению инородного тела из грудной полости маленького пациента.

Мальчик 9 лет в тяжёлом состоянии был доставлен бригадой территориального Центра медицины катастроф в ОДКБ № 1. По словам ребёнка, травму он получил из-за неудачного падения на дверь во время игры с друзьями.

В больнице пациенту провели рентгенологическое обследование и на его основании выявили в грудной полости ребёнка металлическое инородное тело размером 10 х 2 см – ручка от двери. В экстренном порядке заведующей кафедрой детской хирургии профессором Натальей Цап и заведующей хирургическим торакальным отделением ОДКБ № 1 Еленой Некрасовой было выполнено оперативное вмешательство: мини-торакотомия, извлечение инородного тела. Повреждение жизненно важных органов интраоперационно не выявлено.

– Быстрое принятие решения и отсутствие ранения внутренних органов – лёгких и сердца спасло жизнь ребёнка, – рассказала заведующая хирургическим торакальным отделением Елена Некрасова. – Послеоперационный период проходит без осложнений.

– Согласованность на всех этапах маршрутизации пациента и оперативность детских хирургов, оказывающих помощь в любое время, позволило избежать фатальных осложнений, которые могли возникнуть у данного пациента, – отметил заместитель главного врача по хирургии ОДКБ № 1 Юрий Баранов.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

К стоматологу — днём и ночью!

Круглосуточные стоматологические кабинеты будут открыты в Ульяновской области. С соответствующей инициативой выступил губернатор Сергей Морозов. Их планируется разместить на базе существующих амбулаторно-поликлинических учреждений Ульяновска.

– Практика круглосуточной работы стоматологов прекратилась в регионе несколько лет назад. В этом году от граждан стали поступать просьбы о возобновлении подобного приёма горожан. В связи с этим было принято решение организовать несколько кабинетов по оказанию неотложной стоматологической помощи детскому и взрослому населению в ночное время, – отметил С.Морозов.

По информации областного Министерства здравоохранения, в настоящее время для исполнения поручения губернатора создана рабочая группа, которая изучает положительный опыт других субъектов страны и прорабатывает варианты размещения подобных отделений на базе существующих лечебных учреждений Ульяновска. Кроме того, в марте 2016 г. запланировано также открытие наркозного кабинета для лечения стоматологических заболеваний на базе стоматологической поликлиники регионального центра.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Кто на селе лучший?

Общественный совет при Министерстве здравоохранения Омской области подвёл итоги опроса жителей сельского Прииртышья о качестве оказания им стационарной медицинской помощи в центральных районных больницах в уходящем году.

Работа сельских лечебно-профилактических учреждений оценивалась по таким показателям, как открытость информации о медицинской организации, время ожидания на госпитализацию, комфортность пребывания в стационаре, компетентность медиков, и наконец, отношение к пациентам – доброжелательное оно или равнодушное.

Лидером, по независимой оценке сельских жителей, стал коллектив центральной больницы Марьяновского района. Второе место по итогам голосования заняла ЦРБ Азовского района, третье – Крутинского. Но это, конечно, не означает, что в 29 больницах других районов качество медпомощи оставляет желать лучшего. Соревнование есть соревнование, да ещё такое необычное, когда его итоги зависят от активности жителей районов, принявших участие в опросе. К тому же и численность населения в районах далеко не равная.

Однако, считают в общественном совете при региональном здравоохранительном ведомстве, такие опросы помогают выявить болевые точки сельской медицины, дисциплинируют медиков и повышают их престиж.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Хлеб да каша — пища наша…

Самые популярные среди россиян продукты питания – это крупа, хлеб, а также сливочное масло, выяснили в Всероссийском центре изучения общественного мнения (ВЦИОМ).

Основой своего рациона большинство жителей нашей страны называют крупы (85%), хлебобулочные изделия (85%) и сливочное и подсолнечное масло (79%). Также опрошенные регулярно едят макаронные изделия (76%), овощи и фрукты (73%), мясо (71%).

Рыбу россияне считают скорее дополнительным продуктом питания – только у 47% населения она является основой рациона, морепродукты регулярно едят и вовсе только 26% россиян.

Валентин МАЛОВ.

Москва.

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

Инициатива

Профилактика выходит в народ

Ведь надо информировать людей о риске заболеваний

В ЦРБ Крапивинского района Кемеровской области началась кампания по формированию у селян приверженности к здоровому образу жизни.

Врач медицинской профилактики В.Гриб охотно отвечает на вопросы селян после лекции в МФЦ

Профилактика, как известно, не требует лечения. Однако мало кто заботится о своём здоровье на деле. Результаты диспансеризации жителей Крапивинского района – тому подтверждение. В нынешнем году её прошли более 2 тыс. человек.

Чтобы информировать население о риске развития заболеваний, особенно часто уносящих жизни россиян, в Крапивинской ЦРБ открыли кабинет медицинской профилактики. В октябре его возглавила Валентина Гриб, в недавнем прошлом – известный в районе врач-педиатр. Она уже вышла на заслуженный отдых, но сидеть дома не смогла, заскучала. Новая работа показалась Валентине Георгиевне интересной, но… Даже в организованных трудовых коллективах собрать рабочих на 15-минутную беседу – проблема. Что же говорить о жителях удалённых друг от друга деревень?

– Мы обсудили этот вопрос с администрацией района и решили, что оптимальной площадкой для общения нашего доктора с широкой аудиторией может стать многофункциональный центр по предоставлению государственных и муниципальных услуг, – делится главный врач Крапивинской ЦРБ Владимир Ермолаев. – Люди обращаются сюда по разным поводам…

«В народ» врач медицинской профилактики Валентина Гриб выходит пока что раз в месяц. Выступает перед селянами с небольшой лекцией и приглашает их посетить свой кабинет в ЦРБ. Потом отвечает на вопросы и раздаёт буклеты, касающиеся различных аспектов здорового образа жизни. Она уже рассказывала о том, как предупредить инсульт, и о том, как уберечься от ВИЧ-инфекции. Поначалу тема заражения ВИЧ через сексуальные контакты показалась деревенским очень пикантной, и многие заторопились покинуть центр. Но случилась авария, в здании погас свет, и полумрак остановил беглецов: оказалось, люди просто стеснялись слушать «про это»…

В день визита журналистов Валентина Георгиевна рассказывала посетителям и персоналу МФЦ о профилактике гипертонии. Публика демонстрировала разную степень заинтересованности. Однако когда перешли к вопросам, мужчина, всё время сидевший к доктору спиной, живо обернулся и спросил, правда ли, что в кабинете отказа от курения, действующем в районной поликлинике, врач-нарколог помогает пациентам бесплатно? Этим заядлым курильщиком оказался пенсионер из посёлка Зеленогорский Виктор Саввинович Буторин. «Сам я отказаться от вредной привычки не могу, – признался мужчина. – Хотя курить нынче накладно, да и здоровье уже не то…»

«А я хочу посетить кабинет медицинской профилактики, – заявила сотрудница МФЦ Ольга Варсобина. – Знать своё давление, уровень холестерина и сахара крови нужно в любом возрасте. Ведь гипертония, как я услышала сегодня, бывает даже у молодых».

Специалисты ЦРБ Крапивинского района подтверждают: раньше они буквально «загоняли» народ на диспансеризацию. А теперь стали приходить пациенты, которые говорят, что хотят проверить своё здоровье. Сами!

Валентина АКИМОВА, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Перемены

Чтобы демография радовала…

Мэр Москвы Сергей Собянин, осматривая городскую клиническую больницу № 52, где недавно был реконструирован роддом, сообщил о завершении ремонта ещё 6 столичных родильных домов.

– Поздравляю коллектив клиники с 60-летием! И очень хорошо, что в эти дни ещё одно приятное событие у больницы – закончилась реконструкция роддома, одного из лучших в Москве, – отметил С.Собянин. – Вообще, мы системно этим занимаемся. Как вы знаете, это шестой московский роддом, который прошёл полную реконструкцию. Отрадно видеть, что увеличивается в разы и качество обслуживания, и количество пациентов – родов в Москве происходит всё больше в течение последних лет.

Капитальный ремонт в стационаре проводился 4 года. Все 4 корпуса больницы были отремонтированы. Для роддома было закуплено 277 единиц современного медицинского оборудования, в том числе инкубаторы и системы для интенсивного выхаживания недоношенных детей, УЗИ для новорождённых, специальное лабораторное оборудование, аппараты искусственной вентиляции лёгких и некоторые другие.

Новое высокотехнологичное оборудование было необходимо, так как в учреждении практикуются самые современные методы ведения беременности и родов. Благодаря его наличию роддом сможет оказывать современные виды акушерской помощи, среди которых: физиологические роды у женщин с рубцом на матке, что разрушает известный стереотип «кесарево сечение однажды – кесарево сечение всегда», ведение преждевременных родов, партнёрские, семейные и «вертикальные» роды.

В послеродовом отделении молодые мамы находятся вместе с детьми в комфортных 1-2-3-местных палатах, где все необходимые процедуры маленьким (вакцинация, заборы крови, осмотры) делают в палате, не увозят их в другие отделения. В роддоме также работает реанимационное отделение для новорождённых, где выхаживают детей с низкой массой тела (от 500 г).

В целом, ремонт и переоснащение родильного дома ГКБ № 52 превратили учреждение в современный комфортный акушерский стационар на 100 акушерских коек, способный принимать до 5 тыс. родов в год, до закрытия же количество родов было равно 2,8 тыс. в год.

Помимо роддома ГКБ № 52 (ранее – роддом № 26) капитальный ремонт был выполнен ещё в 5 акушерских стационарах: филиале Центра планирования семьи и репродукции (ранее роддом № 3), роддоме ГКБ № 15 им. О.М.Филатова, роддоме ГКБ № 70, роддоме ГКБ № 20 им А.К.Ерамишанцева, роддоме ГКБ № 36.

Необходимо отметить, что за период 2011-2014 гг. в медицинских учреждениях, оказывающих помощь матерям и детям, было проведено комплексное переоснащение современным оборудованием. Всего в учреждения данного профиля было поставлено 14,3 тыс. единиц оборудования, в том числе в акушерские стационары – 4,5 тыс. единиц.

В настоящее время в системе здравоохранения Москвы работают 27 акушерских стационаров (из них 2 закрыто на капитальный ремонт), являющихся структурными подразделениями крупных многопрофильных больниц. Общее количество акушерских коек – 3,5 тыс. Средняя занятость коек не превышает 75-80%.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Москва.

Пресс-конференции

Здоровье граждан — основа работы Комитета Совета Федерации

В Москве прошла пресс-конференция председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерия Рязанского, посвящённая итогам работы уходящего 2015 г.

Валерий Рязанский напомнил, что этот год был объявлен Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и мероприятия по линии здравоохранения в тематике Комитета Совета Федерации стали самыми многочисленными. Было выдвинуто несколько законодательных инициатив, касающихся цен на лекарственные препараты, редких заболеваний. Но главным было обратить внимание каждого гражданина на отношение к собственному здоровью, ориентироваться на активный образ жизни. Кроме того, было принято решение о создании новых межрегиональных, региональных, первичных сердечно-сосудистых комплексов. И число таких центров в районах за последние 2-3 года увеличилось с 84 до 122.

Кроме того, была поставлена задача создать в районных больницах первичные сердечно-сосудистые отделения, которых на сегодняшний день в стране уже 383, хотя в 2012 г. их было всего 202. В результате смертность от ССЗ за 10 месяцев этого года снизилась на 2,2%. Это говорит о том, что профилактические мероприятия, работа скорой помощи, оснащение межрайонных центров новым оборудованием стали приносить положительные результаты. На 1,7% снизилась смертность от заболеваний органов дыхания, на 8% – от туберкулёза, и почти на 12% уменьшилась младенческая смертность. Но по интегральной схеме ВОЗ общая смертность в России в этом году так и осталась на уровне 13,1%. Большую роль здесь сыграли летальные исходы от заболеваний органов пищеварения, где на первом месте стоят недавно произошедшие многочисленные отравления от некачественного алкоголя.

В области туризма и курортного отдыха произошли значительные изменения – теперь отдых для граждан в России будет более доступным и комфортным. В частности, произошли улучшения в области финансирования Кисловодского парка – было добавлено 150 млн руб. с тем, чтобы он перешёл в разряд национального парка и стал недосягаем для создания в нём коммерческих структур.

Предметом заботы органов власти на местах становится и программа ГТО. Подготовлены специальные спортивные площадки, где можно будет сдать нормы ГТО и получить соответствующие документы.

Также будет развиваться работа со старшим поколением в сочетании социальных и медицинских подходов. В регионах планируется создание геронтологических центров, один из которых уже работает в Москве на базе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Будет усилена работа и в вопросах реабилитации, поскольку мощности 12 реабилитационных центров оказались недогруженными.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

МИА Cito!

Москва.

Ситуация

В больницы придут попечители и волонтёры

Медицинские организации получат право создавать попечительские советы, а для стационаров они – обязательны. В этой связи Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья разработан и готовится к первому чтению инициированный Правительством РФ законопроект о попечительских советах и добровольческой деятельности в медицинских организациях.

В соответствии с проектом закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части создания попечительских советов в медицинских организациях и осуществления гражданами добровольческой деятельности в медицинских организациях» их предлагается наделить правом создавать попечительские советы. А для стационаров, участвующих в программе госгарантий, такие советы станут обязательными.

Законопроект призван повысить общественный контроль за работой больниц. Предполагается, что в состав попечительского совета войдут представители учредителя, работников медорганизации, иных организаций, профессиональных сообществ, а также граждане. При этом представители учредителя и работников медорганизации не смогут составлять более одной трети от общего числа членов попечительского совета.

Решения совета как совещательного органа будут носить рекомендательный характер.

Примерное положение о попечительском совете утвердит Минздрав России, а порядок формирования и деятельности нового совещательного органа медицинские организации определят самостоятельно на уровне учредительных документов.

Внесение изменений в такие документы подлежит госрегистрации и должно осуществляться за счёт собственных средств организаций. По данным Росстата, в России насчитывается около 6 тыс. медорганизаций, оказывающих помощь в стационарах. Исходя из действующих размеров госпошлины и нотариального тарифа, примерная стоимость внесения изменений в уставы, по расчётам правительства, составит 13,6 млн руб. Только на регистрацию необходимых документов каждое учреждение потратит минимум 2,3 тыс. руб.

Будущий закон призван отрегулировать также вопросы осуществления добровольческой деятельности в медицинских организациях. Такая безвозмездная помощь, согласно законопроекту, осуществляется на основании договоров социально ориентированных НКО с медицинскими организациями. Добровольцу, отработавшему в стационаре не менее 105 часов в течение года, выдаётся рекомендация, позволяющая воспользоваться преимущественным правом зачисления в медицинские вузы.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

Демография

Столичный прогресс

Количество смертей от инфаркта миокарда в Москве сократилось на 1,3 тыс. за 9 месяцев 2015 г. Об этом на расширенном заседании комиссии Общественной палаты Центрального федерального округа по социальной политике, здравоохранению и занятости населения заявила главный специалист кардиолог Минздрава России Ирина Чазова.

– Это рекордный показатель в Центральном федеральном округе. Также снизилось количество летальных исходов от инфаркта миокарда в Подмосковье – на 191 человека, – констатировала И.Чазова.

Между тем в столице работает «инфарктная сеть» для экстренной помощи больным с острым инфарктом миокарда – 28 сосудистых центров, в которых спасено 28 тыс. человеческих жизней. При инфаркте у врачей есть 2 часа, чтобы спасти пациента. При инсульте – счёт идёт на минуты.

И ещё: число больных с острым инфарктом миокарда, которым проводится неотложное стентирование, выросло с 33 до 77%.

Марк ВИНТЕР.

МИА Cito!

Москва.

Однако

Медики не расстаются с сигаретой

Если в Западной Европе доля курящих врачей составляет всего 3%, то, у нас, по данным Минздрава России, продолжают курить, несмотря на широкую антитабачную компанию, 62% врачей.

Об этом на VI Всероссийском конгрессе пациентов сообщила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. При том что примером в формировании здорового образа жизни среди населения должны быть в первую очередь сами врачи. «Надо начинать с себя», – напомнила заместитель министра.

Между тем, согласно результатам опроса медработников, проведённого недавно, 17% российских врачей ведут нездоровый образ жизни.

Т.Яковлева призвала также пациентское сообщество очень внимательно изучить концепцию здорового питания, утверждённую Правительством РФ в 2010 г.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Поздравляем!

Впереди — новые достижения и победы

Президенту и заведующему кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академику РАН, заслуженному деятелю науки РФ Николаю ЮЩУКУ – 75!

Трудовая деятельность известного в нашей стране и за рубежом учёного на протяжении 45 лет связана с МГМСУ, начиная с ассистента до заведующего кафедрой инфекционных болезней, декана, проректора по учебной работе, ректора. Под его руководством разработана комплексная программа диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний, их патогенеза и совершенствования лечения больных на основе функционально-морфологических и иммунологических данных. Как правило, эти исследования проводились на клеточном и субклеточном уровне. Многие годы его научная деятельность направлена на внедрение новых методов изучения патогенеза с использованием субклинических методов исследования при наиболее распространённых инфекционных заболеваниях (кишечные инфекции, ротавирусные гастроэнтериты, иерсиниоз, гепатиты, грипп и т.д.). Полученные данные положены в основу разработки современных методов терапии этих болезней. В научных работах последних лет разрабатывает пути снижения бремени вирусных гепатитов для РФ, позволяющих значительно снизить смертность от этих заболеваний и экономические потери для страны. Создатель своей научной школы по инфекционным болезням и эпидемиологии, которая под его руководством занимается разработкой и внедрением достижений науки в практическое здравоохранение. Активно участвует в разработке документов по инфекционной патологии для Минздрава России и других государственных органов. Член бюро Отделения медицинских наук РАН, работает в составе общественных советов Минздрава России, Роструда, Следственного комитета РФ, президиума Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов РФ, аттестационной комиссии Минздрава России по избранию ректоров медицинских вузов. Дважды избирался членом Общественной палаты РФ. Трижды лауреат премии Правительства РФ в области науки и образования, награждён орденами «За заслуги перед Отечеством» IV и III степени, «Знак Почёта», Дружбы, медалями и знаками отличия.

Вне сомнения, и впереди у Николая Дмитриевича новые достижения и победы. «МГ» присоединяется к многочисленным поздравлениям с юбилеем и от всего сердца желает своему давнему другу и автору счастья, любви, продуктивного долголетия!

Интервью с академиком Н.Ющуком читайте на стр. 6-7.

Авторитетное мнение

Вакцинация оправдывает средства

Так считает сенатор Людмила Козлова, представлявшая в Совете Федерации закон о расширении Национального календаря профилактических прививок

В родном Смоленске Людмила КОЗЛОВА заведовала кафедрой госпитальной педиатрии Смоленской государственной медицинской академии, в 2004 г. стала проректором академии по работе с практическим здравоохранением и последипломному обучению. Кроме того, перед приходом в Совет Федерации трудилась заведующей отделением одной из детских больниц Смоленска. Она доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Национальной премии «Призвание». Её перу принадлежит более 500 научных работ, имеет несколько патентов в области медицины.

В политику пошла осознанно, победив на выборах в Смоленскую областную думу пятого созыва. Баллотировалась по спискам партии ЛДПР. С сентября 2013 г. представляет в Совете Федерации интересы законодательного органа государственной власти Смоленской области и является заместителем председателя Комитета по социальной политике. Именно профессору Людмиле Козловой было поручено представить в Совете Федерации проект закона о расширении Национального календаря профилактических прививок (НКПП). О значимости профилактики, возможности упредить заболевания с сенатором беседует корреспондент «МГ» Алексей ПАПЫРИН.

– Людмила Вячеславовна, в советское время врачей учили, что принципиальное отличие нашей отечественной медицины в том, что она имеет профилактическую направленность. Как вы считаете можно ли сказать то же самое о нынешнем российском здравоохранении?

– Приоритеты не поменялись. Другое дело, насколько они достижимы. Есть разделы профилактики, в которых за последние годы произошло немало позитивных изменений. Давайте возьмём столь важный из них, как вакцинопрофилактика. Её можно назвать очень эффективной. Благодаря иммунизации удалось ликвидировать в глобальном масштабе натуральную оспу. Не менее показательный пример – ликвидация полиомиелита в большинстве стран мира. Прививки резко снизили заболеваемость многими детскими инфекциями.

В России, согласно НКПП, вакцинопрофилактика проводится при 12 заболеваниях, это тоже немало. Но нужно, чтобы календарь совершенствовался за счёт дальнейшего расширения числа заболеваний, подлежащих вакцинопрофилактике.

– Трудно переоценить значение закона о расширении НКПП в сохранении здоровья. Поэтому поддержка Совета Федерации была обеспечена?

– Действительно, принятое решение было важно как для взрослого, так и детского населения.

Когда я представляла в Совете Федерации Федеральный закон «О внесении изменений в ст. 9-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», то испытывала чувство удовлетворения, поскольку здесь государство показало не на словах, а на деле заботу о здоровье населения, и прежде всего детей. Этим законом НКПП расширялся за счёт включения прививки против пневмококковой инфекции. При этом реализация закона осуществлялась за счёт бюджетных ассигнований (в 2014 г. – 4,08 млрд руб., а с 2015 г. – 6,12 млрд).

– Почему же так получается: врачи в подавляющем большинстве считают, что вакцинация нужна. Но не все родители настаивают, чтобы их детям сделали прививки...

– Здесь причин много. Но главное – недостаток информации. Когда делается большое благое дело, всё равно найдётся 2-3 критически настроенных человека. К несчастью, нигилисты очень пассионарны. Они начинают рассказывать «страшилки», какие побочные и нежелательные эффекты могут вызвать прививки. Противопоставить этой критике можно одно – разъяснять причину нежелательных реакций и показывать как их можно избежать. Переубеждать сомневающихся в пользе прививок надо на примерах и цифрах, прибегая к статистике.

Когда я преподавала в Смоленской государственной медицинской академии, более 4 лет назад создала школу педиатра, а перейдя на работу в практическое здравоохранение – школу родителей, которая функционирует уже более 3 лет. В доступной форме мамам и папам рассказываю, как можно предотвратить появление «простудных» заболеваний, а также инфекционных и неинфекционных болезней, как вырастить ребёнка здоровым, насколько и почему вредно самолечение и др.

– А вы сами прививаетесь против инфекций?

– Обязательно.

– На ваш взгляд, нынешние непростые экономические условия не создадут трудностей в реализации НКПП?

– Всё зависит от возможностей бюджета, от этого никуда не уйти. Но мне кажется, что расширять возраст и группы населения, которые подлежат вакцинации по НКПП, всё равно придётся. Этого требует здоровье населения. Я считаю, что надо включить в НКПП вакцинацию против ветряной оспы, менингококка, ротавирусов, девушек – от вируса папилломы человека. Государство поддерживает производство отечественных качественных комбинированных вакцин. Это поможет увеличить их доступность и снизить инъекционную нагрузку. Одно дело выполнить 5 прививок, другое – одним уколом или суспензией провакцинировать ребёнка сразу против 5-6 инфекций. Антибиотики в своё время совершили переворот в медицине. Но постепенно сформировалась лекарственная устойчивость к ним. На помощь могут прийти не только новые антибиотики, но, прежде всего, вакцины. Истиной является, что «болезнь легче предупредить, чем лечить». И это должны понимать родители, когда они взвешивают все «за» и «против» прививок. Ребёнок не может взять ответственность на себя, но родители должны поступать мудро. Посоветоваться с врачом и если настаивать на отказе, то по понятной и обоснованной причине, а не следовать слухам.

Есть целая группа вакцин, которые не входят в список бесплатной вакцинопрофилактики. Родители могут заплатить лечебному учреждению за выполнение такой прививки. Но опять-таки, прежде чем пройти расширенную вакцинопрофилактику, нужно обязательно посоветоваться с врачом. И здесь мы сталкиваемся с большой проблемой – сформировавшимся недоверием к врачам.

– Да, часть проблем наши государственные чиновники не стесняются перекладывать на плечи медиков, а это, в свою очередь, порождает негативное отношение...

– Давайте возьмём такую актуальную проблему, как очереди. Искусственно создаётся впечатление, что виноваты в этом врачи. Хотя за последние годы у них очень серьёзно выросла нагрузка, произошла так называемая «оптимизация», приведшая к ещё большему дефициту кадров. Соответственно о высоком качестве и доступности медицинской помощи в амбулаторном звене говорить приходиться с большими оговорками. Но почему, спрашивается, виноваты врачи в том, что к ним попасть на приём стало сложно? Кардиологи, неврологи, да и другие узкие специалисты нередко работают по одному на 2-3 поликлиники в связи с нехваткой специалистов. Приёмы большие и у участковых педиатров, терапевтов, которые тоже в дефиците. Я долгие годы работаю в педиатрии и отдаю себе отчёт, что если посмотрю 8-10 детей, то сделаю это качественно. Но назначьте мне на консультации в 3 раза больше детей, и результат, безусловно, будет хуже. За отведённые 12 минут очень сложно разобраться даже с заболеванием взрослого человека, не говоря уже о ребёнке. А если мы обратимся к словам великого Гиппократа, то он считал, что у доктора есть три оружия: слово, растение, нож. И действительно, беседа с врачом дорогого стоит. Поговорить с пациентом, войти с ним в контакт, осмотреть его, решить вопрос о предварительном диагнозе, назначить обследование для установления окончательного диагноза, определить лечение, чтобы не навредить пациенту на основании имеющихся данных без результатов обследования и объяснить в доступной форме, почему назначено обследование и для чего необходимо выполнять в последующем рекомендации по лечению. При этом успеть всё грамотно и достаточно подробно записать, чтобы проверка страховой компании не повлекла штрафные санкции. И на всё это – 12 минут!!! Понятно, что явно недостаточно. Поэтому врачи идут по другому пути. Они стараются меньше разговаривать с больным, что сразу порождает недоверие. Что это за врач, не посмотрел толком и не расспросил, ткнул фонендоскоп, и сразу сделав назначение, выпроводил из кабинета... Педиатрам ещё сложнее, так как контакт надо находить не только с ребёнком, но и с его родителями, а на это нужно немало времени. На мой взгляд, именно дефицит медицинских кадров является первоочередной задачей, которую надо решить. Ибо она определяет доступность и качество оказания медицинской помощи. А решить эту проблему можно, повысив престижность профессии, предоставив социальные гарантии (увеличив зарплату, решив жилищные проблемы) и заключая целевые договоры со студентами и врачами.

– Минфин предлагает сократить объёмы бесплатной медицинской помощи. Как вы относитесь к такому развитию событий?

– Негативно. Получение бесплатной медицинской помощи гарантировано Конституцией России. И многие люди не виноваты в том, что они не смогут оплачивать лечение.

Безусловно, надо поощрять людей, которые следят за своим здоровьем. Например, предоставлять им дополнительные дни к отпуску, а возможно, оплачивать дорогу к месту отпуска либо иные льготы. С другой стороны, не пришёл человек на диспансеризацию, значит, государство может отказаться в последующем лечить его бесплатно.

И ещё очень важная проблема. Медики очень часто начинают заниматься профилактикой, когда человек уже стал взрослым. А надо это делать с детского возраста, ведь всем хорошо известно, что истоки всех заболеваний взрослых лежат в детском возрасте и формирование здоровья происходит в детстве. Вспомните Советский Союз, физкультура и спорт были очень популярны и, конечно, доступны. Дети могли ходить в десятки секций и кружков, где с них не брали никакой платы. Это позволяло приобщаться к ЗОЖ детям не только из социально благополучных, но и малообеспеченных, многодетных, социально неблагополучных семей.

– А поступают ли к сенатору жалобы на «перегибы» при проведении оптимизации?

– Да, такие письма иногда приходят. Я недавно имела беседу с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой и ещё раз убедилась, что министерство не настаивает на закрытии больниц и сокращении коек. Если последние плохо работают, то их можно перепрофилировать в реабилитационные, паллиативные либо другие востребованные койки. Это право региона определять контуры регионального здравоохранения. У меня складывается такое впечатление, что очень часто, вместо того, чтобы заниматься этой тяжёлой работой, выстраиванием новой сети, всё отдаётся на откуп экономистам. А их подходы – механическое избавление от подразделений, которые оказываются с их точки зрения нерентабельными.

С другой стороны, очевидно, что сколько денег государство не выделит здравоохранению при неэффективном их расходовании, они не принесут результата. Таким образом, должна быть разумная эффективность.

Врачи часто боятся спорить с начальством, чтобы не оказаться завтра на улице. В результате реформирование проводится волюнтаристски. Как это было в столичном здравоохранении. Не подготовив амбулаторное звено к работе в новых условиях, началось сокращение коек, объединение больниц, увольнение медицинского персонала, то есть разрушение стационарного звена. Это не могло ни сказаться на доступности медицинской помощи. Реформирование надо было проводить, и я согласна с тем, что часть оказания медицинской помощи необходимо было перенести в поликлиническое звено, но прежде подготовив его. Многое предстоит сделать в оптимизации работы страховых компаний и завершении перехода на страховые принципы, на что обратил наше внимание Президент страны в Послании Федеральному Собранию.

Недавно на первом съезде педиатров столицы я беседовала с вице-мэром Москвы Леонидом Печатниковым. Он заверил, что бездумного реформирования педиатрической службы не будет. Я очень рада. Ведь даже в США перешли на обслуживание детей педиатрами. Нельзя разрушать и терапевтическую службу. Нужно сохранить участковый принцип. В нём и та профилактическая направленность, которой всегда отличалась наша отечественная медицина.

Конечно, последние годы стали прорывными в деятельности здравоохранения. Но реализуя новые направления, нельзя забывать о пациентах, о доступности и качестве медицинской помощи, повышении профессионального уровня медиков. Впереди у отрасли много ответственных задач. Конечно, очень трудно сразу решить всё, тем более в условиях снижения финансирования. И нередко появляется критика в адрес отраслевого министерства, которое, как мне хорошо известно, работает с большой нагрузкой. Несомненно, проблемы есть, о них надо говорить, но не массированно критиковать Минздрав, а всем по возможности помогать в их решении.

Наше пополнение

Молодые – для молодых!

От них исходят новые идеи, грандиозные планы

«Активная молодёжь сегодня – эффективный профсоюз завтра!» – под таким девизом на одном из курортов Горной Шории прошёл III Молодёжный форум профсоюза работников здравоохранения Кемеровской области. В нём приняли участие 113 активистов: представители медицинских и образовательных учреждений Кузбасса, а также гости из Новосибирской, Омской и Томской областей, республик Алтай, Тыва и Хакасия.

– Молодёжь – это люди с новыми идеями, грандиозными планами и свежими решениями. И все проекты для молодых должны разрабатываться самой молодёжью, тогда в них будет смысл и перспектива. Такими словами я открывала наш первый молодёжный форум. И с тех пор с каждым годом всё больше убеждаюсь в правильности и этих слов, и выбранного пути, – подчеркнула на открытии III форума председатель Кемеровской областной организации Общероссийского профсоюза работников здравоохранения Любовь Егорова. – Молодые работники медицинских учреждений зачастую более активные, чем их старшие коллеги. Вникая в проблемы, которые, казалось бы, относятся к разряду «долгоиграющих», они через профсоюзные структуры вносят предложения по их решению. И добиваются результатов!

Так, благодаря молодёжной политике, реализуемой профсоюзом, в Кузбассе в дополнение к федеральной программе «Земский доктор» были приняты региональные программы «Доступное и комфортное жильё» и «Молодой специалист». А в ряде муниципалитетов – ещё и среднесрочные целевые программы «Медицинские кадры». В результате в здравоохранении Беловского городского округа, например, в течение 2013-2015 гг. из средств местного бюджета были выплачены «подъёмные» 6 молодым врачам, один доктор обеспечен служебной квартирой, ещё 11 врачей-специалистов стали получать компенсации за коммерческую аренду жилья.

Вот они, участники III молодёжного форума профсоюза работников здравоохранения Кемеровской области

В Юрге начиная с 2012 г. к работе приступили уже 8 докторов, обучавшихся в Кемеровской государственной медицинской академии по целевому набору. Город активно решает жилищную проблему медиков: муниципалитет выделил врачам 16 служебных квартир плюс ещё 16 было выделено докторам и средним медработникам в «доходном доме». Кроме того, из городского бюджета оплачивается найм жилья для врачей, фельдшеров и акушерок. Не удивительно, что в настоящее время в КемГМА обучаются ещё 27 «целевиков» из Юрги.

В Прокопьевске действует программа «Молодая семья», в рамках которой с 2003 г. молодым работникам здравоохранения выделено 82 квартиры, в том числе 5 – в 2015 г. Если в 2013 г. в больницы Прокопьевска пришли работать 4 молодых доктора, то в этом – уже 8...

На форум члены профсоюза пригласили также своих «несоюзных» сверстников. Чтобы продемонстрировать им, что профсоюз – это не членство ради членства, а стиль жизни активных людей, защищающих свои профессиональные интересы.

В итоговой резолюции участники отразили, что форум способствовал консолидации усилий профсоюзных организаций Кузбасса и регионов Сибирского федерального округа в решении актуальных проблем молодёжи и задал вектор модернизации профсоюзной деятельности в молодёжной среде.

В частности, молодёжным советам и комиссиям профсоюзных организаций всех уровней было поручено активизировать работу по участию в законотворческой деятельности и проведении экспертиз проектов нормативных документов в области трудового законодательства. В качестве первоочередной задачи молодые кемеровчане назвали также внедрение альтернативных форм коллективных действий, в том числе с использованием Интернета, и применение современных информационных методов и ресурсов для пропаганды профсоюзной деятельности.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Тенденции

От робких шагов – к уверенной поступи

Ассоциация врачей Тамбовщины набирает силу

Приподнятое настроение царило в этот день среди делегатов II съезда Ассоциации врачей Тамбовской области. Оно и понятно. Ведь, по сути дела, они находились у истоков становления новой общественной организации, у которой, несомненно, большое будущее.

Задал тон встрече в формате откровенного разговора о делах насущных своим докладом председатель совета ассоциации, главный врач онкологического диспансера Владимир Милованов.

– Профессиональные некоммерческие образования, подобные нашей, – отметил докладчик, – вправе принимать участие в аттестации медицинских работников для получения квалификационной категории, в заключении соглашений по тарифам. Мы можем также участвовать в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. После проведения учредительного съезда и оформления соответствующих документов была начата работа по привлечению спонсорских средств, приёму медработников в члены ассоциации. Вместе с тем проводился сбор вступительных и членских взносов, оформление и выдача членских билетов. Кстати, сейчас в ассоциации более 1,2 тыс. врачей. Организация продолжает расти.

Создание общественного органа позволяет тамбовским врачам выходить в своей деятельности и на более высокий уровень. В мае этого года руководитель ассоциации принимал участие в работе Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, где обсуждались проблемы общественных медицинских организаций. Вывод, сделанный Владимиром Миловановым из этого, заслуживает внимания. И вот почему. Основной проблемой, в результате которой сегодня общественные медицинские организации не играют заметной роли в здравоохранении, признана правовая. Многие вопросы взаимодействия общественных организаций с государственными институтами в правовом поле не урегулированы, некоторые фундаментальные положения Закона об общественных организациях вступают в противоречие с положениями Закона об основах охраны здоровья граждан в РФ и требуют внесения изменений. Как раз с помощью такого инструмента, каким является областная ассоциация врачей, и возможно устранение таких недоработок.

Одной из основных уставных целей общества является помощь врачам в проведении последипломного повышения квалификации. Массовое обучение на центральных базах в настоящее время требует больших финансовых затрат и длительного отвлечения врачей из лечебного учреждения. В связи с этим в регионе проводится большая работа, связанная с организацией наиболее востребованных выездных циклов, а также видов обучения с применением телемедицинских технологий. Ассоциация активно участвует в этом деле. С её помощью, например, был организован и оплачен двухнедельный курс обучения по высокотехнологичным методикам в эндоскопии врача областной больницы. Само медицинское учреждение не могло сделать это по финансовым причинам.

Под эгидой вновь образованной общественной организации проведён ряд профильных научно-практических конференций по онкологии, радиологии, хирургии и другим специальностям. При её участии организовывались лекции и проводились мастер-классы по хирургической онкологии ведущих специалистов Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. Врачебная ассоциация также вела работу по повышению правовой грамотности и юридической поддержке врачей. С этой целью в сотрудничестве с Юридическим институтом Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина было прочитано несколько лекций для врачей. Главный врач противотуберкулёзного диспансера Андрей Татаринцев прошёл обучение на курсах по организации третейских судов в медицине, организованных Национальной медицинской палатой, и готов участвовать в разборе конфликтных ситуаций. Секретарь ассоциации Ольга Головлёва обучалась вопросам медиации в медицине.

Надо признать, что в выступлении председателя совета ассоциации прозвучала и самокритика. Так, в практике своей работы руководство ассоциации прорабатывало вопросы по организации корпоративных льгот для членов общества. В частности, было заключено соглашение с одной из турфирм по льготному оформлению путёвок для врачей. Однако заметного результата новшество не дало, широкого распространения оно не получило. Или вот такой факт. Вроде бы, началась организация профильных комитетов. Но создан был лишь один – по хирургии, да и то работать реально он ещё не начал. Всё это определяет большое поле деятельности на будущее.

– Наша организация сделала первые робкие шаги на пути превращения в полноценную, активно влияющую на развитие здравоохранения области силу, – сказал Владимир Милованов. – Впереди нас ждёт большая работа».

Перспективы у общества действительно есть. Курс на общественное самоуправление в медицине, заданный законом об основах охраны здоровья граждан в РФ, рано или поздно приведёт к этой цели. Может, не так быстро, как бы хотелось, но «прорехи» в противоречиях законов будут устранены. Например, через год вопросы аттестации специалистов и разборы жалоб и обращений будут решаться исключительно силами областной ассоциации. Более значимую роль она начнёт играть в вопросах лицензирования и аккредитации. В целом у организации большое будущее, и результаты её деятельности принесут реальную пользу как членам общества и всем врачам, так и в целом системе здравоохранения региона.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Беседы с корифеями

Вернуться на круги своя

Академик РАН Николай Ющук размышляет о предназначении врача, медицинской науке и системе образования на современном этапе

Думается, мы не слишком погрешим против истины, заявив, что власть, общество, да и сами медицинские работники не в полной мере удовлетворены системой здравоохранения. Отчасти происходит это, видимо, оттого, что выстраиваемая модель непонятна ни специалистам, ни пациентам. Что мы строим, куда движемся? Внятных ответов не так-то много. А как без них, ведь процесс строительства новой модели долгосрочный, а потому должен опираться на сотрудничество и взаимопонимание всех задействованных сторон. Тем не менее пока такого согласия не наблюдается, отчего даже довольно внушительные и масштабные действия по латанию прорех в медицинской отрасли не в состоянии решить задачи существенного повышения качества здоровья человеческого капитала в России. Бесспорно, перемены к лучшему налицо, однако страховая система всё ещё не заработала в полную меру, что могло бы реально улучшить ситуацию в отрасли, государственно-частное партнёрство в зачаточном состоянии…

Но так ли на самом деле плачевно положение дел в здравоохранении? Об этом мы беседуем с президентом и заведующим кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академиком РАН, заслуженным деятелем науки РФ Николаем ЮЩУКОМ.

– Николай Дмитриевич, зная ваше неравнодушие к происходящему в стране, просим поделиться с нашими читателями, какие тенденции в здравоохранении вас тревожат? Насколько уникальна отечественная медицина, есть у неё достижения или дело не в них, главное – соответствовать мировым стандартам и выполнять задачи по сбережению человеческих жизней?

– Наша медицина живёт и продолжает развиваться, несмотря на те реформы, которые она неоднократно претерпевала. Мне кажется, организаторы здравоохранения, замыслившие процесс реформирования, изначально своей целью ставили оптимизировать систему, а не разрушать её. Вот только действовать следовало поступательно, осмысленно, отрабатывая пилотные проекты сначала на нескольких регионах. Меня беспокоят процессы сокращения штатов, коечного фонда, ФАПов, поликлиник, стационаров. В ходе реструктуризации эти учреждения не должны идти с молотка, а оставаться медицинскими. Хочется надеяться, что они не будут проданы частным лицам. Идеально передать их медвузам, укрепив вузовские клинические базы, как это сделано в Москве, например, с ГКБ № 61. Да, частная медицина эффективно работает в Европе, Израиле, США, но там платят не пациенты, а страховые компании. Те, кто проводит такую реорганизацию, должны учитывать уровень доходов и размер пенсий наших людей. Наше общество пока не готово к рынку в медицине.

И всё же я оптимистично смотрю в завтра. Убеждён, что система будет жить. Исторически сложилось так, что у нас была замечательная медицина. Не зря на Алма-Атинской конференции 1978 г. отечественную модель оказания первичной медико-санитарной помощи ВОЗ рекомендовала другим государствам как одну из наиболее эффективных в мире. Хотя в последние десятилетия предпринято немало попыток по реформированию, которые подчас можно приравнять к разрушению, даже в этих условиях наша отрасль имеет свои достижения, успехи, будущее. Развитие системы здравоохранения возможно при условии развития медицинской науки. Они должны развиваться вместе, ведь без науки нам не видать прогресса. К сожалению, не все наши младоорганизаторы это понимают.

Поставленный вами вопрос об уникальности медицины многогранен. Бесспорно, она должна быть уникальной, чтобы своевременно оказывать человеку высококачественную и эффективную помощь. Однако при этом нельзя забывать об основе основ – первичном звене, которое обязано работать так, чтобы любой человек, вне зависимости от места жительства, мог получить квалифицированную помощь в момент обращения, а не ждать неделями, перед тем как попасть к узкому специалисту или сделать общий анализ крови. Такого в нашей медицине не было и быть не должно. Рано или поздно мы вернёмся на круги своя, когда медицина станет работать оперативно, чётко и, думаю, на бюджетной основе.

Если говорить о достижениях отрасли, то в первую очередь они связаны с научными изысканиями. XXI век продекларирован столетием биомедицинских наук, молекулярных биотехнологий, геномики, протеомики. Расшифрован геном человека, причём в этом процессе активное участие принимали учёные РАН. Весьма внушительны достижения многих наших НИИ, например, специалистов Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, что позволяет спасать жизни только родившихся детей с серьёзнейшими патологиями. Эти и огромное количество иных прорывных технологий позволяют добиваться оптимистичных результатов там, где прежде были фатальные исходы.

Не могу обойти стороной достижения, которые имеются в нашей области – инфектологии. Например, долгие годы считалось, что вирусный гепатит С (ВГС) неизлечим. И только недавно американцами был разработан препарат, который позволяет излечивать таких пациентов. Комбинации высокоэффективных противовирусных препаратов позволяют добиваться полного избавления от ВГС в 90-100% случаев! Так что определение, что гепатит С – это «ласковый убийца», уже не соответствует действительности: он сейчас и не «убийца», и не «ласковый».

Вы можете меня поправить – так это же в США! Но и у нас есть прорывные успехи. Самым большим достижением науки и фармацевтической промышленности стал выпуск эффективного и безопасного отечественного препарата альгерон, разработанного учёными Научно-исследовательского центра биофармацевтической компании «БИОКАД». В рамках импортозамещения появилась альтернатива зарубежным пегилированным интерферонам с полным циклом производства в РФ.

Проблема сегодня не в том, как вылечить пациента, а в доступности препаратов, то есть она переходит в экономическую плоскость. Подавляющее большинство наших пациентов бедны и не могут найти средств на лечение. Государство же не берёт на себя в полной мере обязательств по их лечению, как, например, в европейских и даже азиатских странах, США, Канаде. А ведь в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2013) отмечалось, что «каждый человек должен иметь доступ к необходимым медико-санитарным услугам, не подвергаясь при этом угрозе обнищания в результате их оплаты». В России такое лечение весьма дорогостоящее. В зависимости от длительности курса и тяжести заболевания стоимость лечения составляет от 300 тыс. до 1,2 млн руб.

– В США подсчитали, что не спасённая жизнь человека влечёт за собой потери в 3 млн долл. А у нас пытались установить, сколько «стоит» жизнь?

– Действительно, по американским данным, одна спасённая человеческая жизнь составляет 3 млн долл. Я думаю, это можно экстраполировать и на нашу страну, хотя у нас такие «подсчёты» считались аморальными, дескать, жизнь человека бесценна. Но при этом наши моралисты оставались равнодушными к боли пациента, не имеющего возможности получать необходимые лекарства.

Во всём мире вирусный гепатит С представляет собой значимую медико-социальную проблему и ложится тяжёлым бременем как на больного, так и на общество. Проведённое нами поперечное исследование бремени ВГС в стране показало, что в 2010 г. суммарные медицинские и социальные потери и затраты, связанные с ВГС и его неблагоприятными исходами (цирроз и рак печени), составили 48,5 млрд руб., из которых 17,1 млрд руб. (35,3%) – прямые медицинские затраты, 26,05 млрд (53,8%) – потери валового внутреннего продукта, 5,3 млрд (10,9%) – выплаты по инвалидности.

Изменить ситуацию можно лишь при внедрении национальной программы профилактики распространения ВГС и развития тяжёлых последствий этого заболевания, в первую очередь за счёт увеличения охвата пациентов противовирусной терапией.

Хочу подчеркнуть, что в среднем излечение от гепатита С позволяет прожить сопоставимое со здоровым человеком среднее количество лет жизни, а наличие гепатита С увеличивает такой показатель, как смертность от всех причин, в 2,5 раза. Лечение высокоэффективными препаратами проводится раз в жизни, и далее человек продолжает жизнь здоровым, без каких-либо ограничений в работоспособности, без потребности в поддерживающей терапии и без риска заразить других. От гепатита гибнут 30-40-летние, то есть люди самого продуктивного, работоспособного возраста, что наносит огромный ущерб экономике страны. Сберегая же эти жизни, мы приумножаем богатство государства.

– Ещё совсем недавно остро стоял вопрос – а нужна ли вообще инфекционная служба страны?

– Такие вопросы могут ставить лишь те, кто абсолютно не читает литературу, не знает или забыл историю медицины, не заглядывает вперёд. Десятилетиями в стране формировалась профессиональная инфекционная служба, сложились коллективы, которые специализируются на оказании высококвалифицированной помощи. Традиционно до 25% коек резервировалось на случай нештатных ситуаций и вспышек. Будучи постоянно настороже, мы своевременно наносили упреждающий удар и управляли ситуацией, а потому добивались существенного снижения заболеваемости по ряду инфекционных патологий. Нынешняя ситуация с инфекционными заболеваниями, например, с геморрагическими лихорадками, лихорадкой Эбола и целым рядом других, несёт реальную угрозу безопасности страны. Сокращать в таких условиях инфекционные больницы и койки – абсолютно неправильно и безграмотно. С инфекционными заболеваниями нельзя шутить. Сегодня – благополучие, а завтра может произойти вспышка.

Мне кажется, медицина в целом и инфекционная служба в частности – не та область, где надо экономить. Если и дальше снижать вложения в медицину, продолжительность жизни наших соотечественников никогда не вырастет, как бы мы ни подгоняли статистику. Точно так же никогда не уменьшится и смертность. Вспомните, какую великолепную отдачу имел Национальный проект «Здоровье», благодаря чему увеличилась рождаемость, улучшилось выхаживание детей, сократилась смертность и т.д. Но он подошёл к финалу. Нашим руководителям следует понимать, что без денег лечить людей невозможно!

– Мы коснулись проблемы спасённой человеческой жизни. А как быть, коли человек слишком расточительно относится к своей жизни? Может, наказывать рублём?

– В этом вопросе две составляющие. Первая – человек, конечно, должен заботиться о собственном здоровье – даре, полученном свыше. При этом важны оздоровительные и физкультурные мероприятия, правда, проблема для многих опять же упирается в высокие цены, отсутствие должного количества спортивных площадок, стадионов и т.д. Хотя, отмечу, сейчас многое делается в этом направлении. Такие инициативы следует поддерживать. Конечно, ЗОЖ имеет очень большое значение, поэтому его нужно постоянно и всемерно пропагандировать.

Что же касается другой ситуации, когда человек заболел, тут я выступаю сторонником «старой» системы, ведь пациенту надо помогать всегда. И вряд ли с него следует что-то взыскивать за это, а тем более наказывать. Мне кажется, некоторые депутаты, желая изобразить бурную деятельность, выдвинуть инициативу, одну «краше» другой, действуют по принципу: лишь бы прокукарекать, а рассвет хоть не наступай.

Очень важной инициативой была борьба с курением. Её следует продолжать. А в будущем стоит инициировать борьбу с избыточным весом, который ведёт к диабету, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, развитию целого ряда болезней и осложнений. Это важная государственная проблема, и Госдуме России надо поднять её на государственный уровень, разработав специальную госпрограмму.

– Бывший главный государственный санитарный врач Г.Онищенко в своё время активно поддерживал многие оздоровительные начинания, например, боролся с пивным алкоголизмом, энергетическими напитками, курением, выступал за здоровое питание и т.д.

– То, что в стране не была разрушена и в самые трудные времена 90-х и нулевых годов эффективно работала эпидемиологическая служба, по сути, заслуга одного человека – Геннадия Григорьевича. Неоценим его вклад в эпидемиологию, в борьбу с нарушениями санэпидобстановки в стране, с такими заклятыми врагами россиян, как алкоголизм, табакокурение и т.д. Существует престижная международная премия ВОЗ, на которую государство номинирует самых достойных. Мне кажется, в нашей стране такой кандидатурой № 1 является Онищенко.

Сегодня он целиком и полностью сосредоточился на проблеме национальной биологической безопасности. Думаю, это совершенно правильно. Значимость этой проблемы ещё не все осознают. Кстати, вскоре Г.Онищенко

выступит в роли выпускающего редактора одного из номеров нашего журнала «Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение», посвящённого этим проблемам. Ему уже многое удалось реализовать, но он по-прежнему работоспособен, активен, у него огромный нерастраченный потенциал во благо здоровья общества и государства.

– Ещё одна ваша стезя – образование, подготовка кадров будущих врачей, повышение их квалификации. Что можете предложить для оптимизации организации учебного процесса?

– Если говорить об учебном процессе, вынужден отметить, что уровень подготовки наших студентов, будущих врачей сегодня недостаточен. При этом я не приемлю, когда огульно заявляют, что мы готовим плохих врачей. Молодёжь сейчас пошла иная, более целеустремлённая и более запрограммированная на определённую область. И в медицинском образовании сегодня делается очень много, чтобы в сравнении с другими странами оно было конкурентоспособным.

Вводится система непрерывного медицинского образования, что подразумевает, что врач должен учиться постоянно, начиная со студенческой скамьи и до конца жизни. В вузах созданы симуляционные центры, активно используются дистанционные формы и методы обучения – лекции, интернет-конференции, вебинары, школы. Примером могут служить школы по гепатиту, которые в течение многих лет проводит академик РАН В.Ивашкин.

Сейчас проводится множество обучающих мероприятий, однако нам следует определить, какие из них будут учитываться при назначении кредитов. Определить также и коллективы, которые могут проводить такие мероприятия. И потом разработать и официально утвердить сами кредитные единицы, которые идут в зачёт. В этом плане много делается Учебно-методическим объединением Минздрава России, возглавляемым членом-корреспондентом РАН П.Глыбочко. А тон должны задавать комиссии УМО по различным дисциплинам. Они обязаны опережать то, что делается, учитывать происходящие в здравоохранении процессы и готовить профессорско-преподавательский состав к реформам.

Начиная с 2016 г. нам предстоит провести аккредитацию стоматологов и фармакологов. Мне кажется, торопиться с этим не следует, сначала полезно провести пилотный проект и лишь потом внедрять в рамках РФ. Кроме того, на время освободить от прохождения компьютерного экзамена специалистов пенсионного возраста.

– Какие цели ставите сегодня по воспитанию специалистов?

– Вы подняли важный вопрос – о воспитательной работе. Надо признать, что сейчас в медицинских и фармацевтических вузах она отнюдь не на той высоте, как должно. Конечно, можно отчитаться, сколько раз выступили представители церкви, сколько проведено всяких-разных воспитательных мероприятий, но это формальный подход. Такие инициативы приносят пользу лишь в том случае, когда, как говорится, западают в душу, доходят до сердца. Воспитательная работа должна постоянно вестись либо через кафедры ЗОЖ, как у нас в МГМСУ, где создана кафедра здорового образа жизни ЮНЕСКО, либо через кафедры философии, биоэтики, деонтологии. И ещё – каждая кафедра может найти примеры воспитания через предмет, пример своих учителей, наше общее наследие.

Если взять инфекционную службу, можно привести десятки примеров, когда исследователи проводили эксперименты над собой – вводили возбудителя, ставили опыты и доказывали пути заражения или методы лечения инфекционных больных (И.Мечников, В.Знаменский, Б.Маршалл, М.Балаян и др.). То же касается терапии, кардиологии и т.д. Воспитательный процесс следует шире осуществлять на уровне кафедральном, университетском и в целом – страны.

Мне кажется, в Минздраве должен быть заместитель министра, курирующий медицинские профессиональные общества, а также воспитательную работу в вузах. Это чрезвычайно актуально и требует безотлагательных мер. Ведь ту ожесточённость, которая накопилась в обществе, мы в состоянии одолеть лишь добром и человеческим отношением друг к другу. А ещё – личным примером педагога.

В своё время, будучи ассистентом, доцентом на кафедре, я задавал студентам вопрос: «К кому вы должны идти в палате в первую очередь?» Я старался убедить, что, во-первых, это должен быть тяжёлый больной, во-вторых, пожилой, в-третьих, – медицинский работник, а потом все остальные. В своей деятельности врач обязан руководствоваться исключительно преференциями для самых тяжёлых пациентов. В медицинской терминологии есть понятие триаж (от фр. triage – сортировка), что подразумевает отбор больных. Такую медицинскую сортировку осуществляли, в частности, военврачи в боевых условиях, отдавая приоритет максимальному числу пострадавших в оптимальном объёме, держа в поле своего зрения наиболее немощных и нуждающихся. Пусть даже изначально прогноз результатов лечения неоптимистичен, в первую очередь заботиться следует о тех, кому тяжелее всего. Это будет способствовать изменению нашей непростой жизни к лучшему.

Доброму, любящему сердцу по силам многое. Это мы видим по искренне верующим. Духовное сокровище, которым они наделены, помогает им и окружающим. Христианская вера – величайший из даров человеку. По-моему, абсурдно утверждение атеистов, дескать, наука не допускает веры в Бога. Опровержением этого является то, что многие великие учёные верили в Бога (Н.Пирогов, И.Павлов, В.Филатов и т.д.). Английский философ и учёный Ф.Бэкон полагал, что «много знания приводит к Богу, а мало – удаляет от него».

– А у вас был учитель, который оставил глубокий след в судьбе?

– Если говорить об учителях, конечно, в моей жизни немало людей, которым я обязан всем. Пожалуй, первый учитель (причём я рад, что он здоров, трудоспособен и до сих пор незаменяем) – академик В.Покровский. В течение 22 лет он был президентом Академии медицинских наук, добился немалых достижений в академии и инфекционной службе, в частности, в лечении менингитов, холеры, изучении легионеллёза, геморрагических лихорадок, завозных инфекций и др. Кроме того, что это высокий профессионал и замечательный врач, он ещё и доброжелательный человек. Я не встречал другого, кто бы так ласково относился к больным детям, и они к нему тянулись. И ещё его характеризует особое отношение к старикам. Это был любимец пожилых пациентов и ещё тех, кому особенно трудно. Я многим обязан ему в жизни.

Вместе с ним работал человек, которого уже нет в нашей жизни – профессор В.Машилов, о котором я тоже должен сказать добрые слова как об учителе и человеке. Он делился секретами врачевания и учил доброте. Моим учителем по организации здравоохранения и ректорским обязанностям стал академик Е.Соколов, который жив, работоспособен и востребован.

К своим учителям я отношу и своих коллег-сотрудников. У них также продолжаю учиться. У меня замечательная кафедра и прекрасные коллеги, такие как профессора Ю.Мартынов, С.Максимов, Г.Кареткина, И.Шестакова, О.Знойко, Е.Климова и др. Это костяк, на смену которому идёт достойная, перспективная молодёжь – О.Тимченко, М.Гаджикулиева, О.Огиенко и др. На кафедре мы разрабатываем учебные планы, программы, стандарты, измерительные материалы, учебные и методические пособия и рекомендации по обеспечению и организации учебного процесса, по которым проводится подготовка кадров в большинстве медицинских вузов и факультетов РФ, а также в странах ближнего зарубежья. Многие из моих учеников достигли высот, стали профессорами, ректорами – ректор Дагестанского ГМУ Д.Ахмедов, проректор Башкирского ГМУ Д.Валишин, главный врач Иркутской областной инфекционной больницы В.Хабудаев и многие другие. Я прошу извинения у тех, кого не упомянул из-за ограниченности газетной площади: я их помню и люблю.

– Помимо начинающих приходилось помогать тем, кто нуждался?

– Конечно. Помощь в жизни оказывал разную, например, защитить диссертацию, встать на ноги. Под моим руководством подготовлено и защищено 88 диссертаций, в том числе 21 докторская и 67 кандидатских. Ко мне обращались многие в непростых жизненных ситуациях. Всегда старался оказывать нуждающимся человеческую помощь и участие. Правда, при этом в ряде случаев поступал так, как мне подсказывала совесть – говорил правду в глаза. Не потому, что хотел кого-то обидеть, но считал, что должен быть честным.

Думаю, вам известно, как много несправедливых нападок высказывается в адрес министра здравоохранения. Скажу без рисовки, что с глубочайшим уважением отношусь к Веронике Игоревне как к специалисту, организатору. Знаю её много лет, и, вне сомнения, она достигла нового уровня. Ей, к огорчению, приписывается целый ряд недостатков, которые накопились в сфере здравоохранения. Я бы хотел, чтобы кто-то при том недостаточном финансировании также смог добиться того, что удалось ей. Считаю, часто её незаслуженно обижают. Кстати, Минздрав никогда не отдавал приказов о сокращении коек и больниц, но кому-то хочется переложить ответственность за это на В.Скворцову.

– Сегодня мы всё чаще апеллируем понятиями «стандарты, протоколы, схемы лечения». Нет ли здесь очередного перегиба?

– Стандартами и протоколами, конечно же, должны заниматься медицинские организации вместе с профессиональным сообществом. Но вся беда в том, что всё это мы вынужденно делаем очень быстро, на ходу. Подготовка протоколов лечения ложится прежде всего на плечи главных специалистов Минздрава России. В области инфекционных болезней этим занимается доктор медицинских наук, профессор, замечательный специалист и профессионал И.Шестакова. Я рад, что рекомендовал её кандидатуру министру здравоохранения. В силу молодости она старается выполнить всё сама. Ей это удаётся, и слава Богу, но каким трудом! И когда такое громадное количество работы выполняешь сам, другие обязательно найдут ошибку и станут указывать пальцем. Поэтому при главных специалистах надо иметь некие организационные отделы или же отделы в Минздраве, с кураторами, которые координировали бы это направление.

– Что вы считаете своими достижениями?

– Память сберегает самые тёплые воспоминания. Есть несколько пациентов, которые до сих пор помнят день моего рождения и уже почти 40 лет регулярно поздравляют. Я знаю, что в этот получу торт, корзину цветов или оригинальное поздравление... Благодарю судьбу за это. На протяжении многих лет мы остаёмся друзьями, поддерживаем тёплые человеческие отношения, помогаем друг другу. Это очень много значит для врача. Врачебная специальность – избранная. Пожалуй, никто иной не в состоянии ощутить того, что ощущает доктор.

Если ты спас хотя бы одного больного, сделал так, что человек остался жить, испытываешь несравнимые чувства. Но при этом должен сказать и про зарубки, которые остаются после потери больного... Это неправда, что врачи привыкают к смерти. Если тебя постигла неудача, о ней помнишь всю жизнь. Когда я работал ординатором, у меня погиб молодой парень – школьник. До сих пор помню, хотя у него было заболевание крови и при этом тяжёлый брюшной тиф.

Некоторые порой рассуждают: лечить или не лечить? Для меня такой дилеммы не существует. У нас в реанимации много лет назад лежал больной с менингитом, который убил своих детей. Тем не менее мы его лечили. Он «отяжелел» в моё дежурство, и я поднял всех и вся. Хотя по моральным качествам этот человек, казалось бы, не заслуживал того. Но не мне его судить. Такой жизненный и профессиональный опыт стал моим достижением.

Среди моих достижений и то, что стал профессором, членом-корреспондентом, академиком РАН. Говорят, В.Покровский по-отечески любил и любит меня, тем не менее 8 лет «рассматривал» меня между членом-корреспондентом и действительным членом академии. Все мои работы он до сих пор читает и часто критикует.

Горжусь, что во время ректорства удалось получить больницу в Кусково. Сейчас о ней говорят, как о том бревне, которое якобы несли вместе с Лениным на субботнике, будто бы все её создавали, получали, и, думаю, на каком-то этапе забудут про меня. Это обыденно. Тем не менее если бы я тогда её не получил, у нас не было бы клиники. Это огромное достижение для университета. Неоценимую помощь в этом оказал В.Иванов, бывший первый помощник В.Путина, а ныне директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков. Существенную поддержку оказали министр здравоохранения Ю.Шевченко и А.Дроздов, возглавляющий сегодня Пенсионный фонд РФ, и другие. Я до сих пор благодарен им.

Мне удалось подготовить учеников, написать книги, монографии, опубликовать свыше 800 работ. Достижением считаю и то, что коллектив нашей кафедры получил премию Правительства РФ в области образования. Мне она дорога тем, что так отмечен весь коллектив кафедры – 10 человек. В числе отмеченных не было только профессора Н.Островского, который также внёс весомую лепту в общее дело. Но вследствие болезни в завершающем этапе он не участвовал. Мы собрали по 10 тыс. руб., и он получил ту же сумму денег (100 тыс. руб.), как все сотрудники. И ни у кого даже не возникло вопросов. Наш кафедральный коллектив, который я создал, настолько профессионален, слажен, что работает как механизм, который не требует постоянного вмешательства. Мы понимаем и поддерживаем друг друга.

Горжусь, что ректором вуза стал профессор О.Янушевич. Это был правильный выбор. Я вижу, как за короткое время он вырос до профессионала – организатора, ректора, врача, который соответствует своему положению. В ближайшее время не вижу хоть кого-то иного на этом месте.

Также, будучи ректором, я пригласил в коллектив университета академиков и членов-корреспондентов РАН Л.Адамян, В.Шумакова, Л.Бокерию, Н.Найговзину, В.Крылова, В.Мороза, Л.Юдакову. В мою бытность руководителем вуза количество членов академии из 3 выросло до 12. Но самое основное – в те времена удалось сохранить коллектив и передать в надёжные руки нового руководства.

– Как вы полагаете, «может собственных Платонов и быстрых разумом Невтонов российская земля рожать»? Стоит ли нам ожидать, как в прежние времена, имена, достойные великих Пирогова, Сеченова, Павлова?

– Рассуждая о перспективах нашей медицины, я уверен в светлом её будущем. Убеждён, что наша отрасль сохранит те основные законы и подходы, которые заложены в русской медицине. И, конечно, наша земля родит много новых талантов. Я могу, например, сказать, что абсолютно талантливый специалист, который до конца ещё не раскрылся (это у него впереди), – заведующий кафедрой урологии нашего вуза, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Д.Пушкарь. Он имеет право оперировать в ряде европейских стран. Для проведения мастер-классов его приглашают в Испанию, Францию, он признан в США. Много сотрудничает с коллегами по всему миру, имеет ряд дипломов зарубежных стран.

Не менее яркая восходящая звезда – директор Московского клинического научно-практического центра Департамента здравоохранения Москвы профессор И.Хатьков, который успешно оперирует, выполняет «тонкие» операции, начиная от щитовидной железы и заканчивая предстательной. Вокруг себя он собрал талантливую молодёжь.

Как о специалисте высокого класса хотел бы сказать о профессоре А.Шпекторе, замечательном терапевте, кардиологе. Думаю, он достоин академических регалий, поскольку занимается серьёзной, фундаментальной наукой. Глубочайшего уважения заслуживает профессор О.Луцевич, который первым начал внедрять эндоскопические операции по удалению жёлчного пузыря, а затем эндоскопически удалял желудок и другие органы. Также хочу отметить профессора А.Дробышева, замечательного челюстно-лицевого хирурга, пластического хирурга, сложившегося учёного. Вне сомнения, это специалист с мировым именем.

Можно перечислять и перечислять ещё достаточно много специалистов, но уже эти имена говорят о том, что наша медицина не стоит на месте. Она развивается, и я уверен, родит ещё будущих Пироговых, Бехтеревых, Павловых, Сеченовых, Чазовых, Покровских...

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 86 (1938)

Диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Диагностика

Диагностика СП основывается на клинических проявлениях заболевания, данных объективного и рентгенологического обследования.

В клинической картине основное место занимают: боль в грудной клетке на стороне пневмоторакса, часто иррадиирующая в плечо, одышка, сухой кашель.

Редкие жалобы – обычно появляются при осложнённых формах СП. Изменение тембра голоса, затруднение при глотании, увеличение в размерах шеи, грудной клетки возникают при пневмомедиастинуме и подкожной эмфиземе. При гемопневмотораксе на первый план выходят проявления острой кровопотери: слабость, головокружение, ортостатический коллапс. Сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца (аритмия) характерны для напряжённого пневмоторакса. Поздние осложнения пневмоторакса (плеврит, эмпиема) приводят к появлению у больного симптомов интоксикации и лихорадки.

При вторичном СП, даже если он небольшого объёма, имеется более выраженная клиническая симптоматика, в отличие от первичного СП.

При объективном осмотре определяется отставание в дыхании половины грудной клетки, иногда расширение межрёберных промежутков, тимпанический тон при перкуссии, ослабление дыхания и ослабление голосового дрожания на стороне пневмоторакса.

При напряжённом пневмотораксе клинические проявления более выражены.

Обязательным является выполнение рентгенограмм в прямой и боковой проекции на вдохе, которых достаточно для постановки диагноза пневмоторакса. В сомнительных случаях необходимо выполнить дополнительный снимок на выдохе в прямой проекции.

Основными рентгенологическими симптомами СП являются:

- отсутствие лёгочного рисунка в периферических отделах соответствующего гемиторакса;
- визуализация очерченного края коллабированного лёгкого.

При выраженном коллапсе лёгкого могут выявляться дополнительные рентгенологические симптомы:

- тень коллабированного лёгкого;
- симптом глубоких борозд (у лежащих больных);
- смещение средостения;
- изменение положения диафрагмы.

При оценке рентгенограмм необходимо помнить о возможности ограниченного пневмоторакса, который, как правило, имеет верхушечную, парамедиастинальную или наддиафрагмальную локализацию. В этих случаях необходимо выполнить рентгенограммы на вдохе и выдохе, сравнение которых даёт полную информацию о наличии ограниченного пневмоторакса.

Важной задачей рентгенологического исследования является оценка состояния паренхимы лёгкого, как поражённого, так и противоположного лёгкого.

При оценке рентгенограмм пневмоторакс следует дифференцировать с гигантскими буллами, деструктивными процессами в лёгких, дислокацией полых органов из брюшной полости в плевральную.

Перед дренированием плевральной полости необходимо выполнить рентгенографию в двух проекциях или полипозиционную рентгеноскопию для определения оптимальной точки дренирования.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) грудной клетки играет основную роль в определении причин пневмоторакса и дифференциальной диагностике СП с другой патологией. СКТ должна быть выполнена после дренирования плевральной полости и максимально возможного расправления лёгкого. При СКТ оценивают следующие признаки: наличие или отсутствие изменений в лёгочной паренхиме, таких как инфильтрация, диссеминированный процесс, интерстициальные изменения; односторонние или двусторонние буллёзные изменения; диффузная эмфизема.

Показатели лабораторных исследований в случаях неосложнённого спонтанного пневмоторакса, как правило, не изменены.

Лечение

Все больные с пневмотораксом должны быть экстренно госпитализированы в торакальные хирургические стационары, а при невозможности – в экстренные хирургические.

Цели лечения спонтанного пневмоторакса:

- расправление лёгкого;
- прекращение поступления воздуха в плевральную полость;
- предотвращение рецидивов заболевания.

Основополагающими моментами для определения хирургической тактики при пневмотораксе являются: наличие дыхательных и, даже в большей степени, гемодинамических расстройств, кратность образования, степень коллапса лёгкого и этиология пневмоторакса. Во всех случаях необходимо до операции всеми возможными методами, лучше всего – СКТ, уточнить характер изменений лёгочной паренхимы.

Экстренная хирургическая помощь при спонтанном пневмотораксе должна быть направлена, прежде всего, на декомпрессию плевральной полости и предотвращение нарушений дыхания и кровообращения, и лишь затем, на выполнение радикальной операции.

Напряжённый пневмоторакс возникает в случаях, когда дефект в лёгком функционирует как клапан, при этом рост внутриплеврального давления приводит к тотальному спадению лёгкого, прогрессирующему уменьшению альвеолярной вентиляции на поражённой стороне, а затем и на здоровой, выраженному шунтированию кровотока, а также к смещению средостения в здоровую сторону, приводящему к уменьшению ударного объёма кровообращения вплоть до экстраперикардиальной тампонады сердца.

Методы лечения спонтанного пневмоторакса:

- консервативный – динамическое наблюдение;
- плевральная пункция;
- дренирование плевральной полости;
- химический плевродез через плевральный дренаж;
- оперативное вмешательство.

Динамическое наблюдение.

Консервативное лечение подразумевает клинический и рентгенологический мониторинг, в сочетании с лечебно-охранительным режимом, обезболиванием, кислородотерапией и, по показаниям, профилактической антибактериальной терапией.

Наблюдение как метод выбора рекомендуется при малом ненапряжённом первичном СП, протекающим без дыхательной недостаточности.

При малых апикальных или ограниченном пневмотораксе риск плевральной пункции превышает её лечебную ценность. Воздух из плевральной полости резорбируется со скоростью около 1,25% объёма гемиторакса за 24 часа, а ингаляции кислорода увеличивают скорость резорбции воздуха из плевральной полости в 4 раза.

Плевральная пункция.

Показана пациентам моложе 50 лет при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса объёмом 15-30% без выраженного диспноэ. Пункцию производят при помощи иглы или, предпочтительнее, тонкого стилет-катетера. Типичным местом для пункции является II межреберье по средне-ключичной линии или III-IV межреберье по средней подмышечной линии, однако точку пункции следует определять только после полипозиционного рентгеновского исследования, которое позволяет уточнить локализацию спаек и наибольших скоплений воздуха. Важно помнить, что в случае неэффективности первой пункции повторные попытки аспирации бывают успешны не более чем в одной трети случаев.

Если после плевральной пункции лёгкое не расправилось, рекомендуется дренирование плевральной полости.

Дренирование плевральной полости.

Дренирование плевральной полости показано при неэффективности плевральной пункции; при большом СП, при вторичном СП, у больных с дыхательной недостаточностью и у пациентов старше 50 лет.

Дренаж должен быть установлен в точке, выбранной по результатам рентгенологического исследования. При отсутствии спаечного процесса дренирование производится в 3-4-м межреберье по средней подмышечной линии или во 2-м межреберье по среднеключичной линии.

Наиболее распространёнными способами дренирования плевральной полости при пневмотораксе являются стилетный и троакарный. Также можно установить дренаж по проводнику (методика Сельдингера) или с помощью зажима. Процедура дренирования плевральной полости производится в асептических условиях в перевязочном кабинете или операционной.

Дренаж вводят на глубину 2-3 см от последнего отверстия (слишком глубокое введение трубки не позволит ей адекватно функционировать, а расположение отверстий в мягких тканях может привести к развитию тканевой эмфиземы) и надёжно фиксируют кожными швами. Сразу после дренирования дренаж опускают на дно банки с антисептическим раствором (дренирование по Бюлау) и в последующем подключают к плевроаспиратору. Плевральную полость ведут на активной аспирации с индивидуальным подбором разрежения до прекращения сброса воздуха. Следует учитывать, что при длительном коллапсе лёгкого до госпитализации увеличивается риск развития реперфузионного отёка лёгкого после его расправления.

Диагностическая торакоскопия (ДТ), выполняемая в процессе дренирования.

При невозможности выполнить СКТ в срочном порядке для выявления причины пневмоторакса и определения дальнейшей тактики целесообразно выполнить диагностическую торакоскопию в процессе дренирования. Следует учитывать, что ДТ не даёт полной возможности выявить внутрилёгочные изменения.

Операция проводится под местной анестезией на стороне пневмоторакса, в положении больного лёжа на здоровом боку. Место для установки торакопорта выбирают по результатам рентгенологического исследования. У больных с полным коллапсом лёгкого торакопорт устанавливают в IV или V межреберье по средней подмышечной линии.

Последовательно производят ревизию плевральной полости (наличие экссудата, крови, спаек), осматривают лёгкое (блебы, буллы, фиброз, инфильтративные, очаговые изменения), у женщин прицельно оценивают диафрагму (рубцы, сквозные дефекты, пигментные пятна). Макроскопические изменения в лёгочной паренхиме и плевральной полости, выявленные при ДТ, целесообразно оценивать по классификации R.Vanderschuren (1981) и C.Boutin (1991).

Классификация морфологических типов, выявляемых в плевральной полости и лёгочной паренхиме, у больных спонтанным пневмотораксом (R.Vanderschuren, 1981; C.Boutin, 1991).

I тип – отсутствие визуальной патологии.

II тип – наличие плевральных сращений при отсутствии изменений паренхимы лёгкого.

III тип – небольшие субплевральные буллы диаметром менее 2 см.

IV тип – крупные буллы, более 2 см в диаметре.

Операцию заканчивают дренированием плевральной полости. Плевральную полость ведут на активной аспирации до прекращения сброса воздуха. Оптимальной считается активная аспирация с разряжением 10-20 см вод.ст. Однако наиболее выгодна аспирация с тем минимальным разрежением, при котором лёгкое полностью расправляется. Методика выбора оптимального разрежения следующая: под контролем рентгеноскопии уменьшаем разрежение до того уровня, когда лёгкое начинает коллабироваться, после чего увеличиваем разрежение на 3-5 см вод. ст. По достижении полного расправления лёгкого, при отсутствии отхождения воздуха в течение 24 часов и поступлении жидкости менее 100-150 мл дренаж удаляют. Не существует точных сроков удаления дренажа, аспирацию следует проводить до полного расправления лёгкого. Рентгенологический контроль за расправлением лёгкого выполняют ежедневно. При прекращении поступления воздуха из плевральной полости в течение 12 часов дренаж перекрывают на 24 часа и затем выполняют рентгеновский снимок. Если лёгкое остаётся расправленным, дренаж удаляют. На следующий день после удаления дренажа необходимо выполнить контрольную рентгенографию грудной клетки, подтверждающую факт ликвидации пневмоторакса.

Если на фоне дренирования лёгкое не расправляется и поступление воздуха по дренажу продолжается более 3 суток, показано хирургическое лечение в срочном порядке.

Химический плевродез.

Химическим плевродезом называется процедура, при которой в плевральную полость вводят вещества, приводящие к асептическому воспалению и образованию сращений между висцеральным и париетальным листками плевры, что приводит к облитерации плевральной полости.

Химический плевродез используют при невозможности по каким-либо причинам выполнить радикальную операцию.

Наиболее сильным склерозирующим агентом является тальк, его введение в плевральную полость достаточно редко сопровождается развитием респираторного дистресс-синдрома и эмпиемы плевры (А). Исследования 35-летних результатов применения свободного от асбеста химически чистого талька доказали отсутствие его канцерогенности. Методика плевродеза тальком достаточно трудоёмка и требует распыления 3-5 г талька с помощью специального пульверизатора, вводимого через троакар перед дренированием плевральной полости.

Важно помнить, что тальк вызывает не спаечный процесс, а гранулематозное воспаление, в результате которого происходит срастание паренхимы плащевой зоны лёгкого с глубокими слоями грудной стенки, что вызывает чрезвычайные трудности для хирургического вмешательства в последующем. Поэтому показания к плевродезу тальком должны быть строго ограничены только теми случаями (старческий возраст, тяжёлые сопутствующие заболевания), когда вероятность того, что в последующем потребуется операция в облитерированной плевральной полости, минимальна.

Следующими по эффективности препаратами для плевродеза являются антибиотики группы тетрациклина (доксициклин) и блеомицина. Доксициклин следует вводить в дозе 20-40 мг/кг, при необходимости процедуру можно повторить на следующий день. Блеомицин вводят в дозе 100 мг в первый день и, если необходимо, повторяют плевродез по 200 мг блеомицина в последующие дни. В связи с выраженностью болевого синдрома при плевродезе тетрациклином и блеомицином необходимо разводить эти препараты в 2%-ном лидокаине и обязательно проводить премедикацию наркотическими анальгетикам. После дренирования препарат вводят через дренаж, который пережимают на 1-2 часа, или, при постоянном сбросе воздуха, проводят пассивную аспирацию по Бюлау. За это время пациент должен постоянно менять положение тела для равномерного распределения раствора по всей поверхности плевры.

При нерасправленном лёгком химический плевродез через плевральный дренаж неэффективен, так как листки плевры не соприкасаются и спайки не образуются. Кроме того, в данной ситуации повышается риск развития эмпиемы плевры.

Несмотря на то, что в клинической практике используются другие вещества: раствор бикарбоната натрия, повидон-йод, этиловый

спирт, 40%-ный раствор глюкозы и т.д., следует помнить, что доказательных данных об эффективности этих препаратов нет.

Применение эндобронхиальных клапанов и обтураторов.

При продолжающемся сбросе воздуха и невозможности расправить лёгкое одним из методов является бронхоскопия с установкой эндобронхиального клапана или обтуратора. Установку клапана производят на 10-14 дней как ригидным бронхоскопом под наркозом, так и фибробронхоскопом под местной анестезией.

Клапан или обтуратор в большинстве случаев позволяет добиться герметизации дефекта и приводит к расправлению лёгкого.

Хирургическое лечение.

Показания и противопоказания.

Показания к экстренной и срочной операции:

– гемопневмоторакс;

– напряжённый пневмоторакс при неэффективности дренирования;

– продолжающийся сброс воздуха при невозможности расправить лёгкое;

– продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном лёгком.

Показания к плановому хирургическому лечению:

– рецидивирующий, в том числе контрлатеральный пневмоторакс;

– двусторонний пневмоторакс;

– первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по R.Vanderschuren и C.Boutin);

– эндометриоззависимый пневмоторакс;

– подозрение на вторичный пневмоторакс, операция носит лечебно-диагностический характер;

– профессиональные и социальные показания – пациенты, чья работа или хобби связаны с изменениями давления в дыхательных путях (лётчики, парашютисты, дайверы и музыканты, играющие на духовых инструментах);

– ригидный пневмоторакс.

Основные принципы хирургического лечения спонтанного пневмоторакса.

Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе заключается в следующем. После физикального и полипозиционного рентгенологического исследования, позволяющего оценить степень коллапса лёгкого, наличия сращений, жидкости, смещения средостения, необходимо выполнить пункцию или дренирование плевральной полости.

При первом эпизоде пневмоторакса возможна попытка консервативного лечения – пункции или дренирования плевральной полости. Если проведённое лечение эффективно, необходимо выполнить СКТ, и в случае выявления булл, эмфиземы и интерстициальных заболеваний лёгкого необходимо рекомендовать плановую операцию. Если же изменений паренхимы лёгкого, подлежащих хирургическому лечению, нет, то можно ограничиться проведённым консервативным лечением, рекомендовав больному соблюдение режима физической активности и СКТ-контроль раз в год. Если же дренирование не привело к расправлению лёгкого и в течение 72 часов сохраняется поступление воздуха по дренажам, показана срочная операция.

При рецидиве пневмоторакса показана операция, однако всегда предпочтительно сначала выполнить дренирование плевральной полости, добиться расправления лёгкого, затем сделать СКТ, оценить состояние лёгочной ткани, обращая особое внимание на признаки диффузной эмфиземы, ХОБЛ, интерстициальных заболеваний и процессов деструкции лёгочной ткани, а операцию выполнить в плановом порядке. Предпочтительным доступом является торакоскопический. Исключением остаются редкие случаи осложнённого течения пневмоторакса (продолжающееся массивное внутриплевральное кровотечение, фиксированный коллапс лёгкого), непереносимость однолёгочной вентиляции.

Оперативные приёмы при хирургическом лечении пневмоторакса можно условно разделить на три этапа:

– ревизия;

– операция на изменённом участке лёгкого;

– облитерация плевральной полости.

Методика ревизии при спонтанном пневмотораксе.

Торакоскопическая ревизия позволяет не только визуализировать характерные для той или иной болезни изменения лёгочной ткани, но и при необходимости получить биопсийный материал для морфологической верификации диагноза. Для оценки выраженности эмфизематозных изменений паренхимы наиболее целесообразно использовать классификацию R.Vanderschuren (1981). Тщательная оценка выраженности эмфизематозных изменений даёт возможность прогнозировать риск рецидива пневмоторакса и принять обоснованное решение о виде операции, направленной на облитерацию плевральной полости.

Успех операции в наибольшей степени зависит от того, удалось ли найти и ликвидировать источник поступления воздуха. Часто встречающееся мнение о том, что при торакотомии легче обнаружить источник поступления воздуха, верно лишь отчасти. По данным ряда исследований, источник поступления воздуха не удаётся обнаружить в 6-8% случаев спонтанного пневмоторакса.

Как правило, эти случаи связаны с поступлением воздуха через микропоры неразорванной буллы или возникают при отрыве тонкой плевральной спайки.

Для обнаружения источника поступления воздуха целесообразен следующий приём. В плевральную полость наливаем 250-300 мл стерильного раствора. Хирург поочерёдно прижимает все подозрительные участки эндоскопическим ретрактором, погружая их в жидкость. Анестезиолог соединяет открытый бронхиальный канал интубационной трубки с мешком Амбу и по команде хирурга делает небольшой вдох. Как правило, при тщательной последовательной ревизии лёгкого удаётся обнаружить источник поступления воздуха. Как только удастся увидеть цепочку пузырьков, поднимающуюся от поверхности лёгкого, следует, осторожно манипулируя ретрактором, развернуть лёгкое так, чтобы источник поступления воздуха оказался как можно ближе к поверхности стерильного раствора. Не извлекая лёгкое из-под жидкости, необходимо захватить его дефект атравматическим зажимом и убедиться в том, что поступление воздуха прекратилось.

После этого плевральную полость осушают и приступают к ушиванию дефекта или резекции лёгкого. Если, несмотря на тщательную ревизию, источник поступления воздуха обнаружить не удалось, необходимо не только устранить имеющиеся неповреждённые буллы и блебы, но и в обязательном порядке создать условия для облитерации плевральной полости – выполнить плевродез или эндоскопическую париетальную плеврэктомию.

Лёгочный этап операции.

Операцией выбора является резекция изменённого участка лёгкого (краевая, клиновидная), которая выполняется с помощью эндоскопических сшивающих аппаратов, обеспечивающих формирование надёжного герметичного механического шва.

В ряде случаев возможно выполнение следующих вмешательств:

1. Электрокоагуляция блебов.
2. Вскрытие и ушивание булл.
3. Пликация булл без вскрытия.
4. Анатомическая резекция лёгкого.

При блебах можно выполнить электрокоагуляцию, ушить дефект лёгкого или произвести резекцию лёгкого в пределах здоровой ткани. Электрокоагуляция блеба – наиболее простая и, при тщательном соблюдении методики, надёжная операция. Прежде чем коагулировать поверхность блеба, необходимо тщательно коагулировать его основание. После коагуляции подлежащей лёгочной ткани приступают к коагуляции самого блеба, при этом следует стремиться к тому, чтобы стенка блеба «приваривалась» к подлежащей лёгочной ткани, пользуясь для этого бесконтактным режимом коагуляции. Лигирование при помощи петли Редера, пропагандируемое многими авторами, следует считать рискованным, так как возможно соскальзывание лигатуры при реэкспансии лёгкого. Значительно надёжнее ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом. Шов необходимо наложить на 0,5 см ниже основания блеба и перевязать лёгочную ткань с обеих сторон, после чего блеб можно коагулировать или отсечь.

При буллах следует выполнять эндоскопическое прошивание подлежащей паренхимы или резекцию лёгкого при помощи эндостеплера. Коагуляцию булл применять нельзя. При разрыве единичной буллы размером не более 3 см можно прошить несущую буллу лёгочную ткань ручным швом или аппаратом EndoStitch. При наличии множественных булл или блебов, локализованных в одной доле лёгкого, при разрыве единичных гигантских булл следует выполнить атипичную резекцию лёгкого в пределах здоровой ткани при помощи эндоскопического сшивающего аппарата. Чаще при буллах приходится выполнять краевую резекцию, реже – клиновидную. При клиновидной резекции 1-го и 2-го сегментов необходимо максимально мобилизовать междолевую борозду и выполнить резекцию последовательным наложением сшивающего аппарата от корня к периферии лёгкого по границе здоровых тканей.

Показания к эндоскопической лобэктомии при СП крайне ограничены, её следует выполнять при кистозной гипоплазии доли лёгкого. Эта операция значительно труднее технически и может быть рекомендована только хирургам, обладающим большим опытом в торакоскопической хирургии. Для более простого выполнения эндоскопической лобэктомии можно, прежде чем перейти к обработке элементов корня доли, вскрыть кисты с помощью эндоскопических ножниц с коагуляцией. После вскрытия кист доля спадается, обеспечивая оптимальные условия манипуляций на корне лёгкого. Эндоскопическое выделение долевой артерии и вены, как и в традиционной хирургии, необходимо выполнять в соответствии с «золотым правилом Оверхольда», обрабатывая вначале видимую переднюю, затем боковые и лишь затем заднюю стенку сосуда.

(Окончание следует.)

Экспертное мнение

Пневмоторакс: как не ошибиться с тактикой?

Прежде всего, следует отметить, что пневмоторакс, травма груди и эмпиема плевры – три патологии, национальные клинические рекомендации о лечении которых ориентированы не только на торакальных, но и на общих хирургов, поскольку особенностью организации здравоохранения в Российской Федерации является то, что первичную помощь при данных состояниях оказывают чаще всего общие хирурги больниц скорой помощи.

Пожалуй, ни одно хирургическое заболевание не вызывало таких дискуссий в отношении хирургической тактики, как спонтанный пневмоторакс (СП). Почему? Прежде всего, потому, что общие хирурги принимают решение на основе собственных представлений об экстренном вмешательстве: поставить дренаж, расправить лёгкое, в крайнем случае сделать резекцию разорвавшейся буллы. Но очень важно понимать, что пневмоторакс – это всегда осложнение некой другой болезни, именно с таких позиций подходят к его лечению пульмонологи и торакальные хирурги.

Вот почему в национальных клинических рекомендациях по лечению спонтанного пневмоторакса предусмотрены алгоритмы обследования и лечения пациентов с СП в зависимости от категории лечебного учреждения: на догоспитальном этапе, на уровне неспециализированного хирургического стационара и в специализированном торакальном отделении. В частности, нецелесообразно выполнять в общехирургическом отделении больницы скорой помощи противорецидивные операции, плеврэктомию. Облитерация плевральной полости при пневмотораксе должна быть выполнена обязательно, но на уровне оказания специализированной торакальной помощи.

В тексте НКР сделан акцент на важность дифференцированного подхода в выборе консервативной или хирургической тактики при первом эпизоде пневмоторакса. Мы выполняем дренирование, расправляем лёгкое, делаем компьютерную томографию. Если не обнаружено эмфиземы – буллёзной или комбинированной – говорим пациенту, что пока оснований для операции нет, если же такие изменения выявлены, рекомендуем ему плановую операцию. А вот при рецидиве СП у больного хирург имеет больше доводов в пользу оперативного лечения.

Консервативное лечение в виде дренирования обозначено в клинических рекомендациях как важный компонент, ещё и потому, что перед операцией нам необходимо знать состояние паренхимы лёгкого. Сделать это можно, выполнив компьютерную томограмму обязательно на расправленном лёгком. Поэтому даже в случае рецидива пневмоторакса сначала пациенту нужно выполнить дренирование, расправить лёгкое, выполнить КТ и только после этого, зная состояние паренхимы, приступать к операции.

Кому-то может показаться странным, что в НКР подчёркнута необходимость рентгеновского исследования при любых жалобах пациентов на боли в груди. Но, следует признать, что эта рекомендация основана на печальном опыте многих врачей. Дело в том, что развёрнутая, абсолютно ясная клиническая картина спонтанного пневмоторакса бывает только в 80% случаев, а в остальных 20% случаев заболевание протекает под разными масками – кардиогенной или радикулоневритической. И если не выполняется рентгеновское исследование, больного с СП могут лечить от ишемической болезни сердца или ещё хуже – назначить курс мануальной терапии. В итоге мы получаем осложнённые формы пневмоторакса. Именно поэтому в клинических рекомендациях подчёркнуто: любая боль в грудной клетке – абсолютное показание к рентгеновскому исследованию.

Над текстом национальных клинических рекомендаций по лечению пневмоторакса работала большая экспертная группа ведущих торакальных хирургов России и иностранных экспертов Европейского общества торакальных хирургов. Все они единодушно сочли необходимым развенчать два устойчивых мифа неотложной хирургии, связанные с дренированием плевральной полости.

Первый – это строго обязательное следование определённым точкам дренирования. Данное заблуждение свойственно хирургам, работающим в «скоропомощных» больницах, куда, как уже сказано, чаще всего госпитализируют больных с СП. Там принято придерживаться строго фиксированных точек для дренирования, как правило, это второе межреберье по срединно-ключичной линии. В принципе, правильно, но при условии, если в плевральной полости нет спаечного процесса. Опыт же торакальных хирургов говорит иное: в силу анатомических особенностей плевральной полости наиболее выраженный спаечный процесс возникает как раз по второму ребру. И, соответственно, если имеются спайки, попытка поставить дренаж в типичные точки приведёт к повреждению лёгкого. Поэтому в тексте НКР написано следующее: дренирование проводится в точках, выбранных по результатам полипозиционного рентгеновского исследования. Если плевральная полость свободна, можно ставить дренаж во втором межреберье, как привыкли последователи московской торакальной школы, либо в безопасном треугольнике подмышечном, как больше привыкли последователи санкт-петербургской школы, – это уже не будет иметь значения. Важно только то, что обе эти точки используются, когда нет спаечного процесса.

Второй миф относится к толщине дренажа. Общие хирурги почему-то уверены, что дренаж должен быть очень толстым, дабы успешно забирать воздух. На самом деле это не так, потому что, скажем, калибр сегментарного бронха – 4 мм. И если сброс идёт из сегментарного бронха, никакими дренажами такое лёгкое расправить невозможно, оно будет коллабировать. Размер дренажа, которым пользуются торакальные хирурги, – 1-2 мм, он вполне успешно расправляет лёгкое. Вопрос вообще не в толщине дренажа, а в том, что он должен правильно стоять, его положение необходимо контролировать, и он должен быть подключён к системе активной аспирации.

Ещё раз хочу подчеркнуть: хирургическое лечение пневмоторакса – очень непростая задача. Отношение к пневмотораксу, как к самой простой торакальной болезни и самой простой операции, не просто неверное, но опасное. Следует понимать, что, выполняя операции при пневмотораксе, мы ни в коей мере не влияем на саму болезнь, вызвавшую пневмоторакс, а лишь устраняем её осложнение. Это заболевание требует высококвалифицированного подхода от любого хирурга, в какой бы клинике он не работал, и мы надеемся, что следование разработанным НКР обеспечит такой подход.

Кирилл ЖЕСТКОВ,
заведующий кафедрой торакальной хирургии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Российская медицинская академия последипломного образования.

Наши интервью

Бросающие вызов огню

Комбустиологи делают всё возможное и невозможное, чтобы помочь ожоговым больным

Более 2 тыс. дней прошло с того времени, как в пермском ночном клубе «Хромая лошадь», где веселилась публика, неожиданно вспыхнул пожар. Двести молодых людей погибли или пострадали. В те дни самая тяжёлая и напряжённая работа была у врачей ожоговых центров Москвы и Санкт-Петербурга – они спасали, лечили, восстанавливали. Первых, наиболее тяжёлых пациентов доставляли из Перми в ожоговый центр Института хирургии им. А.В.Вишневского. Здесь всегда работали лучшие и самые квалифицированные доктора, умевшие бороться с ожоговой травмой. И сегодня их обитель спасения не пустует, пожары в стране не редки, каждый день сюда поступают пострадавшие. Как им помочь, вернуть к жизни? Об этом наш разговор с руководителем ожогового центра, заведующим кафедрой термических поражений, ран и раневой инфекции Российской медицинской академии последипломного образования, доктором медицинских наук, профессором Андреем АЛЕКСЕЕВЫМ.

Энтузиастов было много

– Андрей Анатольевич, сколько раз бывала в институте, а только сегодня обратила внимание на очень интересную скульптуру институтского фонтана напротив здания Ожогового центра.

– Это пеликаны – символ милосердия, подарок директору Александру Александровичу Вишневскому. Вообще всё, что находится на нашей территории, необычно. Это одно из мест рождения Академии медицинских наук СССР. Вскоре после её организации здесь расположились сразу три ведущих базовых института: терапии, которым руководил академик А.Мясников, неврологии – во главе с академиком Н.Геращенко и хирургии, который неразрывно связан с именами Александра Васильевича и Александра Александровича Вишневских. Представляете, они ходили по этим дорожкам, работали в этих зданиях. Иногда так и хочется заглянуть в те годы и повидаться с корифеями, которые здесь закладывали основы послевоенной медицинской науки.

То было особое поколение, поколение победителей, личностей высокого духа, людей воодушевлённых, и это было частью их сознания. Такие люди всегда были и будут. Примером для меня стали мои учителя: академики Михаил Ильич Кузин и Владимир Дмитриевич Фёдоров. Это люди из простых семей. Прежде всего они много работали над собой. Тот же Михаил Ильич – человек энциклопедических знаний, владевший английским, немецким, французским. Именно с его лёгкой руки я стал заниматься ожогами, о чём никогда не пожалел.

Непаханое поле науки

– В институте перед вами открылись большие перспективы?

– Да, здесь после клинической ординатуры и аспирантуры я защитил кандидатскую диссертацию по проблеме хирургического лечения язвенных стенозов. М.Кузин был директором института, тематика язвенной болезни была для него одной из любимых. Возвращаясь из заграничных командировок, он очень подробно рассказывал нам, что видел там, о работе наших коллег, открывая нам небольшое окошко в тот мир, который мы не знали. В частности, он говорил о центрах, в которых одной из важнейших тогда проблем, может, даже главным направлением в работе, была помощь пострадавшим при ранениях и ожогах. С учётом опыта прошедшей Великой Отечественной войны она имела особое значение. Ведь, по мнению специалистов, в случаях военных действий, особенно при использовании оружия массового поражения, 80% повреждений будет приходиться на комбинированную травму, включая ожоги. Очевидно, это обстоятельство во многом определило создание в 1960 г. ожогового отделения, а затем и Всесоюзного ожогового центра, вокруг которого объединились учёные не только из нашего научного учреждения. На заседания межведомственной комиссии у нас собирались представители Военно-медицинского управления Министерства обороны, учёные медики из Белоруссии, Украины, других наших союзных республик, что подчёркивало важность проблемы. Такое тесное взаимодействие, при головной роли института, дало возможность подняться на должный научный и практический уровень, тот, который имели наши коллеги за рубежом. Я понял, как интересно работать в этом направлении, заниматься наукой, почувствовал вкус к ней. Передо мной открывалось непаханое поле, где было столько работы, что её не надо придумывать. У нас трудились уникальные специалисты в области патофизиологии, патоморфологии, микробиологии, иммунологии и, конечно, клиницисты, которые за прошедшие годы разработали патогенетические подходы, методы диагностики и лечения ожоговой травмы. Конечно же, такая фундаментальная научная работа могла с успехом выполняться только на базе крупнейшего многопрофильного учреждения, каким всегда был Институт хирургии им. А.В.Вишневского.

Хочу работать в «ожогах»

– После окончания аспирантуры вас планировали направить работать в торакальное отделение института.

– А я пришёл к Михаилу Ильичу Кузину и заявил, что хочу работать в «ожогах». Он очень удивился и спросил, почему. Я его убедил, и он сказал: «Ну попробуйте». Так с 1983 г. я начал заниматься проблемой ожогов, и эта тема стала для меня главной. Фактически речь шла о том, чтобы достойно продолжить те разработки, которые заложили базис отечественной комбустиологии. Многие наши коллеги за рубежом только со временем с удивлением стали узнавать, что в СССР и России все эти годы велись интересные исследования, которые там не были известны. Мы имели не меньше возможностей в плане понимания процессов, происходящих при ожоговой травме, поэтому разрабатывали и совершенствовали современные методы оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов независимо друг от друга, шагая параллельно, шли, как говорится, «нога в ногу».

– К примеру, какая из таких новинок стала настоящим открытием?

– Сегодня у всех на слуху клеточные технологии. Когда мы начинали, данная тематика была закрытой. Я ещё молодой человек, по сути мальчишка – мне было всего 35 лет, с огромным интересом присоединился к разработке абсолютно новых, оригинальных методов лечения пострадавших от ожогов с использованием культивированных клеток кожи. Дело в том, что при обширных ожогах, особенно глубоких, активная хирургическая тактика лечения ран бывает невозможна из-за отсутствия необходимого объёма неповреждённой кожи, которая используется для пересадки у этого больного. Другими словами, «живой» неповреждённой огнём кожи пациента не хватает, чтобы закрыть раны и таким образом поставить барьер ожоговой инфекции, оборвать течение ожоговой болезни и спасти человеку жизнь. Конечно, мы эту проблему решали совместно с другими подразделениями института. Поддержка и участие в нашей работе директора института академика РАМН В.Фёдорова в немалой степени способствовало её успеху.

Нельзя не вспомнить академика Доната Семёновича Саркисова, нашего выдающего российского учёного-морфолога с мировым именем. Его теория о регенерации ткани стала фундаментальной основой работы по культивированию клеток кожи и их применению в клинической практике. Как это делали американцы, мы почти ничего не знали. Но они считались лидерами в этом направлении, у них работали лучшие учёные со всего мира, им выделяли соответствующие финансы. Мы в рамках наших возможностей прокладывали свою дорогу, и в результате всё получилось.

Наш новый перспективный метод лечения обширных ожогов был основан на пластическом закрытии ожоговых ран трансплантатами из культивированных аллофибробластов человека, которые являются мощным стимулятором процессов регенерации, обеспечивающим быструю эпителизацию «пограничных» ожогов и донорских ран, а также заживление глубоких ожогов при их использовании в комбинации с трансплантацией собственной кожи. При этом расход неповреждённой ожогом кожи пациента значительно меньше, чем при выполнении традиционной пересадки. При наличии в лаборатории банка клеток трансплантаты фибробластов изготавливаются за 1 день, обходится это во много раз дешевле иных способов.

– Когда в 1994 г. на Всемирном конгрессе по ожогам в Париже русские комбустиологи впервые выступили с презентацией своей технологии лечения больных, это произвело фурор.

– Именно в тот год впервые на конгрессе работала секция по биотехнологиям. Мы сообщили свои результаты, они были встречены с удивлением: оказывается, эти русские умеют эффективно лечить ожоги методом, о котором за рубежом никто не знает. Вскоре и они стали использовать нашу методику в своих разработках, что подтверждает её значимость для развития науки. Фактически она стала одной из самых интересных для учёных и врачей, работающих по проблеме термических поражений. В России была дана высокая оценка работе: наш коллектив в 1996 г. получил Государственную премию РФ. А ещё раньше, в 1995 г., на Всемирном салоне изобретений в Брюсселе работа была отмечена золотой медалью.

Что обнажила «Хромая лошадь»

– Андрей Анатольевич, когда сегодня слышишь, что человека, получившего ожоговую травму 80% поверхности тела, удалось спасти, трудно представить себе, что это возможно, что пациент восстановлен, двигается, радуется жизни.

– Сегодня мы имеем такие возможности для лечения пострадавших от ожогов, о которых ещё 10-15 лет назад можно было только мечтать. Причём «мы», это вовсе не означает, что речь идёт только о нашем ожоговом центре. В данном случае я говорю о возможностях оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи ожоговым больным в стране. Конечно, не все региональные ожоговые отделения пока ещё имеют соответствующие современным требованиям помещения, в достаточном количестве медицинское оборудование, современные раневые повязки и другие необходимые расходные материалы. Однако ситуация постепенно меняется. И теперь коллеги, приезжая на циклы повышения квалификации, уже не удивляются нашим возможностям оснащения ожогового центра. Потому что в регионах, во многом благодаря разработанным в институте технологиям, появляются необходимые современные средства и внедряются соответствующие методы диагностики и лечения. В нашем центре есть палаты с ламинарным потоком воздуха, специальные противоожоговые флюидизирующие кровати для лечения тяжело обожжённых. Пациент пребывает на ней, словно на воздушной подушке, что ослабляет боли, ускоряет заживление ран и выздоровление. У нас есть современная дыхательная и следящая аппаратура в отделении анестезиологии и реанимации, специальные ванны для проведения гидротерапии, инструменты для хирургических вмешательств и перевязок, включая ультразвуковое оборудование. Труд ожогового врача – занятие не из лёгких, термические поражения протекают тяжело, часто сопровождаются опасными для жизни осложнениями, которые могут привести к полиорганной недостаточности и смерти человека. Лечение требует серьёзных финансовых затрат, поэтому если отвечать на вопрос: довольны ли мы уровнем сегодняшнего финансирования лечения таких пациентов, скажу прямо – нет!

К сожалению, на нашу проблему власти предержащие, в том числе и наши медицинские начальники, нередко обращают внимание тогда, когда случается беда. Давайте вспомним не только Пермь, но и теракты в Волгограде, несчастья в московском метро и другие чрезвычайные ситуации. Многие из этих пострадавших с поражением дыхательных путей, отравлением продуктами горения, ожогами кожных покровов были госпитализированы в ожоговые центры.

Кстати, затраты на лечение в Институте хирургии тяжёлых больных, пострадавших во время пожара в Перми, составили миллионы рублей. К сожалению, сегодня финансирование высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «комбустиология» составляет всего 215 тыс. руб. Для лечения больного с обширными ожогами – более 30% поверхности тела, тяжёлой ингаляционной травмой этого явно недостаточно.

Отдаёшь частичку себя

– Вы прошли и знаете все этапы становления ожогового службы в стране. Как ценятся сегодня комбустиологи, ведь их ювелирная работа не каждому по плечу?

– Не просто складывается судьба нашего направления в хирургии. Уже 55 лет существует ожоговый центр Института хирургии им. А.В.Вишневского, а первые ожоговые койки появились в 1947 г. В нашей стране 80 ожоговых отделений и центров. Почти в каждом регионе работают наши коллеги. Необходимость специализированного лечения пострадавших от ожогов не вызывает сомнения. Однако до сих пор, к сожалению, в Минздраве России не утверждён порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (комбустиология)», несмотря на неоднократные обращения нашей профессиональной ассоциации с соответствующим проектом.

Вместе с тем необходимо укреплять региональные ожоговые отделения, создавать межрегиональные ожоговые центры, ещё больше налаживать взаимодействие с другими врачами-специалистами. Вот такая оптимизация нам нужна! Наконец, принять закон о биотехнологических медицинских продуктах, чтобы закрепить то, чего мы уже достигли для восстановления кожных покровов с использованием культивированных клеток и идти дальше. Мы же были «богачами», имели банки клеток в Москве, Новосибирске, Саратове, Курске… Мы их потеряли на рубеже веков и надо начинать всё сначала. Ещё один важный вопрос – о реабилитации наших пациентов: она не ограничивается санаторно-курортным лечением – выписавшись из стационара, больные часто остаются наедине со своими проблемами.

* * *

Когда-то давно, когда Андрей Алексеев решил поступить в 1-й Московский медицинский институт им. И.М.Сеченова, он не боялся трудностей. Его путь в профессию доказал, что он умеет побеждать, добиваться намеченного. Сегодня профессор А.Алексеев – прекрасный хирург, врачеватель ожогов, руководитель одного из лучших специализированных центров, заведующий кафедрой, соавтор более 350 научных работ и 8 патентов на изобретения, награждён орденом Дружбы, золотой медалью Всемирного салона изобретений «Эврика», член Всемирного общества специалистов по ожоговой травме, президент общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», лауреат Государственной премии РФ.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Проблемы и решения

Охота на опухоль

Вслед за молекулярной таргетной терапией в помощь онкологам идёт иммунотерапия

Пополнит ли в течение ближайших лет российская онкологическая служба арсенал своих возможностей лекарственными препаратами нового класса, принцип действия которых основан на иммунотерапии раковой опухоли? И вообще, не преувеличены ли авансы учёных, действительно ли стоит связывать надежды на серьёзный прорыв в лечении злокачественных новообразований с активизацией иммунного ответа организма? За ответом на эти вопросы мы обратились к экспертам в Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России. Здесь в настоящее время проводятся клинические исследования эффективности метода иммунотерапии в лечении больных раком лёгкого.

Возможны варианты

Почему именно рак лёгкого? Данная нозология выбрана не случайно: с одной стороны, она относится к числу самых агрессивных онкологических заболеваний. И отечественная, и зарубежная статистики схожи: если при I стадии болезни можно надеяться на излечение в 70-75% случаев, то при II стадии этот показатель снижается до 50%, а при III – до 12-15%. Что касается больных с IV стадией рака лёгкого, в настоящее время речь идёт лишь о возможности продлить жизнь пациента от нескольких месяцев до нескольких лет.

По словам заведующего отделением клинических биотехнологий РОНЦ им. Н.Н.Блохина доктора медицинских наук Константина Лактионова, к числу главных причин неудач в лечении рака лёгкого можно отнести отсутствие ответа опухоли на предлагаемое лечение и контроля организма над развитием опухолевого процесса, но на этом мы остановимся чуть позже. Вторая причина – поздняя диагностика заболевания, и дело здесь не только в позднем обращении больных за медицинской помощью. Мой собеседник приводит данные статистики: в России лишь 68% больных, которых лечат от рака лёгкого, имеют морфологически доказанный диагноз. Остальным 32% больных ставится данный диагноз и назначается лечение только по клинико-рентгенологической картине, то есть на основании рентгеновского снимка! Это ли не повод для серьёзного разговора?

Далее, разные формы рака лёгкого имеют разную биологическую природу, что осложняет выбор тактики лечения. У курильщиков, как правило, выявляется плоскоклеточный рак, развивающийся чаще всего в крупных бронхах, где особенно сказывается канцерогенный эффект курения. На периферии же лёгкого чаще развивается аденокарцинома, этой патологией страдают, в том числе, некурящие люди.

Желательно, но не обязательно

Есть ли у онкологов повод для оптимизма при такой безрадостной картине?

– Думаю, что успехи онкологии последнего десятилетия, которые реализованы как раз в отношении рака лёгкого, позволяют надеяться на какое-то новое решение. К примеру, можно будет говорить о хронизации онкологического заболевания, когда излечить невозможно, но можно длительно, годами контролировать течение болезни. С внедрением таргетной терапии и иммунотерапии опухоли это уже становится реальностью, – говорит Константин Лактионов.

Идёт очередная операция в РОНЦ им. Н.Н.Блохина

Действительно, скорость, с которой новые научные идеи реализуются в клинической онкологической практике, с точки зрения самих учёных, достаточно высока. Старт теории таргетного лечения, основанного на молекулярно-генетическом подходе к терапии раковых заболеваний, в том числе рака лёгкого, приходится на начало 2000-х годов. Причём за первые 7 лет были выявлены уже две генетические поломки в опухоли лёгкого, которые зарегистрированы как показание к применению таргетной терапии – EGFR – мутация и транслокация AKL. В Центре Блохина подчёркивают: правильное и дифференцированное назначение такой терапии позволяет увеличить выживаемость больного диссеминированным раком лёгкого в 2,5-3 раза. И делают акцент на словах «правильное» и «дифференцированное», потому что практика показывает: возможны неправильное и неадекватное применение.

– В настоящее время в России разрешено применение таргетных препаратов в первой линии лечения, на уровне территориального онкологического диспансера. Но обоснование для их назначения должно быть очень серьёзное. Ведущим этапом является правильное определение варианта молекулярно-генетических нарушений в опухоли. И если в лаборатории произошла ошибка – специалист, проводивший исследование, говорит, что искомая мутация есть, а на самом деле её нет – применение этих дорогостоящих лекарств совершенно бесперспективно. Не только не получим пользы, но и нанесём вред больному тем, что будет упущено время для начала эффективного лечения,– продолжает Константин Константинович.

В Российском онкологическом научном центре подчёркивают: лаборатории, в которых проводится молекулярно-генетическое исследование опухолевого материала, должны быть сертифицированы для данного вида работы. Это важнейшее условие. Однако прежде чем регламентировать, в каких лабораториях такие исследования можно проводить, а в каких нельзя, государству необходимо ввести генетическое тестирование неплоскоклеточного варианта немелкоклеточного рака лёгкого на определённые мутации в обязательный стандарт диагностики. В настоящее время такое исследование считается желательным, но не обязательным и содержится лишь в клинических рекомендациях, подготовленных профессиональным обществом онкологов. Таким образом, врач может его назначить, а может не назначить.

Идея как спасение

При таких недостатках в организации онкодиагностики следующие цифры уже не удивляют: 25% – именно такова доля больных раком лёгкого, у которых патология диагностируется на ранних стадиях, когда возможно радикальное хирургическое лечение; оставшиеся три четверти – пациенты с III-IV стадиями, в отношении которых обязательным компонентом лечения становится какой-то из вариантов лекарственной терапии. Вот почему научные работы генетиков, а теперь ещё и иммунологов, посвящённые природе опухоли и новым механизмам воздействия на неё, вызывают огромный интерес всех онкологов мира, а российских особенно.

Интерес к иммунотерапии усилился в связи с новыми научными разработками, в первую очередь с определением чек-пойнтов – точек контроля иммунной атаки организма на опухоль.

– Природой изначально продуманы механизмы, которые защищают человеческий организм от аутоиммунной атаки. Речь идёт о торможении активированных Т-лимфоцитов с помощью специальных рецепторов, расположенных на их поверхности. Как выяснилось, опухоль настолько приспособилась к борьбе с иммунитетом человека, что переняла некоторые навыки организма и тоже научилась останавливать иммунную атаку, направленную против неё. Задача иммуноонкологии – обезвредить тот блок, который выставляет опухоль в ответ на попытку иммунитета её атаковать, – рассказывает Константин Лактионов.

За рубежом уже разработана и прошла разные фазы клинических исследований первая группа препаратов, влияющих на рецепторы CTLA4 и PD-1. Рецептор CTLA4 находится на поверхности лимфоцита, и когда лимфоцит подходит к опухоли, она блокирует данный рецептор. Становясь неактивным, CTLA4 не позволяет размножаться кластеру лимфоцитов, что создаёт условия для дальнейшего роста опухоли. Перед учёными стояла задача закрыть этот рецептор от контакта с опухолью.

PD-1 – другой рецептор, расположенный на лимфоците. Подходя к опухолевой клетке, активированный лимфоцит этим рецептором соединяется с рецептором опухоли, который называется PD-L1, и контакт этих двух рецепторов приводит к тому, что запускается апоптоз в лимфоците. Препараты, которые используются для блокировки PD-1, не дают ему контактировать с опухолью, в результате активированный лимфоцит, распознавший опухолевую клетку, успешно её уничтожает. Таким образом, идеология иммуноонкологии направлена на разрешение атаки иммунокомпетентных клеток на опухоль.

Была бы возможность атаковать

По мнению заведующего отделением клинических биотехнологий Центра Блохина, иммунотерапия опухоли может смело называться прорывной технологией, причём в ней скрыто много позитивных эффектов. Во-первых, иммунная система не только распознаёт опухоль, но и получает возможность активно её уничтожать. Во-вторых, нельзя забывать о клетках памяти приобретённого иммунитета: при рецидиве опухоли, если она несёт те же антигенные структуры, что и первичная, иммунная система активируется и реализует очень быстрый ответ, не давая опухоли развиваться. Опухоль может переформатироваться на 90%, но если у неё остался хоть какой-то кусочек, который раньше был распознан, иммунная система человека и в этот раз его распознает и разрешит ситуацию в свою пользу. Поэтому клинические эффекты иммунотерапии, если они достигнуты, длительные.

– Что ещё очень интересно: используя метод иммунотерапии, мы встаём над органопринадлежностью опухоли. Потенциально механизм иммунной защиты универсальный, иммунной системе всё равно, что лечить – рак кишки, меланому, опухоль лёгкого. Главное, чтобы эффективно реализовалась система презентации опухоли иммунной системе, и у иммунной системы была возможность атаковать опухоль. Работать данный подход будет везде – и в головном мозгу, и в печени, и в лёгком, – резюмирует Константин Лактионов.

В настоящее время в России уже проводятся клинические исследования некоторых препаратов для иммунотерапии опухоли, разработанных за рубежом. Казалось бы, почему нельзя просто принять, как данность, доказанную зарубежными онкологами эффективность этих лекарств и сразу начать их применение в российских клиниках? Мой собеседник говорит, что клинические исследования на когорте пациентов российской популяции крайне важны: в случае с таргетной терапией оказалось, что расовая принадлежность очень заметно влияет на частоту выявления молекулярно-генетических нарушений и выраженность эффекта лечения. Если вспомнить уже названную EGFR-мутацию, которая является молекулярной мишенью при лечении рака лёгкого, то в европейской популяции только 10% являются её носителями, а в азиатской популяции – 70%.

Кстати, в российской популяции, по данным Центра Блохина, доля носителей данной мутации составляет около 20%. Любопытная информация к размышлению о нашей расовой принадлежности…

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

События

Жизнь с новой печенью

В Челябинской областной клинической больнице пациенту впервые пересадили донорскую печень. Подготовка к сложнейшей процедуре шла в течение года. Лучшие специалисты ЧОКБ несколько раз прошли обучение в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова (Москва), а также в Белорусском республиканском центре трансплантологии.

– Процесс эксплантации (изъятия) органа и трансплантации происходили одновременно, что значительно сократило время операции, – говорит главный врач ЧОКБ Дмитрий Альтман. Весь процесс занял 7,5 часа. Бригада из 10 хирургов разного профиля, 6 анестезиологов и 7 операционных медицинских сестёр зашли в операционный блок в 16:00 и закончили операцию около полуночи.

Комментирует главный трансплантолог Минздрава Челябинской области Алексей Барышников:

– Абдоминальные хирурги, получив разрешение на эксплантацию, выполняют удаление больной печени у пациента и подготавливают сосуды к пересадке. Сейчас методики позволяют не подключать искусственное кровообращение; операция выполняется с временной изоляцией нижней полой вены и оборотной вены. Здесь очень важна слаженная работа всех специалистов. Сосудистые хирурги пришивают сосудистые структуры, это нижняя полая вена, оборотная вена, запускают кровоток в печени, после чего формируется соустье между артериями. Потом подключаются абдоминальные хирурги и выполняют восстановление желчных протоков.

По его словам, главным аспектом операции стало именно это объединение специалистов разных хирургических направлений. А московские коллеги вылетели сразу же, как им позвонили, хотя операция была экстренной. Одновременно и очень оперативно сработали сразу три отделения ЧОКБ. Основная роль выпала на долю хирургов из Центра трансплантологии им. В.И.Шумакова.

Заведующий Центром хирургии печени и поджелудочной железы Болат Сарсенбаев добавляет:

– Пересадку нужно было сделать быстро, потому что требовалось вовремя запустить кровоток, чтобы ишемия органа была как можно меньше. Обычно допускается до 12 часов с момента забора до трансплантации, у нас получилось не больше 3,5 часа, потому что всё происходило в одной операционной.

Сегодня пациентка находится в специальном боксе реанимации, под круглосуточным наблюдением врачей. Её состояние удовлетворительное.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Конкурсы

Спешите медленно

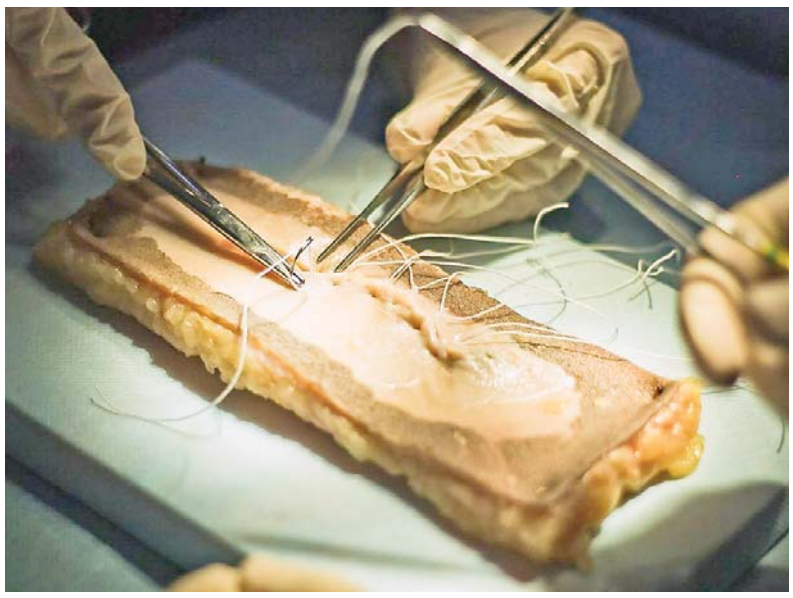
Когда вяжут на скорость, шьют – на совесть

Первая студенческая олимпиада по хирургии завершилась в Алтайском государственном медицинском университете. Победители уже начали готовиться к Всероссийской олимпиаде по хирургии имени академика М.И.Перельмана в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова, который пройдёт в марте следующего года.

Провести олимпиаду в вузе в качестве подготовительного и отборочного этапа для региональной и всероссийской студенческой олимпиады по хирургии предложил ректор Алтайского ГМУ Игорь Салдан после успеха команды университета весной этого года сначала в Иркутске, на VI Байкальской региональной студенческой олимпиаде Сибирского федерального округа по хирургии, а затем – на Всероссийской олимпиаде по хирургии. Команда кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии (ОХиТА) АГМУ тогда взяла «серебро» в СФО и вошла в десятку лучших, заняв 8-е место среди 22 команд России.

Нынешняя олимпиада внутри вуза стала для участников этой команды, уже знающих толк в олимпийских баталиях, дополнительной репетицией, а для новичков – шансом для получения путёвки в университетскую сборную. Чтобы обеспечить равные условия состязаний, организаторы распределили более опытных ОХиТАвцев по всем командам – «Госпиталка», «Детки», «Сборка», «По Кохеру» и другим.

100 студентов, специализирующихся на кафедрах хирургического профиля Алтайского медуниверситета, в течение 2 дней олимпиады демонстрировали владение основополагающими навыками хирургического мастерства – вязание узлов, наложение швов на различном биоматериале, десмургия, интубация трахеи на тренажёре «Анна», знание хирургического инструментария, а также лучевая диагностика. Общепринятый для хирургических олимпиад конкурсный набор – 12 заданий. Скорость важна, но в приоритете – качество.



Один из сложных швов

В олимпийском жюри – известные в Сибири и России сосудистые и торакальные хирурги, травматологи, урологи – преподаватели АГМУ, заведующие хирургическими отделениями крупнейших клиник Барнаула. Из Новосибирского ГМУ приехал заведующий кафедрой общей хирургии заслуженный врач РФ Сергей Штофин.

– Спешите медленно, – напомнил он участникам олимпиады одну из главных заповедей выдающегося хирурга академика М.И.Перельмана. – Я побывал на большом празднике хирургии. Меня поразило мастерство в таком возрасте, – признался Сергей Григорьевич после олимпиады.

Действительно, в олимпийских командах вместе со старшекурсниками выступили и студенты, начиная со 2-го курса. Условие одно – все они занимаются в научных кружках по хирургии. Наставники уверены, что эти юноши и девушки уже сделали свой осознанный выбор. «Уверен, что почти все они останутся в хирургии, – считает координатор олимпиады, проректор по научной работе АГМУ, заведующий кафедрой ОХиТА Евгений Цеймах. – Задача олимпиады, в том числе, – помочь определиться с направлением дальнейшей специализации, дать возможность почувствовать вкус к профессии».

Работа на манекенах в разгаре

По итогам олимпиады «золото» и «серебро» получили обе команды, которые выставила ОХиТА – самая крупная кафедра АГМУ хирургического профиля, а «бронзу» взяла сборная команда кафедр детской хирургии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и других. Судили «по гамбургскому счёту»: жюри приглашалось только после окончания конкурса. Кроме того, к каждому операционному столу была подведена индивидуальная камера и организована видеотрансляция в свободном доступе для членов жюри.

– В хирургии нет мелочей. Взять хотя бы один из самых, казалось бы, простых конкурсов олимпиады «Десмургия» (наложение повязки). Неправильно выбранная повязка не будет фиксировать перевязочный материал, рана плохо заживает, – напоминает председатель жюри олимпиады, член правления Общества эндоскопистов РФ, профессор АГМУ, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Владимир Оскретков.

Впереди у алтайских студентов несколько месяцев упорных тренировок и участие во Всероссийской олимпиаде по хирургии имени М.И.Перельмана.

Елизавета ГУНДАРИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Деловые встречи

Раздвигая горизонты вузовской науки

Впереди открываются заманчивые перспективы

Помочь в осуществлении взаимодействия между бизнес-инвесторами и вузовскими исследователями должен прошедший на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова I медицинский форум «Вузовская наука. Инновации». Двухдневная встреча с международным участием была организована в целях реализации распоряжения Правительства РФ о Стратегии развития медицинской науки на период до 2025 г. Здесь было представлено14 научных платформ, а общее число участников из России и 11 зарубежных стран превысило 2,5 тыс. человек.

Открывая форум, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко подчеркнул исключительную важность роли вузовской науки в контексте указов Президента РФ, постановлений правительства страны, определяющих развитие отечественной медицинской науки.

– Вузовскому и академическому сообществу, – сказал ректор, – необходимо объединить усилия с индустриальными партнёрами для скорейшего решения прорывных задач развития медицинской науки, фармации и импортозамещения. Именно такой вектор был задан Президентом РФ, который отметил, что сильная вузовская наука, активная исследовательская деятельность, эффективная коммерциализация интеллектуальных продуктов – показатель передовых университетов мира, и от этих тенденций мы не должны отставать; в каждом вузе должны быть научные исследования, нужные для страны, которые в дальнейшем могли бы перейти в серийное или промышленное производство.

За два дня международного форума участники смогли получить информацию о новейших разработках на выставочной экспозиции научных и инновационных достижений медицинской науки, тематических научно-практических конференций в формате панельных дискуссий и «круглых столов» по основным направлениям медицины, ознакомиться с результатами научной работы врачей из всех регионов России. И конечно, была возможность представить результаты собственных научных проектов.

Оценивали результаты научной работы члены компетентного жюри – известные специалисты в каждой из медицинских областей. Например, секцию кардиологии возглавлял академик РАН Е.Чазов. Евгений Иванович подчеркнул, что даже во время его работы в качестве министра здравоохранения СССР научная работа была для него превыше всего. На что должны быть направлены научные исследования сейчас? Решающей проблемой нашего здравоохранения, по словам Чазова, является борьба за снижение смертности населения от болезней системы кровообращения. Реализация федеральной сосудистой программы, запущенной в 2008 г., позволила снизить смертность с 835 до 654 на 100 тыс. населения, но нужно стремиться к ещё большему снижению этих показателей, а также к снижению инвалидности. Несомненно, важными вопросами остаются и укрепление первичного звена здравоохранения, и развитие реабилитационной медицины. И конечно, не стоит забывать о разработке и внедрении отечественных лекарственных средств. На данный момент в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе проводятся успешные испытания новых лекарственных препаратов. В ходе работы секции были представлены различные способы решения актуальных проблем кардиологии.

С не менее интересными докладами ознакомили аудиторию и участники секции «Инновационные технологии». Доцент Д.Бутнару рассказал об успехах НИИ уронефрологии Первого Меда в регенеративной медицине. Он подчеркнул, что использование стволовых клеток для лечения различных урологических патологий – стрессового недержания мочи, контрактур шейки мочевого пузыря, стриктур уретры, эректильной дисфункции – пока не получило широкого распространения.

Закрылся форум панельной дискуссией, в рамках которой состоялась презентация кластера «Медицинская промышленность, новая химия и биотех» – проекта, созданного на базе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, МГУ им. М.В.Ломоносова, МГТУ им. Н.Э.Баумана, Московского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и РКНПК и объединяющего представителей самых авторитетных научных школ России, в которых ведутся разработки по наиболее прорывным направлениям. Значимость нового кластера – в решении ключевых задач здравоохранения: улучшения качества и продолжительности жизни, импортозамещения и создания конкурентоспособных разработок, предоставления рабочих мест и увеличения поступлений в бюджет. На этом акцентировали внимание участники дискуссии: заместитель министра здравоохранения РФ С.Краевой, заместитель министра образования и науки РФ Л.Огородова, вице-президент РАН И.Дедов. Они ответили на вопросы молодых учёных и вручили награды победителям конкурсов.

Решено, что площадкой для проведения финала конкурса «Вузовская наука. Инновации» в следующем году станет Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко.

Лана АСРИЯНЦ,
внешт. корр. «МГ».

Открытия, находки

Теломеры и генезис

Тора-Пятикнижие в первом разделе, которое зовётся у нас «Бытие», а в греческом оригинале ГЕNECIC, рассказывает о сотворении мира и человека. Медики и биологи переводят слово как «генез», например патогенез заболевания, эмбриогенез или внутриутробное развитие и т.д., но костный мозг называется органом кроветворения.

В нём были выделены первые стволовые клетки, о которых ещё в начале 20-х писал наш военный врач А.Максимов, работавший в Чикаго и пытавшийся понять, откуда берётся кровь четырёх групп, за открытие которых австриец К.Ландштейнер получил в 1930 г. Нобелевскую премию. Наш учёный отталкивался от известного уже тогда факта, что продолжительность жизни клеток крови весьма невелика, следовательно, в костном мозгу должны быть дремлющие клетки, которые по мере убывания эритроцитов и лейкоцитов с лимфоцитами начинают делиться, давая созревающее потомство, способное выполнять возложенные на кровь функции.

Гемопоэтические стволовые клетки были выделены в начале 90-х, затем к ним добавились нервные и эмбриональные, а также стволовые клетки других органов и тканей. Особенностью стволовых клеток является их асимметричное деление, но долгое время «логика» говорила о том, что клетки, поделившись надвое, дают функционально идентичных потомков (как это происходит при формировании однояйцевых близнецов, между которыми возможны успешные пересадки органов и тканей). Однако одна из клеток так и сохраняет стволовой потенциал, и только вторая начинает развиваться и «специализироваться», давая нейроны и клетки крови, мышечные клетки и эндотелий, монослой которого выстилает сосуды изнутри.

Помимо асимметрии деления у клеток есть ещё и асимметрия «верха и низа». Известно, что «базис» клетки слизистой кишечника прочно крепится на подложке из белковых волокон, формируемой клетками стромы-основы, в то время как верхний «апекс» (apex) смотрит в просвет, образуя многочисленные микроворсинки для увеличения поверхности всасывания питательных веществ. То же справедливо и в отношении мышечных клеток (миоцитов), в которых имеется белок дистрофин (мутация его гена приводит к миодистрофии Дюшенна, откуда и название). Оказалось, что нормальный дистрофин необходим для определения ориентации народившихся мышечных клеток, которые должны давать мышечные волокна вдоль «длинника» мышцы, а не поперёк её. Таким образом, дистрофин важен не сам по себе, а как определитель – детерминант – клеточной судьбы и последующего развития, и нарушение этого процесса вследствие мутации ведёт к гибели миоцитов, что хорошо видно по изменению флюоресцентного свечения белков под микроскопом. Адресация мутантного гена и его замена успешно осуществлена недавно у собак с помощью «направляемого» фермента Cas.

Эритроциты на фоне розового эндотелия сосудов

Неожиданно выяснилось также, что не только костный мозг является органом кроветворения и не только в нём надо искать причины многих раков крови – лейкемий и лимфом. Клетки упомянутого эндотелия тоже асимметричны по отношению к их верхней и нижней поверхностям. Верхняя обращена в просвет сосуда, поддерживая синтезом и секрецией специфических протеинов её жидкое состояние (несвёртываемость, «некоагулянтность»), нижняя часть вызывает обратный процесс, приводящий к образованию тромба. Процесс, как известно, был нарушен у царевича Алексея, и сегодня его, конечно же, спасли бы как тысячи других детей, страдающих гемофилией. Боковые поверхности эндотелиальных клеток образуют прочные контакты – tight junctions – с другими клетками, которые, однако, в тканях организма пропускают иммунные лимфоциты, мигрирующие в направлении лимфатических сосудов. Считается, что этот механизм лежит в основе иммунного надзора, призванного уничтожать постоянно образующиеся трансформированные клетки.

Нижняя поверхность клеток эндотелия обращена в сторону стромы, и в этом важном клеточном интерфейсе создаются условия для «хранения» и последующего развития стволовых клеток крови. Вполне возможно, что это «воспоминание» о роли эмбриональной печени, сосудистый эндотелий которой необходим для кроветворения у развивающегося плода (инъекциями эмбриональной печени пытались лечить жертв Чернобыля). Число эндотелиальных клеток кажется невелико, особенно по сравнению с костным мозгом, однако напомним, что именно эндотелиальные клетки синтезируют ангиогенины, то есть белки новообразования сосудов, в том числе и раковых. Не стоит также забывать и о немалом объёме сосудистого русла всего организма.

Говоря о нити жизни, мы имеем в виду длину цепи, которую определяет время клеточной жизни. Речь идёт о теломерах, или концевых участков хромосом, ДНК которых одноцепочна и сокращает свою длину с каждым делением. Распределение последней соответствует в клетках тела нормальному распределению колоколообразной формы, хорошо знакомое статистикам. Отклонение от него может стать прогностическим критерием развития заболеваний, в том числе и раковых, нейродегенеративных и мышечных дистрофий.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Medicine.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
приглашает для постоянного трудоустройства
врачей следующих специальностей:
✓ ортодонт ✓ акушер-гинеколог (стационар)
✓ неонатолог ✓ уролог
✓ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)
✓ кардиолог ✓ анестезиолог-реаниматолог
✓ врач скорой медицинской помощи
✓ врач по спортивной медицине ✓ эндокринолог детский
✓ психиатр-нарколог ✓ инфекционист ✓ оториноларинголог
✓ физиотерапевт ✓ психиатр
✓ врач клинической лабораторной диагностики
✓ терапевт участковый (предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство в размере 1 млн руб. (постановление правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 267-п от 14.08.2015).
Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.
Контактный телефон для справок **8 (34675) 3-41-20.**
Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 3-15-73**, e-mail: **sovhospital@совбольница.рф**
или по адресу: **628240 ХМАО – Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62а.**

ПРЕСТИЖНАЯ РАБОТА
для тех, кто любит свою профессию.
В связи с расширением штата медицинский центр «Эскулап» приглашает на постоянную работу врача УЗИ, гинеколога со знанием кольпоскопии.
Требования: диплом, сертификат стаж более 5 лет.
Обязанности: амбулаторный приём, диагностика, лечение.
Условия: предлагаем работу в г. Лабинске Краснодарского края на современном оборудовании ведущих фирм производителей, комфортные условия работы в дружном коллективе.
Гарантируем: полный социальный пакет, медицинский стаж, своевременную достойную оплату труда, ежемесячную выплату компенсации за найм жилья.
Мы ищем сотрудников, готовых к постоянному повышению квалификации, ценящих человеческую жизнь и любящих свою профессию. **8-918-376-49-63.**
ПРЕДЛАГАЕМ ДОСТОЙНУЮ РАБОТУ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

Перспективы

Антидепрессанты способны замедлить процесс старения

Группа специалистов из Исследовательского института Скриппса (США) в результате опытов с нематодами – круглыми червями пришли к выводу, что антидепрессанты обладают уникальным свойством: они способны замедлять процесс старения.

В ходе опытов учёные вводили червям антидепрессант миансерин. По антидепрессивной активности миансерин сопоставим с другими современными антидепрессантами; при этом важной его особенностью является анксиолитическое действие. Миансерин хорошо переносится, особенно больными пожилого возраста и пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Оказалось, что нематоды, которым делали инъекции миансерина, жили дольше по сравнению с контрольной группой. Продолжительность их жизни увеличилась на 30-40%.

Начав более детально изучать эту взаимосвязь, специалисты обнаружили, что у червей, получавших миансерин, активно начинали работать гены, омолаживающие организм. После этого учёные провели эксперимент и на мышах. Было установлено, что антидепрессанты замедляют процесс старения и у млекопитающих.

Данная научная работа – уже не первая попытка специалистов из Исследовательского института Скриппса раскрыть секрет молодости. В частности, научный сотрудник Пол Роббинс открыл новый класс препаратов, которые способны существенно замедлить процесс старения. Эти препараты, получившие название «сенолитики», влияют непосредственно на жизненно важные процессы в организме, улучшая работу сердца.

Как отмечается, открытие сенолитиков было осуществлено в ходе изучения стареющих клеток, которые уже перестали делиться. Именно такие клетки стоят за процессом старения.

Напомним, что ранее учёные из Университета Копенгагена заявили, что увеличить продолжительность жизни вполне реально. И речь идёт вовсе не о далёком будущем. По их словам, уже появился на свет тот человек, который сможет прожить до 135 лет.

Ирина МЕЛКУМОВА.

По материалам eLife.

Исследования

Один ген распознаёт сотню упражнений

Группа исследователей из Университета Ювяскюля (Финляндия) занялась исследованием процессов, участвующих в типе реакции организма на тот или иной вид физической активности.

Силовые упражнения – это любая деятельность, которая приводит скелетные мышцы к сокращению. Например, тяжёлая атлетика, отжимания и приседания. Упражнения на выносливость поддерживают увеличенные частоты сердечных сокращений и дыхания – это ходьба, езда на велосипеде и плавание.

Обе формы упражнений оказывают различное воздействие на организм. В то время как силовые упражнения могут увеличить силу скелетных мышц, упражнения на выносливость могут улучшить общий функциональный потенциал организма. Поскольку эффекты от упражнений разнообразны, исследователи полагают, что существует множество различных процессов, участвующих в типе реакции организма на каждый вид физической активности.

Предыдущие исследования показали, что ген, называемый рецептором пролиферации пероксисом, активируемый гамма-коактиватором 1α (PGC-1α), может быть вовлечён в процесс реакции организма на определённые типы физических упражнений. Команда решила исследовать роль этого гена дальше.

К исследованию были привлечены 19 физически активных мужчин, которых разделили на две группы. В течение 50 минут одна группа выполняла упражнения на выносливость в виде ходьбы на беговой дорожке, в то время как другая группа делала жим ногами, который представляет собой силовое упражнение. При этом была взята биопсия из бедренной мышцы испытуемых перед тренировкой, а также через 30 и 180 минут после неё. Это было необходимо для оценки гена PGC-1α.

В результате было обнаружено, что оба упражнения стимулируют ген PGC-1α, заставляя его производить изоформы гена, известные как PGC-1α экзон 1b, PGC-1α экзон 1b' и укороченную форму PGC-1α. Изоформы – это различные типы белка, который получают из того же гена. Однако при этом замечено, что только упражнения на выносливость индуцируют производство изоформы, называемой PGC-1α экзон 1a. То есть учёные обнаружили, что физические упражнения на выносливость активировали гены, которые стимулировали рост новых кровеносных сосудов и повышали выносливость. А силовые упражнения стимулировали другой ген, который активирует рост мышц.

В дальнейшем исследования будут продолжены.

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам simptomer.ru

Пёстрая смесь

Странная медицина

Говоря о медицинских исследованиях, мы обычно имеем в виду испытания новых вакцин или лекарств, или, например, изучение эпидемиологических свойств какой-то инфекционной болезни, или новые методы в хирургии, или же новые, ещё более изощрённые методы диагностики. Результаты таких исследований, хотя они и неизвестны заранее, всё же можно отчасти предугадать: например, лекарство либо окажется эффективным, либо нет, у него либо будут побочные эффекты, либо таковых не обнаружится. Однако бывает, что медики обращают внимание на какую-то совсем неожиданную проблему, или же рассматривают что-то привычное, но под новым углом, или же, скажем, при изучении какого-то обычного на первый взгляд клинического случая на выходе получается не совсем ожидаемый результат. Вот сейчас мы и расскажем о таких медицинских работах, которые нам показались – в хорошем смысле слова – странными.

«Физика чиха»

А начнём мы с чихания. Джон Буш с коллегами из Массачусетского технологического института объясняли, как микрокаплям, вылетевшим при чихе из нашего рта, удаётся быстро долетать до системы вентиляции на потолке. Объяснение состояло в том, что, чем меньше капли, тем дольше их держат в полёте турбулентные потоки, и сами частицы воды и слизи движутся не отдельно от прочих, а в постоянном взаимодействии, что влияет на дальность полёта и траекторию.

В результате частица диаметром 10 мкм может пролететь в 200 раз дальше, чем если бы она летела в одиночестве, и чтобы распространиться по обычной комнате, одному такому капельному облаку требуется всего несколько минут. Причём частицы, покинув дыхательные пути, не просто летят в облаке, они продолжают дробиться на более мелкие. Как это происходит, удалось увидеть в последних экспериментах, результаты которых были доложены на ежегодной конференции Американского физического общества. Соответственно, если микрокапли продолжают уменьшаться в полёте, то их подвижность, «летучесть» увеличивается, так что нет ничего удивительного, что одним чихом можно заразить всю комнату. Ведь, как мы прекрасно знаем, человек часто чихает не просто так, а из-за болезни, и, чихая, он заражает всех вокруг себя. Так что медицинский смысл такой «физики чиха» вполне очевиден.

Английская проблема?

Странную и при том весьма печальную закономерность обнаружили исследователи из Королевского колледжа Лондона. Уильям Палмер и его коллеги сообщают, что дети, родившиеся в конце недели, умирают в первые 7 дней жизни чаще, чем новорождённые, появившиеся в середине и в начале недели: смертность в выходные составляла 7,3% на тысячу детей против 6,4% в будни. Прирост, как видим, небольшой, но достоверный, и оттого вызывающий беспокойство. Более того, у матерей, которые рожали в конце недели, так же немного увеличивался риск послеродовых осложнений. Здесь есть большое искушение свалить «эффект выходного дня» на халатность персонала, однако никакой связи между уровнем медицинских услуг, оказываемых роженицам в течение всей недели, и разницей в детской смертности обнаружить не удалось (сами авторы работы говорят, что, возможно, они просто учли не все административно-медицинские факторы, которые могут тут оказывать действие). Исследование проводилось в больницах государственной службы здравоохранения на территории Англии, и, конечно, хотелось бы, чтобы это было сугубо английской проблемой, нас не касающейся.

Стоматолог + психолог

Многие люди побаиваются визитов к врачу, особенно, если врач – стоматолог. Страх перед дантистом вообще может развиться в полноценную фобию, так что человек просто перестанет к нему ходить и окончательно запустит дела со своими зубами. Проблема оказалась настолько серьёзной, что в Великобритании со стоматологическими страхами решили бороться с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии; такая терапия основана на допущении, что причиной психологических расстройств являются дисфункциональные убеждения и установки, и, чтобы вылечить человека, нужно его от таких неправильных убеждений избавить (грубо говоря, «разубедить»).

Эффективность её относительно «зубоврачебной фобии» оценивают исследователи из Королевского колледжа Лондона. В исследовании участвовали 130 мужчин и женщин, три четверти из которых боялись ходить к стоматологу – настолько, что у них появились серьёзные проблемы с зубами и слизистой рта. Оказалось, что 6-10 сеансов психотерапии достаточно, чтобы человек утратил страх перед стоматологическими процедурами и позволил лечить себя даже без успокаивающих препаратов (снимающих стресс, тревогу и т.д.). Так что, возможно, было бы неплохо, чтобы рядом с любым стоматологическим кабинетом располагался кабинет психолога, профессионально избавляющего от страха перед зубоврачебной бормашиной.

Плохо видишь – проверь сосуды

Можно ли определить проблемы с сердечно-сосудистой системой, просто посмотрев пациенту в глаза? Врачи из Афинского национального университета говорят, что можно. К ним обратился 77-летний мужчина с преходящей слепотой – так называют внезапную потерю зрения на один глаз, обусловленную кратковременным нарушением церебрального кровообращения. Приступы слепоты на правом глазу у пациента длились около 5 минут, после чего зрение возвращалось. Лечившие его врачи сообщают, что глазное давление было в норме, однако в одном из сосудов, питающих сетчатку, оказался небольшой кровяной сгусток, который затруднял кровоснабжение сетчатки и был причиной ухудшения зрения; пришёл он, очевидно, из сонной артерии. То есть временная слепота может быть одним из первых признаков атеросклероза, особенно в том случае, если никаких проблем со зрением у человека никогда не было. (Что до этого пациента, то он, как оказалось, уже довольно долго принимал лекарства, снижающие холестерин в крови, то есть для него атеросклероз был реальной угрозой.)

В действительности, описанный случай – один из многих, которые говорят о том, что проблемы со зрением могут указывать на проблемы с сосудами, и среди причин преходящей слепоты часто называют атеросклероз артерий в области шеи. Другое дело, что обследование сосудов сетчатки вообще может стать удобным диагностическим тестом – по их состоянию можно определить перспективы развития атеросклероза.

Оболганный Колумб

Ну и напоследок обратимся к истории. Существует популярная теория, что Христофор Колумб привёз из Северной Америки сифилис, который вскоре распространился по Европе. Кто-то даже склонен рассматривать это как наказание за то, что белые люди сделали с коренным населением. Как считают исследователи из Венского медицинского университета, теория завезённого сифилиса попросту неверна – Европа знала его и до колумбовой экспедиции. Фабиан Канц с коллегами изучил человеческие скелеты из захоронения на кафедральной площади города Санкт-Пёльтен. Останки лежали здесь с первой половины XIV века, и на них отчётливо видны следы врождённого сифилиса. Напомним, что открытие Америки случилось в 1492 г., то есть если сифилис в Европу откуда-то и завезли, то наверняка не оттуда.

Инга КАТАРИНА.

По информации nkj.ru (Journal of Fluid Mechanics, The British Medical Journal, Journal of Biological and Clinical Anthropology).

Vivat!

В знаменитую Книгу рекордов Гиннесса попали пожилые жители Великобритании: 103-летний Джордж Кирби и 91-летняя Дорин Лаки зарегистрировали свой брак и стали самыми старыми молодожёнами на нашей планете. Счастливые пенсионеры, несмотря на 27 лет гражданского брака, утверждают, что до сих пор любят друг друга и, как заявил Кирби, «могу сказать, что остаток наших жизней мы точно проведём вместе».

Любви все возрасты покорны!

Джорджу Кибри было всего 76 лет, когда он встретил милую 64-летнею Дорин и сразу же влюбился в свою избранницу. Парочка начала жить вместе ещё в 1988 г., но только в этом году официально зарегистрировала свои многолетние отношения. Свадьба прошла в день рождения жениха. По словам «молодожёнов», на такой шаг их подтолкнули дети. Пенсионеры ещё с июня ожидали подтверждения от представителей Книги рекордов Гиннесса своего достижения. Необычная свадьба состоялась в одном из английских отелей под названием Langham, который находится в населённом пункте Истборн. Жених сделал предложение даме своего сердца 14 февраля – в День святого Валентина. Средствам массовой информации мужчина признался, что побоялся опуститься на одно колено в этот важный для их семьи день, ведь мог бы обратно не разогнуться. Новоиспечённый муж был одет в чёрный классический костюм с галстуком, а его супруга – в красивое цветастое платье.

Так что если кто-то думает, что время на поиски второй половинки упущено, то вот доказательство, что найти любовь никогда не поздно.

Леонид БЕНЦКИЙ.

Выводы

Много-много лет...

В Глэдстоунском институте (США) создали «карту» пути от фундаментальных исследований в медицине и биологии до появления на их основе лекарств от смертельных заболеваний. Нарисовав сеть открытий, которые понадобились для разработки важных препаратов, там выяснили, что вплоть до сегодняшнего дня создание лекарств требует работы тысяч учёных и занимает десятки лет. Авторы предлагают разобраться в том, как были достигнуты сегодняшние успехи, чтобы понять, как ускорить процесс создания будущих способов лечения.

«У всех нас есть интуитивное понимание того, что фундаментальные исследования становятся отправной точкой создания новых лекарств, но мы хотели дать количественную оценку и показать особенности этого пути. Наши данные показывают, что требуется участие поразительно большой и разветвлённой сети учёных, чтобы добраться до реальной терапии», – акцентировал автор работы Александр Пико.

А.Пико и коллеги ретроспективно отследили путь создания двух лекарств, которые могут считаться этиологической терапией, сравнительно недавно одобренных FDA: ипилимумаба и ивакафтора. Ипилимумаб – моноклональное антитело – был одобрен в марте 2011 г. и предназначен для лечения меланомы. Ивакафтор одобрен в 2012 г. и борется с муковисцидозом.

Анализ публикаций показал, что создание ипилимумаба потребовало участия 7 тыс. исследователей из 5700 институтов и заняло 100 лет. Ивакафтор разработали 2,9 тыс. учёных из 2,5 тыс. различных организаций, и на это потребовалось 60 лет.

Была специально разработана методика ранжирования, чтобы оценить вклад каждого учёного в общую работу. Результаты показывают, что для каждого препарата есть «элитные участники», чьи исследования были наиболее важны. На основе полученных данных исследователи надеются разработать систему прогнозирования для принятия решений о финансировании научных разработок, которые с большей вероятностью ускорят создание лекарств от болезней Альцгеймера и Паркинсона, диабета, онкозаболеваний.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам журнала Cell.

Болезни великих

Сожжённые ноты Яна Сибелиуса

Почему-то все врачи, запрещавшие ему пить и курить, умерли до него

Сибелиус, родившийся 150 лет назад, был синэстетиком: он «слышал» цвета, запахи и вкусы как музыку. Синестезия – постоянное состояние, которое позволяет интерпретировать одни чувства в содержание других. Позже музыкальную мысль композитора вдохновлял цвет вина: он считал, что «золотой Фраскати походил на оду Горация», а соус из красного вина, подаваемый с жареной дичью, лучше всего проявлялся после того, как «радостный красный до-мажорный цвет», медленно темнея, становился «меланхоличным». Вероятно, Сибелиус чувствовал в музыкальных категориях любой образ и эмоцию. А это уже много значило для будущего Яна, которым он обогатил и своё поколение, и поколения следующие.

Музыкальная надежда нации

Ян Сибелиус родился в 1865 г. в семье врача. Он рано потерял отца. В семье говорили по-шведски: в XIX веке меньшинство, говорящее на этом языке, считалось элитой Финляндского княжества. Тем не менее мать отдала мальчика в школу, где обучение велось по-фински. Дети учились игре на музыкальных инструментах: сестре достался рояль, брату – виолончель. Будущий композитор вначале занимался на рояле, потом – на скрипке. В 10 лет он сочинил первую пьеску.

В 1885 г. он поступил на юридический факультет Императорского университета в Гельсинфорсе, но вскоре перешёл в Музыкальный институт. В 1889 г. Сибелиус получил государственную стипендию для обучения композиции и теории музыки в Берлине, брал он уроки и в Вене. Возвратившись в Финляндию, Сибелиус успешно дебютировал симфонической поэмой «Куллерво», написанной по рунам «Калевалы». Выбор национального эпоса резонировал с патриотическим подъёмом в Финляндии, стремящейся к национальной аутентичности. Сибелиус был провозглашён музыкальной надеждой нации. Вскоре композитор женился на Айно Ярнефельт, принадлежавшей к семье, давшей стране несколько выдающихся деятелей национальной культуры. Несмотря на то, что Сибелиус был шведом, он оказался в числе сторонников финской независимости.

«Радостный и печальный»

Премьера I симфонии Сибелиуса состоялась в Гельсинфорсе в 1899 г. II симфония композитора стала в Финляндии символом национальной свободы. К этому времени алкоголь стал занимать в его жизни слишком большое место. На картине А.Галлен-Каллелы «Проблема» Сибелиус изображён за столом в состоянии отчётливого опьянения.

Перепады настроения с некоторых пор были свойственны композитору. Он периодически впадал то в беспричинную, с точки зрения окружающих, хандру, считая, что «хворает массой болезней», что «прежние друзья его предали» и т.д.; то испытывал не более понятный для прочих немотивированный подъём настроения, временами почти веря, что находится в прямом контакте с Богом. О таких моментах композитор говорил в письме: «На мгновение Бог открывает свою дверь, и Его оркестр играет V симфонию». Но чаще он чувствовал себя и свою музыку никчёмной. И тогда в дневнике композитор писал о своей тоске и чувстве одиночества. Эти описания синестетичны: Сибелиус описывает депрессию как тёмную ночь, как черноту. В «Калевале» с севера приходило тёмное и ледяное зло. К композитору с севера приходила депрессия, закутавшаяся в плащ полярной ночи.

Алкоголь мог аккомпанировать Сибелиусу в любом из состояний: при депрессии спиртное снижало чувство тоски и тревоги, в гипомании мастер употреблял алкоголь бездумно и легковесно, не задумываясь о последствиях, принимая скоропалительные решения, идя на поводу у эмоции, опережавшей разум. Порой депрессия и эйфория амбивалентно и противоречиво сплетались: «Радостный и печальный», – написал о себе композитор. Циклотимия и маниакально-депрессивный психоз все же очень близкие стилистике романтизма психические расстройства. Пафосные страсти романтиков и их героев в глазах трезвомыслящих персон тоже порой выглядят аномально, гротескно, почти пародийно.

В 1904 г. пьянство и депрессивные состояния композитора побудили семью к переезду из Гельсинфорса в загородное имение, названное Айнолой (в честь жены композитора). Здесь он написал все остальные свои произведения.

Особняком в творчестве Сибелиуса стоит IV симфония (1911). Её называли самым мрачным сочинением европейской музыки того времени. Композитор писал симфонию после нескольких операций, предпринятых в связи с опухолью (1908). Финал сочинения выцветает по ходу исполнения – ноты как будто сдувает с пюпитров ветер, прилетевший из ледяной тьмы Севера. Музыка разрушает себя, словно предчувствуя молчание, которое окутает композитора через 20 лет.

До публикации дневников Сибелиуса в меланхолии этой музыки, её рефлексии и тёмном настроении слышали его заболевание, депрессию и алкогольную абстиненцию (после операции врачи запретили ему пить, и он продержался до 1915 г.) Отказ от алкоголя сочли одной из причин мрачности симфонии. Кто-то даже сказал, что композитор, возможно, был близок к суициду. Но дневник Сибелиуса рисует иную картину. Маэстро пишет о том, как «прекрасно плавает» в озёрах, слушает грозы и радуется творческим сомнениям, предшествующим рождению чего-то нового.

Диссонанс между содержанием дневника и характером музыки позволяет предположить, что в процессе сочинения симфонии композитор избавился от внутренних переживаний, перенеся их на нотные линейки. Он выплеснул то, что находилось в его душе. Депрессия теперь была не внутри него, а вне, улетев в сосновый космос Суоми, где и утратила своё жало.

Сибелиус называл своё произведение «Психологической симфонией». Музыковед Э.Тоэстстджерна говорит о психоаналитическом аспекте этого сочинения, отмеченного эпохой стиля модерн, когда З.Фрейд обратил внимание на роль бессознательного в жизни человека. Трудно было пройти мимо этих идей, казалось, открывавших вековечные тайны психики. К тому же брат Сибелиуса Кристиан был психиатром, одним из пионеров психоанализа в Финляндии, так что эта тема едва ли не была затронута в их беседах. Но аутотерапевтический характер музыки всё же был обусловлен не её психоаналитической составляющей, а исповедальностью автора, что вовсе не одно и то же: в процессе не участвовал психоаналитик, расставляющий акценты в нужных ему самому местах. «Симфония – не только сочинение в обычном смысле слова, это скорее исповедь на разных этапах жизни», – написал композитор (05.11.1910). И даже транквилизатор алкоголя на этом этапе не был ему необходим.

В 1917 г. Суоми получила независимость, и политическое значение музыки Сибелиуса изменилось: он стал неофициальным культурным послом и музыкальным символом Финляндии.

Депрессия под аккомпанемент тишины

Независимость Финляндии сыграла роль творческого катализатора деятельности Сибелиуса. Но когда важная цель достигнута, то разум не сразу понимает, что дальнейший путь неочевиден и надо выбирать новую высоту. Однако возникшую пустоту отсутствия цели уже чувствует эмоция. Депрессия композитора усилилась.

С 1924 г. Сибелиус сочинял VIII симфонию. Вначале ничто не предвещало драматизма, связанного с этим неслучившимся произведением. Композитор писал жене, что «основательно продвигается», хотя озадачен той формой, которую принимает опус: «У этого сочинения странная концепция». Но поиски симфонического синтеза сделали процесс композиции почти невозможным. Сибелиус думал об операх без слов, симфониях без частей. Он хотел транскрибировать шум природы. Композитор синестетически слышал аккорды шелеста лесов и тональность плеска озёр; как-то он произнёс монолог об «обертонах лужаек». Но то, что ему удавалось переложить в ноты, казалось маэстро незначительным и неадекватным. В 1927 г. Сибелиус написал в дневнике: «Изоляция и одиночество ведут меня к отчаянию... Выжить мне помогает алкоголь... Я одинок, оскорблён, все мои настоящие друзья умерли. Мой авторитет здесь упал ниже низкого. Невозможно работать. Если бы только был выход». Последние работы Сибелиуса наполнены предвестниками тишины.

В мае 1927 г. Сибелиус снова расстался с алкоголем. Дни без выпивки отмечены в дневнике, и их было немало. Но творческая деятельность композитора практически завершилась. После 1926 г. он писал лишь небольшие пьесы.

В 1939 г. началась война. Финляндия стала участником трагического нерыцарского и неромантического турнира. В период советско-финской кампании композитор был на родине ещё популярнее, чем всегда. А в 1941 г. Финляндия стала сателлитом нацистов. В Германии «нордического» Сибелиуса отнесли к «арийским композиторам», он стал едва ли не официальным немецким скальдом, его исполняли почти так же часто, как Рихарда Штрауса. Обращаясь к немецким войскам, он будто бы пожелал им победы. Но в 1943 г. Сибелиус написал в дневнике: «Этот примитивный образ мыслей – антисемитизм и т.д. Я просто не могу одобрять его...» К этому же времени относится запись: «Как ты, Ян Сибелиус, можешь воспринимать эти «арийские законы» всерьёз?.. Ты аристократ от культуры и можешь выступить против глупого предрассудка». Но он не выступил. Им овладела привычная депрессия: «Трагедия начинается. Мои тяжкие мысли парализуют меня. Причина? Одиночество, одиночество. Я никогда не позволю величайшему страданию сорваться с губ». Дневниковые записи 1943 г. исполнены пессимизма и уныния: «Жизнь скоро закончится. Придут другие и превзойдут меня. Нам предопределено умирать забытыми».

Он больше не мог (не хотел?) сочинять музыку. В мире звучали иные симфонии, авторы которых преследовали неясные Сибелиусу цели. Собственная музыка казалась ему никчёмным хламом, забирающим время и силы: так часто бывало с композитором и прежде. Но теперь «глубинная логика» его музыкальной мысли перестала совпадать с логикой истории, звуча как аккомпанемент к старинной костюмированной драме, утратившей силу эпоса. Его депрессия всё чаще инструментовалась тишиной. Но незавершённые нотные черновики тревожили и угнетали, заставляя возвращаться к ним вновь и вновь – уже без надежды и цели. Он стал заложником своих незаконченных манускриптов.

Жена композитора вспоминала: «В 1940-е в Айноле свершилось колоссальное аутодафе. Мой муж собрал в корзину для белья несколько рукописей и сжёг их на открытом огне в гостиной. Были уничтожены фрагменты «Карельской сюиты» – я позже видела остатки порванных страниц – и многое другое. У меня не было сил присутствовать при этом, и я ушла из комнаты. Я до сих пор не знаю, что он бросил в огонь. Но после этого муж стал спокойнее, и его настроение постепенно улучшилось».

Последняя страница дневника содержит список покупок: «... шампанское, коньяк, джин...» (1944).

Сибелиус прожил 91 год: «Все врачи, запрещавшие мне пить и курить, умерли». В сентябре 1957 г. он пошёл на прогулку, ища глазами журавлей, улетающих на юг. Это был его осенний ритуал. Когда Сибелиус сочинял V симфонию, он написал в дневнике: «Каждый день я видел журавлей. Летят на юг, курлыча свою музыку. Я снова был их самым прилежным учеником. Их крики отражаются во всём моем существе».

Говорят, что за три дня до его смерти птицы пролетели над Айнолой, композитор сказал: «Вот они, птицы моей юности!» Один из журавлей покинул стаю, сделал круг над домом, крикнул и улетел...

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент
Северного государственного медицинского университета.

Архангельск.

На литературный конкурс

Владимир КОРОЛЁВ

Колодцы

Стоят по России колодцы,
Домишки с живою водой:
Распахнуты к небу воротца,
Чтоб воздух испить голубой,
Поймать наши вёдра и взгляды,
И солнечный зайчик поймать!
Глоток серебра как награду
Мне Бог разрешил принимать!
А струйка на шею прольётся,
Мурашкой по коже промчит –
И в капельке солнышко... солнце!
В распахе рубахи искрит!

Ах, как же милы мне воротца
И ворота скрип под рукой!
Живут по России колодцы
И поят живою водой!

* * *

Поезд – соратник метели,
Как покрывает простор!
И равнодушные ели
Ловят колёс разговор!

С крыши клубится позёмка –
Вьётся, как дым из трубы,
Белые рельсы не звонки,
Даль в ожиданье судьбы,

Той, что приедет из снега,
Из круговерти зимы,
Из-под вагонного бега,
Взяв серебра из казны.

Зверем стенает природа!
Жёсткий прожектор упрям!
Искры летят с небосвода.
...Вот он, заветный вокзал!

* * *

Таланту собранность нужна –
И он твоими заблестит глазами,
Достанет золотиночку со дна
Души колодезя;
призами
Одарит каждого, ведь Бог
Того целует чуткими устами,
Кто сердцем поделиться с нами смог,
Свой знак поставив в жизненном уставе!

Памяти А.Твардовского

Время шагает бойко и споро –
Шестьдесят снегов! Но я проник
В даль и в память, в мураву и в порох,
Тому свету влез за воротник!

Страхи века да миры иные –
Как жилось, ответь, душа моя,
Но всегда во мне была Россия,
Совесть моя, истина моя!

На её просторах судьбы вещи,
Потому что так белы снега.
– Эй, писатель, собирай-ка вещи –
Рында бьёт, отходят берега.

И теперь, когда в прощальной лодке
Подбиваю я годам итог:
– Что останется в сухом остатке?
Снег молчит.
...Но знает, знает Бог!

Писательский май, 30-е годы...

У облаков забег табуний –
За ними тучам не поспеть!
В Париже пишет повесть Бунин,
Не позволяя сердцу тлеть.

Булгаков дразнит Маргариту,
Пилат кропает приговор,
«Собачье сердце» ищет ритмы,
И Шарик метит свой забор.

Гуляет май Угрой счастливой:
Михвас* «Катюше» песню спел,
Белее белого налива
Та шаль, что Кате он надел!
Весна в ручьях приносит темы,
В ведре – берёзовик-хрусталь,
Ваяет Симонов поэму,
Прочтя «Как закалялась сталь».

И у Твардовского в колхозе
Течёт тепло по бороздам,
Грачи, чернее куч навозных,
Наделы делят: «Не отдам!»

Чугунны клювы. Блестящи перья.
Зенит восторгами звенит.
Скворцы справляют новоселья.
...И Сталин трубкою дымит!

*Михвас – так к М.В.Исаковскому дружески обращался А.Т.Твардовский; речь идёт о поэме «Победитель», посвящённой Николаю Островскому.

ОБ АВТОРЕ. *Владимир Королёв – журналист, писатель, автор 20 книг стихов и документальной и художественной прозы, дважды лауреат Международного литературного конкурса имени К.М.Симонова (Белоруссия), лучший очеркист России (золотая медаль ВДНХ РФ на выставке «Пресса-2000»).*

Собственный корреспондент «МГ» по Смоленской области. В профессиональной журналистике – с 1975 г.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Жизненные реалии

- Ум – от рождения. Потом всю жизнь борешься за его сохранение.
- Мемуары микроба – «Хождения по мухам».
- Тайное считается по-настоящему тайным, когда после его раскрытия оно получает огласку.
- Жена сапёра ошибается столько раз, сколько у неё было мужей сапёров.
- День живёшь так, как просыпаешься.
- Голод мучает с перерывом на обед.
- Ломайте голову в свободное от мыслей время.
- Указательный палец нажимает кнопку. Остальные пальцы подсчитывают: жертвы, убытки, прибыли...
- Пора и честь знать. Но образование не позволяет.
- Я в своём деле собаку съел. Меня за это все кошки благодарят.
- Быков, ненавидящих красное, выращивают по всей Европе.
- Молоток учил своих детей: «Каждый гвоздь – это точка применения силы».
- Время останавливается, когда человечество поворачивает вспять.
- Пыль любит лежать под диваном, чтобы её не доставали.
- На лице – морщина, на зеркале – трещина.
- Где наговорено лишнего, там много недослушано.
- Положение тел зависит от положенного статуса.
- Все «внедорожники» в наши лужи.
- Гоп-стоп танцевального ансамбля.
- Кулак от головы недалеко отскакивает.
- Шапка-невидимка – спецовка для налоговиков.
- Желающий отмахнуться и пальцем не пошевелил.
- Когда народ молчит, он думает на родном языке.
- Рублёвка плавно переходила в долларовку.
- Хожу по городу. Сколько столбов! Совершенной формы! Это их жизнь обтесала.
- Врача вызывают последним, но он первым откликается на вызов.
- У каждого своё время, кому импортные часы не по карману.
- Грязь современности становится пылью веков.
- Кто убивает детство, тот убивает страну.
- Оказывается, в Солнечной системе не все места – под Солнцем.
- Ошибку загса можно исправить в суде.
- Язык попытался развязаться, но зубы были категорически против.

Москва.

СКАНВОРД

Автор Валерий Шаршуков

"Обыкн. история", перс. – Роковая женщина – Веласкес, картина – Хим. элемент – Ползун (рыба) – Отсутствие тонуса тканей – Гликлазид – Удочка – Город, Татарстан – Метилпреднизолон – Нем. философ – Обещание – Греч. историк – Сыщик, Кристи – Совет, Украина – Сочетание звуков – Филос. понятие – Киста сальной железы кожи – Чуть – "Путь Шеннона", перс. – Поливитамины – Чело – Леопард – Театр в Москве – Сопровожд. лица – "Нежность" – Река, Мьянма – Государь в Боснии – Фаянс – Рос. иллюзионисты – Делон – Бард, Кавказ – Отбросы – Франц. архитектор – "Милашка", актриса – Южное созвездие – Кровать из досок – Горная выработка – Чтобы (стар.) – Переспрос (прост.) – "...-соперник", Бортнянский – Литов. писатель – Старин. пахотн. орудие – Толпа – Куинджи – Метал. профиль – Бельг. врач – Хвойное дерево – Калашников – "Собака на сене", перс. – Что греха ...

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

Ответы на сканворд, опубликованный в № 94 от 16.12.2015.

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

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

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, 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 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-11-00553
Тираж 31 054 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-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 Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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