Медицинская газета®

17 июня 2016 г.
пятница
№ 44 (7664)

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

С Днём медицинского работника!

События

Остановим инсульт вместе

Кто лучший в борьбе с этой болезнью?

Во время церемонии Г.Иванова и В.Шкловский

Накануне Дня медицинского работника в Москве состоялась церемония вручения Всероссийской премии в области борьбы с инсультом «Время Жить!»

Эта премия, наряду с образовательной программой для неврологов и информационной кампанией для населения, является одним из направлений Федерального социально-образовательного проекта «Стоп-инсульт», стартовавшего в 2016 г. по инициативе Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ) и Союза реабилитологов России (СРР) при поддержке Минздрава России. Генеральным информационным партнёром премии стала «Медицинская газета».

По словам председателя СРР, главного специалиста Минздрава России по медицинской реабилитации, профессора Галины Ивановой (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва), за последние 5 лет летальность от инсультов снизилась на 16%, а в прошлом году у 60% больных, госпитализированных с диагнозом «инсульт», отмечалось хорошее функциональное восстановление. Заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного лечения Минздрава России Тереза Кесаева зачитала приветствие министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Юрия РИДЯКИНА.

Перспективы

Провизоров для Камчатки подготовит Санкт-Петербург

В рамках целевой программы на 2016 г. Камчатскому краю дополнительно выделены места в одном из ведущих вузов страны – Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии. За счёт средств федерального бюджета выпускники могут пройти там обучение по трём направлениям.

Провизоры входят в число самых востребованных специалистов. Особенно остро дефицит кадров для фармацевтической отрасли ощутим на северо-востоке ДФО, где нет базы для их подготовки.

Как сообщают в Министерстве здравоохранения Камчатского края, ежегодно из этого региона абитуриенты уезжают на целевое обучение в различные медицинские вузы. За последние годы в ведущие университеты и академии было зачислено 110 человек. В прошлом году по целевой программе осваивать востребованные в крае медицинские специальности отправились 26 студентов. В этом году предоставлено 46 бюджетных мест.

Студентам будет компенсирована стоимость проживания в общежитии вуза и предоставлены социальные выплаты к стипендии, оплата проживания в общежитии в период обучения, компенсация стоимости проезда от места обучения до места прохождения производственной практики на территории Камчатки и обратно.

При поступлении в медицинские вузы по целевому направлению студенты подписывают трёхсторонний договор с министерством и учебным заведением. После получения диплома молодые специалисты отработают в камчатских медучреждениях не менее 3 лет.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

Уважаемые коллеги!

По традиции в третье воскресенье июня мы отмечаем наш главный профессиональный праздник – День медицинского работника. Сердечно поздравляю всех тех, кто по зову сердца связал свою судьбу с благородной профессией медика.

Профессия медика – одна из сложнейших в мире. Учиться ей долго и порой нелегко, но результаты этой работы превосходят все ожидания – это улыбки и благодарность спасённых вами людей и их близких.

За последние несколько лет в отечественной медицине многое изменилось: получили развитие медицинская наука и инновационные технологии в сфере здравоохранения, были построены новые высокотехнологичные центры, существенно обновлено оснащение больниц и поликлиник, значительно выросла доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

Но ни один, даже самый современный прибор, не может заменить профессионализма и мастерства медицинских работников, чуткого и внимательного отношения к пациенту, заложенного в традициях отечественной медицины. Мы счастливы, что профессии врача, фельдшера и медицинской сестры снова стали престижными!

Примите мои самые тёплые и искренние поздравления с нашим профессиональным праздником!

Позвольте пожелать, чтобы наша работа, направленная на сохранение жизни и здоровья других людей, а по сути являющаяся служением, требующим самоотдачи и посвящения, придала каждому врачу, фельдшеру, медицинской сестре жизненных сил и душевной крепости, уверенности в собственной востребованности и значимости.

С праздником, дорогие коллеги!

Вероника СКВОРЦОВА, министр здравоохранения РФ.

Дорогие друзья!

Наши слова, обращённые к вам, доставляют нам, журналистам «Медицинской газеты», чувство радости и удовлетворения, восхищения вашими способностями сопереживать больному. И как вами не восхищаться, когда вы начинаете рабочий день с 8 часов утра и порой заканчиваете за полночь, если того требует спасение человека! Кажется, что вы никогда не устаёте, потому что вокруг вас пространство наполнено светлой энергией. Какой же должен быть огромный духовный запас человеческой благодарности тех, с кого вы снимаете боль, а то и возвращаете к жизни. И мы готовы на страницах «МГ» рассказывать о ваших, без преувеличения, подвигах.

Если потребуется журналистская помощь в какой-то неразрешимой ситуации, мы в вашем распоряжении, откликнемся на ваш зов. Пишите в газету, ставшую для многих (а мы это знаем) родной. Рассказывайте об интересных событиях в поликлиниках, больницах, задавайте волнующие вас вопросы – мы ответим.

Журналистский коллектив от души поздравляет вас с профессиональным праздником. А пожелание – чтобы вы не болели. Живите уверенно, будьте крепки духом, сердцем не старейте.

Журналистский коллектив «МГ».

Новости

Очень нужная акция

В течение двух дней работники передвижной бригады Ярославской областной станции переливания крови вместе с сотрудниками Департамента по социальной поддержке населения и охране труда мэрии Ярославля провели акцию по безвозмездному донорству.

Желающих было много, но после тщательного отбора стать донорами смогли лишь 94 человека. Они сдали более 40 л крови. Работники ОСПК руководствуются принципом – кроводача должна быть прежде всего безопасна для донора. Поэтому всех желающих сдать кровь осмотрел врач, измерил артериальное давление, кроме того, были сделаны анализы экспресс-методом.

«Нельзя сказать, что в нашем регионе доноров не хватает, но в современном обществе может случиться всякое. Сегодня происходит очень много аварий, поэтому необходимо быть готовыми в любой момент сделать переливание крови», – подчеркнула заведующая передвижной бригадой Наталья Трофимова.

Елена МАРЬИНА.

Ярославль.

Династия доноров получила награду

Различные профессиональные династии – не редкость. Но мало кто знает о семьях, в которых представители разных поколений становятся донорами.

В Ульяновске в новом корпусе областной станции переливания крови на торжественном мероприятии чествовали именно такую династию. Благодарственное письмо и ценные подарки были вручены почётным донорам России Светлане Казаковой, Оксане Ивановой, Александру Иванову, Ольге Котовской и Александру Котовскому.

Пример подала мама, Светлана Казакова, его подхватили две дочери – Оксана и Ольга, а затем привлекли к доброму делу и супругов.

«Эта семья регулярно отдаёт частичку своей жизни людям, которых никогда не видели в глаза. Это большой подвиг во имя спасения тяжелобольных людей. Сегодня в регионе проживает более 100 донорских династий, которые на протяжении многих лет сохраняют преемственность в этом благородном деле», – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Лучшим людям Южного Урала

Губернатор Челябинской области Борис Дубровский провёл торжественную церемонию вручения государственных наград, приуроченную ко Дню России. Среди награждённых – общественные и государственные деятели, работники здравоохранения, культуры, образования.

Среди тех, кто получил награды, оказались и представители областной медицины.

Почётное звание «Заслуженный врач РФ» присвоено заведующей отделением Челябинского областного онкологического диспансера Людмиле Черновой, которая в профессии более 45 лет.

– Большая честь работать в таком учреждении. Моя награда – заслуга всего коллектива, – отметила она. – Врачи – это и научная работа, и искусство, и тяжёлый труд. И самое главное в этой работе – любовь к пациенту. Больные приходят к нам со слезами на глазах, большого труда стоит вселить в них надежду. Каждый день для них счастье. Если врачи будут помнить это, всё будет хорошо.

Также за достигнутые трудовые успехи и многолетнюю добросовестную работу награждена медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени Елена Симонова – начальник Управления здравоохранения Магнитогорска. За большой вклад в развитие здравоохранения и многолетний добросовестный труд присвоено почётное звание «Заслуженный врач РФ» заведующему отделением городской клинической больницы № 8 Челябинска Сергею Зотову.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

Деловые встречи

Президент РФ поддержал врачей

За саморегулированием в их деятельности – большое будущее

Состояние российского здравоохранения, работа Национальной медицинской палаты, перспективы развития саморегулирования профессиональной деятельности врачей обсуждались на встрече Президента России Владимира Путина с директором НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президентом НМП Леонидом Рошалем.

Встреча в Кремле

Глава государства поддержал принципы развития саморегулирования профессиональной деятельности врачей. Это позволит повысить квалификацию российских медиков и, соответственно, повысить удовлетворённость населения качеством медицины.

Президент НМП напомнил, что инициатива развития саморегулирования принадлежит возглавляемой им палате и разрабатывается последние 5 лет.

«Это новое направление в здравоохранении – Национальная медицинская палата работает в тесном, конструктивном контакте с Министерством здравоохранения, и фактически мы закладываем сегодня новую основу для того, чтобы в России было больше хороших врачей. У нас не существует таблетки, которую можно сегодня принять, а завтра здравоохранение станет замечательным, это большой, длительный труд, который заставит решить кадровые проблемы», – сказал Л.Рошаль. Он полагает, что переход к саморегулированию будет постепенным. В 2016-2017 гг. нужно закончить все обоснования и провести пилотные проекты. Полный переход на новую форму управления профессиональной деятельностью, которая лежит в основе многих мировых систем здравоохранения и является наиболее успешной, предполагается завершить к 2019 г.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Тенденции

Микрохирурги поделились достижениями

VI Всероссийский съезд общества кистевых хирургов прошёл в Нижнем Новгороде. Организаторами мероприятия выступили Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России, Всероссийское общество кистевых хирургов «Российская кистевая группа» и Министерство здравоохранения Нижегородской области.

Научный форум объединил более 250 учёных и врачей – микрохирургов, травматологов, ортопедов, хирургов из многих регионов России (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Самара, Новосибирск, Красноярск, Владивосток и др.). Также с лекцией для коллег выступил специалист центра хирургии кисти Южной Кореи. Собравшиеся обсудили современные возможности диагностики при внутрисуставной патологии кистевого сустава, внутрисуставные переломы лучевой кости, аспекты консервативной терапии в лечении патологии кистевого сустава и другие вопросы. Было много интересных сообщений об опыте работы врачей в регионах.

Так, специалист Сургутской клинической травматологической больницы Елена Щеголихина поделилась с коллегами опытом работы микрохирургического отделения клиники. Это единственное профильное лечебное отделение в Югре, где проводят сложнейшие высокотехнологичные операции на кисти и стопе. Одно из таких вмешательств – эндопротезирование мелких суставов.

Искусственные суставы, которые используют сургутские микрохирурги, выполнены из прочной керамики и практически полностью моделирует собственный, что позволяет пациенту безболезненно передвигаться, выполнять весь объём движений, вести активную жизнь.

Алёна ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Сургут.

События

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Остановим инсульт вместе

Лучшим регионом по снижению смертности от инсульта была названа Республика Мордовия (премия вручена министру здравоохранения этой республики Михаилу Морозову). В номинации «Лучший региональный сосудистый центр» было 19 заявок из 18 субъектов РФ. Победило неврологическое отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения Воронежской областной клинической больницы № 1, возглавляемое кандидатом медицинских наук Светланой Чуприной.

В номинации «Лучшее первичное сосудистое отделение для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК)» рассматривалось 17 заявок из 14 субъектов РФ. Пальму первенства решено было отдать Всеволожской клинической межрайонной больнице (Ленинградская область). Как сказал при вручении премии начальник Департамента по организации медицинской и лекарственной помощи населению Комитета по здравоохранению Ленинградской области Алексей Вальденберг, «мы находимся в начале новой эры в области борьбы с инсультом». Лучшим отделением для лечения больных с ОНМК по внедрению эффективных технологий ведения больных с инсультом признана Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи. «После инсульта жизнь только начинается», – процитировал слова одной пациентки начмед этой больницы кандидат медицинских наук Владимир Юхнов.

Четверо человек были объявлены лауреатами премии «За личный вклад в дело борьбы с инсультом». Первым назван председатель Всероссийского общества неврологов (ВОН), президент НАБИ, академик РАН Евгений Гусев (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва). Когда он вышел на трибуну, зал аплодировал стоя. По словам Гусева, инсульт меняет жизнь не только больных, но и их родственников, которые тоже нуждаются в помощи.

Сейчас в 85 регионах России насчитывается 540 нейрососудистых центров. При их организации за основу был взят опыт соседней Финляндии. Поэтому вторым лауреатом в данной номинации был объявлен профессор Маркку Каste (Хельсинки), призвавший совместными усилиями снизить бремя инсульта с помощью научных исследований, профилактики, обоснованного лечения и эффективной реабилитации. Третий лауреат – академик Российской академии образования, научный руководитель Центра патологии речи, профессор Виктор Шкловский (Москва), назвавший очаговые поражения мозга после инсульта и черепно-мозговой травмы самыми страшными, поскольку такие больные осознают своё трагическое положение. «Нужно выделить нейрореабилитацию в отдельную область. Мы увеличим и сомкнём свои ряды», – сказал он.

Список замкнула заведующая ангионеврологическим отделением Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицины заслуженный врач РСФСР Земфира Кузьмина (Якутск, Республика Саха (Якутия). Около 50 лет проработала она в неврологии и более 30 – в ангионеврологии. Оказание помощи в республике, где расстояние между улусами достигает 2 тыс. км, а температура колеблется от –50 до +30^{0}С, сопряжено с неимоверными трудностями. Но Земфира Макаровна полна оптимизма. «Наша миссия – масштабировать добро», – процитировала она Веронику Скворцову.

«За необычное терпение и стремление поправиться» поблагодарили больного инсультом – предпринимателя Владимира Капустина, который долго занимался с логопедом. Также были вручены благодарности трём СМИ, в том числе «Медицинской газете», при поддержке которых реализуется проект «Стоп-инсульт».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Медицинская газета

С праздником!

Дорогие коллеги, сердечно поздравляю вас с Днём медицинского работника!

Наш профессиональный праздник для всех россиян стал поистине всенародным. Он является праздником не только для тех, кто работает в учреждениях здравоохранения, но и для тех, кто хорошо понимает, что для человека его жизнь и здоровье являются самой высокой ценностью.

Медицинский работник – профессия особая, и он занимает одно из важных мест в обществе среди других представителей различных профессий. На него возложена большая ответственность за жизнь и здоровье россиян. Его профессиональная деятельность, основанная на принципах гуманизма, сострадания и милосердия, всегда заставляет каждого медицинского работника чувствовать огромную ответственность за результаты своего труда.

Он лучше других знает цену человеческой жизни, лучше других знает, сколько труда и мужества потребуется, чтобы сохранить и спасти жизнь человеку, облегчить страдания, излечить его душу и тело. Какой бы сложной ни была ситуация, медики всегда на посту и делают всё возможное и невозможное для спасения человеческих жизней. Поэтому этот благородный труд пользуется заслуженным уважением и почётом среди людей.

Своими успехами, повседневным трудом медицинским работникам удаётся не только сохранять отечественное здравоохранение, но и преумножать его славные традиции.

Спасибо вам за доброту, милосердие и беззаветное служение российской медицине.

Честь и хвала вам за самоотверженный труд!

Будьте всегда счастливы и здоровы, никогда не сомневайтесь в правильности выбранной вами профессии.

Пусть оптимизм, надежда, успех и удача не покидают вас.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Поздравляем!

Отмечены высокие заслуги

За заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу ректору Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, главному специалисту стоматологу Минздрава России, доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу РФ Олегу Янушевичу вручена почётная грамота Президента РФ.

Свой трудовой путь Олег Олегович начал в 17 лет, работая санитаром, а после службы в армии полностью связал свою судьбу с университетом. Пройдя обучение на стоматологическом факультете, получил диплом с отличием, затем были ординатура и аспирантура на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии и успешная защита кандидатской и докторской диссертаций. Последовательно занимал должности ассистента, доцента, профессора, заведующего кафедрой, проректора по лечебной работе, руководителя инновационного центра. С 2007 г. дважды избирался ректором университета.

Профессор О.Янушевич успешно совмещает научную, преподавательскую, административную, общественную работу с активной клинической деятельностью, его специализация – сложный контингент больных, имеющих сопутствующую соматическую патологию, в том числе заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Особое внимание уделяет применению одонтосохраняющих биотехнологий и стоматологической имплантологии, лечению остеопороза. Разработал и внедрил уникальные методики по профилактике осложнений при проведении операций по направленной тканевой регенерации. Опубликовал более 200 научных работ, выпустил несколько учебников и методических пособий.

Соб. инф.

Лучшие из лучших

Лауреаты Госпремии

Среди лауреатов Государственной премии Российской Федерации 2015 г. за выдающиеся достижения в области науки и технологий, литературы и искусства недавно названы:

Сергей Лукьянов, академик РАН, директор Научно-исследовательского института трансляционной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России, и **Евгений Свердлов**, академик РАН, советник Российской академии наук, Институт молекулярной генетики РАН, – за разработку и внедрение комплекса технологий анализа структуры и функций сложных геномов;

Сергей Недоспасов, член-корреспондент РАН, заведующий лабораторией молекулярных механизмов иммунитета Института молекулярной биологии им. В.А.Энгельгардта РАН, – за цикл фундаментальных и прикладных работ по изучению молекулярных медиаторов иммунитета, включающий работы по созданию уникальных биомедицинских моделей.

Соб. инф.

Профилактика

Во имя здоровья детей

В Омской области активно стали работать летние пришкольные лагеря. Сейчас уже действуют более 420 лагерей, которые посещают свыше 31 тыс. мальчишек и девчонок, но в течение летнего оздоровительного сезона 2016 г. на базе 564 образовательных заведений будет функционировать 573 лагеря дневного пребывания, в которых отдохнут почти 40 тыс. детей.

В организации работы летних пришкольных лагерей задействовано более 7 тыс. специалистов, из них около 4,5 тыс. – педагоги и медики.

В целях создания необходимых условий для безопасного отдыха и оздоровления детей организовано постоянное взаимодействие с Управлением Роспотребнадзора по Омской области, позволяющее оперативно реагировать на нарушения санитарных требований в деятельности лагерей. Осуществлён подбор квалифицированного персонала детских оздоровительных учреждений, организовано прохождение медицинских осмотров, а также обеспечены условия безопасного отдыха обучающихся в летний период. Особое внимание уделено соблюдению мер безопасности при перевозках организованных групп несовершеннолетних к местам отдыха и обратно, а также во время нахождения детей в организациях отдыха и оздоровления, в том числе при проведении экскурсионных мероприятий и во время купания.

Всего же в Омской области организованными формами отдыха и оздоровления в 2016 г. за счёт средств областного бюджета будет охвачено около 78 тыс. детей. А в «Артеке», «Орлёнке» и «Океане» отдохнут 548 юных омичей. На организацию детской оздоровительной кампании выделено 446 млн руб. из бюджета региона.

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.

МИА Cito!

Омская область.

Признание

Молодые онкологи подают пример

В честь 70-летия создания онкологической службы в Ульяновской области прошёл конкурс молодых онкологов. Его целью было поощрение студентов, молодых специалистов и учёных за научные достижения, вклад в развитие онкологической службы региона и дальнейшее стимулирование их научной деятельности.

Всего в конкурсе приняло участие 20 молодых специалистов-онкологов, интернов, ординаторов и студентов. Они направили свои научные работы, в которых были представлены программы по улучшению диагностики и лечения онкологических заболеваний. Опытное жюри из числа представителей областного клинического онкологического диспансера, кафедры онкологии и лучевой диагностики медицинского факультета Ульяновского государственного университета, а также благотворительного фонда имени профессора Олега Модникова более полугода тщательно изучало присланные работы и определяло тройку победителей.

Победу в номинации «Лучшая работа среди молодых врачей» одержала онколог областного клинического онкодиспансера, аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики медицинского факультета им. Т.З.Биктимирова Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета Сириня Идрисова. В номинации «Лучшая работа среди клинических ординаторов и интернов» победила ординатор этой же кафедры Снежанна Генинг, а «Лучшей работой среди студентов» стала научная работа студента 5-го курса медицинского факультета Ульяновского государственного университета Владислава Орёлкина.

Все участники конкурса, занявшие призовые места, отмечены денежными премиями благотворительного фонда имени основателя ульяновской школы онкологов профессора Олега Модникова.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Однако

Просто перепутала кабины...

Наказание вплоть до 6 месяцев лишения свободы грозит бывшей медицинской сестре физиотерапевтического кабинета бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер» Наталье А.

По её вине 17-летний подросток получил многочисленные термические ожоги, что рассматривается как преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности). Заместитель прокурора Центрального округа Омска утвердил обвинительное заключение по уголовному делу в отношении бывшей медицинской сестры. А оно заключается в том, что имеющая весьма большой медицинский стаж сотрудник диспансера перепутала кабины для процедуры. В результате несовершеннолетний пациент получил термические ожоги 2-й степени.

Вину Наталья А. признала полностью. Хотя так и не удалось выяснить, когда она в последний раз повышала свою квалификацию. После случившегося она была уволена, а теперь её дело передано мировому судье судебного участка № 88 в Куйбышевском судебном районе Омска. Будет ли лишена медсестра свободы, станет известно в ближайшее время.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Ориентиры

Человек для Арктики: как его создать?

А также как сохранить его здоровье?

На международном форуме «Технопром-2016», который завершил работу в Новосибирске, состоялось заседание государственной комиссии по развитию Арктики.

– Арктика сейчас будет местом испытания на прочность всех технологий, от одежды до сложных механических устройств, – заявил вице-премьер Правительства РФ Дмитрий Рогозин, руководящий работой госкомиссии.

Он обозначил четыре ключевые темы, имеющие особое значение для развития северного макрорегиона: создание импортозамещающих технологий нефтегазодобычи в Арктике; применение возобновляемых источников энергии; разработка материалов, адаптированных к агрессивной природной среде; современные коммуникации для арктической зоны России.

Но есть ещё одна важная для покорения Севера тема, также обсуждавшаяся в рамках Технопрома-2016, хотя она относится не к технике, а к технологиям здоровья. Эта тема не менее важна, чем разработка устойчивых к морозу металлов и строительство транспортных узлов в условиях полярных льдов. Речь идёт о технологиях ускоренной адаптации человека к неблагоприятным условиям Арктики. Поскольку роботизировать все виды работ по покорению Крайнего Севера в обозримом будущем вряд ли удастся, необходимо подумать о том, как использовать для этой цели человеческий ресурс страны.

Вице-премьер Правительства РФ Дмитрий Рогозин на выставке «Технопром-2016» знакомится с технологиями для покорения Арктики

Экспертами в данной теме выступили учёные медицинских институтов Российской академии наук и ФМБА России. Так, директор Института физиологии Коми Научного центра Уральского отделения РАН доктор медицинских наук Евгений Бойко напомнил, что на здоровье людей на Севере влияют холод, усугубляемый ветром и влажностью, особенности пищи и воды, а также социальный и психологический стресс как следствие работы в тяжёлых условиях. Именно поэтому, считает он, необходимо проводить подготовку людей задолго до выезда в Арктику. А для устранения неизбежных негативных эффектов учёным нужно подумать о создании средств повышения аэробной производительности, то есть способности организма обеспечивать энергетические расходы за счёт кислорода, поглощаемого непосредственно во время работы.

В свою очередь, директор Новосибирского НИИ физиологии и фундаментальной медицины академик РАН Любомир Афтанас считает, что прежде всего необходимо развивать исследования по следующим направлениям: медикаментозные и другие технологии защиты индивидуального здоровья бойцов российской Арктической группировки, средства предотвращения ментальных расстройств при длительном пребывании в неблагоприятных климатических условиях, улучшение методов физиологического мониторинга организма в арктических широтах.

Также учёные предложили Правительству РФ обратить внимание на необходимость создания кровезаменителей, которые были бы эффективны при отрицательных температурах, и на разработку специального «арктического» варианта аппарата искусственной вентиляции лёгких. Ведь оказывать помощь больным и пострадавшим придётся, в том числе, и на месте, учитывая удалённость Арктики от столичных клиник.

Говоря об особых медикаментах, потребность в которых будет возрастать в условиях длительных арктических экспедиций, эксперты назвали препараты на основе нейропептидов – молекул белка, образующихся в нервной системе и регулирующих физиологические функции организма человека. Разработка таких препаратов должна быть ускорена, считает заведующая отделом Института токсикологии ФМБА России Екатерина Батоцыренова, так как очень серьёзная проблема, возникающая у людей в Арктике – это десинхроноз. Нарушение естественного хода биологических ритмов вызывает снижение работоспособности и развитие заболеваний.

В дополнение к теме сохранения здоровья покорителей Арктики заведующий лабораторией Института общей генетики им. Н.И.Вавилова РАН доктор биологических наук Валерий Даниленко предложил обратить внимание на формирование нервных и поведенческих особенностей человека в условиях неблагоприятного климата и ограничений в рационе питания. Он считает рациональным использование психобиотиков – пробиотиков, которые улучшают работу ЖКТ, а также улучшают настроение и снимают усталость.

Отдельно идеи и разработки российских учёных по повышению адаптивных возможностей человеческого организма к жизни и работе в Арктике будут обсуждаться на очередном конгрессе Международного союза по приполярной медицине, который планируется провести в нашей стране.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Сотрудничество

Медики России и Белоруссии укрепляют взаимодействие

Решаются вопросы координации деятельности

Здоровый образ жизни и качество оказания медпомощи – основа взаимодействия России и Белоруссии в укреплении здоровья людей. Это констатировала секция «Организация оказания медицинской помощи – важнейший ресурс сохранения здоровья нации», которая работала в рамках III Форума регионов в Минске.

Участники секции обсудили вопросы консолидации и координации деятельности систем здравоохранения Союзного государства. Речь шла также об основных направлениях развития межрегионального сотрудничества обоих государств в сфере медицины.

Вели заседание заместитель премьер-министра Республики Беларусь Наталья Кочанова, министр здравоохранения Республики Беларусь Василий Жарко и статс-секретарь – заместитель министра здравоохранения РФ Дмитрий Костенников.

Участники заседания отмечали, что основополагающим документом, определяющим основные направления согласованной социальной политики в Республике Беларусь и Российской Федерации, является Концепция социального развития Союзного государства, утверждённая постановлением Высшего Государственного Совета в ноябре 2011 г. Важнейшим достижением стало предоставление равных прав гражданам обоих государств в оказании медицинской помощи.

В частности, приняты согласованные меры в области совершенствования организации медпомощи, идёт процесс комплексной реструктуризации систем здравоохранения с перераспределением ресурсов на более эффективные направления деятельности, развивается институт врача общей практики. В здравоохранении обоих государств внедрены программно-целевые методы управления, используются единые подходы к созданию системы управления качеством медицинской помощи и стандартизации медицинских технологий.

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Козлова отметила важность согласованной социальной политики, проводимой в рамках Союзного государства, в том числе по вопросам оказания медицинской помощи гражданам России и Белоруссии.

По итогам обсуждения предложено включить в итоговый документ III Форума регионов следующие положения: развивать и укреплять взаимное сотрудничество, принимая во внимание значимость медицинской науки для развития медицины Белоруссии и России, способствовать обмену опытом в области научно-исследовательской деятельности, в том числе в сфере общественного здравоохранения, организации услуг здравоохранения и других медико-биологических исследований. В ходе форума подписан ряд двусторонних соглашений.

В пленарном заседании форума, тема которого – «Реализация согласованной социально-экономической политики в Союзном государстве: достижения, проблемы, пути решения и перспективы», приняли участие Президент РФ Владимир Путин и Президент Республики Беларусь Александр Лукашенко.

Первые два форума прошли в июне 2014 г. в Минске и в сентябре 2015 г. в Сочи.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

ОМС

Правительство РФ утвердило проект федерального закона об исполнении бюджета фонда обязательного медицинского страхования в 2015 г., внесённый в Госдуму Министерством здравоохранения РФ. Согласно документу, в прошлом году в Федеральный фонд ОМС поступило 1,5 трлн руб. страховых взносов на ОМС, что на 26,2% больше, чем в 2014 г.

Деньги, которые очень нужны

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование продолжают расти

Страховые взносы на ОМС работающего населения составили в прошлом году 921,3 млрд руб. – на 24,5% больше, чем в 2014 г., взносы на неработающее население достигли 616,2 млрд руб., что на 28,9% выше показателей предыдущего года.

Из федерального бюджета фонд получил 23,8 млрд руб., эти трансферты были направлены на компенсацию выпадающих доходов из-за установленных пониженных тарифов взносов на ОМС для отдельных категорий страхователей. При этом сам ФФОМС передал федеральному бюджету для его сбалансированности 92,1 млрд руб. из своих средств.

Расходы фонда по итогам 2015 г. превысили доходы с дефицитом бюджета в 65 млрд руб. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования получил 1,573 трлн руб. и 1,638 трлн потратил. В 2014 г. бюджет ФФОМС был исполнен по доходам на 100,8%, по расходам – на 102,3%.

Основная часть доходов фонда была направлена на финансирование медпомощи в рамках ОМС в регионах – 1,42 трлн руб. (рост 21,6% к уровню 2014 г.).

Нормированный страховой запас ФФОМС в 2015 г. сформирован в общей сумме 108,2 млрд руб. Большая часть этих средств – 82,6 млрд руб. – была направлена в федеральный бюджет для финансирования в федеральных клиниках ВМП, не включённой в базовую программу ОМС (77,6 млрд руб.), а также региональным бюджетам для софинансирования аналогичной помощи (5 млрд руб.).

Ещё 15 млрд руб. ФФОМС направил в территориальные подразделения для дополнительного финансирования специализированной медпомощи, оказываемой в федеральных учреждениях. Кроме этого, территориальные фонды получили 9,4 млрд руб. на дополнительное финансирование территориальных программ ОМС в связи с изменением валютных курсов при закупке зарубежных препаратов, медизделий и расходных материалов.

На доставку полисов ОМС единого образца было израсходовано 96,8 млн руб. (суммарно расходы по этой статье составили 1,19 млрд руб.).

Также Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в 2015 г. направил трансферты 1,8 млрд руб. (58,5% от утверждённого бюджета) в территориальные ФОМС на единовременные выплаты медработникам, переехавшим на работу в сельскую местность.

Доходы ФФОМС на текущий год планируются в сумме 1,66 трлн руб., а расходы – 1,68 трлн.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Рядом с нами

«Дороги выбрали меня»

Так говорит о своей жизни известный ульяновский врач Светлана Сватенко

Еженедельная врачебная конференция в Ульяновской областной клинической больнице в этот день оказалась не совсем обычной. Она была полностью посвящена проводам на заслуженный отдых основоположницы развития кардиологической и ревматологической служб региона Светланы Сватенко.

«Светлана Михайловна внесла неоценимый вклад в развитие здравоохранения региона, воспитала целую плеяду кардиологов, стала основателем служб, которые играют сегодня решающую роль в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Благодаря её работе удалось сохранить жизни многих пациентов, поднять на новый уровень качество оказания кардиологической помощи», – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь, вручивший ей почётную грамоту Министерства здравоохранения Ульяновской области за многолетний добросовестный труд в деле оказания медицинской помощи населению.

Любимому делу заслуженный врач РФ Светлана Сватенко, действительно, посвятила всю жизнь. В Ульяновской областной клинической больнице она проработала с 1962 по 2016 г. Уже через год после прихода в это лечебное учреждение была назначена кардиоревматологом и главным внештатным кардиоревматологом Минздрава области. При её непосредственном участии с 1964 по 1970 г. в поликлинике областной больницы функционировал кардиоревматологический центр, в рамках которого проводился консультативный приём взрослых и детей, осуществлялась организационно-методическая работа в районах области, статистический анализ по проблемам кардиоревматологии.

В 1970 г. было открыто кардиоревматологическое отделение в областной больнице на 40 коек. Светлана Михайловна была назначена его заведующей.

Первоначально отделение имело преимущественно ревматологическую ориентацию, и это послужило началом развития ревматологической службы области. Здесь лечились и обследовались больные с ревматическими пороками сердца, воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, системными заболеваниями соединительной ткани. Впервые были диагностированы такие заболевания, как системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, другие раритеты из раздела ревматологии, поддерживалась связь с НИИ ревматологии РАМН, проводились выездные циклы повышения квалификации по вопросам ревматологии. Были организованы связи с кардиохирургической клиникой Горьковского медицинского института, которой руководил С.Добротин. Ежегодно осуществлялись выезды кардиохирургической бригады, консультировалось большое количество пациентов с пороками сердца, проводился их отбор на оперативное лечение.

За время работы Светланы Сватенко главным внештатным кардиологом Минздрава Ульяновской области организованы: кардиологическое отделение Ульяновской центральной городской больницы; кардиологическое отделение медико-санитарной части Ульяновского автомобильного завода; кардиологические отделения в центральных районных больницах в городах Инза и Майна, поликлиническо-санитарной части Димитровградского автоагрегатного завода.

Значимыми вехами стало создание областного кардиологического диспансера и загородной больницы реабилитации кардиологических больных на базе участковой больницы в селе Солдатская Ташла.

В 2008 г. были разработаны и внедрены в 45 ЛПУ области (ЦРБ, участковые больницы, офисы врача общей практики) технические возможности для проведения дистанционного анализа суточного мониторирования АД и организован центр дистанционного мониторирования АД на базе кардиологического отделения Ульяновской ОКБ.

С момента организации отделения острого коронарного синдрома в региональном сосудистом центре в 2010 г. Светлана Михайловна работала там врачом-кардиологом.

«Она стала первым сотрудником отделения коронарного синдрома и для меня навсегда останется «кардио-мамой». Горжусь, что являюсь учеником Светланы Михайловны и навсегда запомню её советы и наставления», – сообщил заведующий региональным сосудистым центром Ульяновской ОКБ, главный кардиолог Минздрава Ульяновской области Павел Баров.

Высокую оценку профессиональным и человеческим качествам Светланы Сватенко дала на мероприятии советник-наставник при губернаторе Ульяновской области по направлению «Здравоохранение», председатель Медицинской палаты Ульяновской области, главный врач Ульяновской ОКБ Валентина Караулова.

Что интересно: Светлана Михайловна является представителем уникальной династии Смоленских – Григорьевых – Компаниец – Сватенко. Все члены этой семьи выбрали благородную стезю врачевания, и общий стаж этой семьи в медицине составил 246 лет, из них только в УОКБ – 128 лет.

«Бытует мнение, что якобы мы сами выбираем свои дороги в жизни, но в моей жизни дороги выбирали меня: и в выборе профессии, в выборе кардиологии, – отмечает Светлана Сватенко. – Я никогда не хотела быть администратором, хотела просто лечить людей, однако 30 лет заведовала отделением. Но те годы, когда я работала просто врачом, – самый любимый и счастливый период моей профессиональной жизни...»

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».
Ульяновск.

Слово благодарности

Наш доктор всегда с нами

И мы всегда ему верим

Письма со словами благодарности нашим докторам, всем медикам приходят в «МГ» очень часто. Особенно их много поступило накануне Дня медицинского работника. Благодарные пациенты поздравляют своих врачей. Одно из них поступило в нашу редакцию от семьи Гольбер из Израиля.

Бывшие соотечественники прочитали публикацию в «Медицинской газете» про доктора Виктора Викторовича Севастьянова из Йошкар-Олы (см. «МГ» № 22 от 01.04.2016). У них родилась идея отправить в редакцию и свой рассказ о том, как профессор Севастьянов помог и помогает их семье.

«Нам бы очень хотелось, чтобы вы опубликовали это обращение в редакцию, – говорится в письме. – Огромное спасибо профессору Севастьянову. Знакомство с ним случилось 25 лет назад. Тогда, мы, родители больного ребёнка, искали все возможные пути для его лечения. Но в 90-е годы, когда шла борьба официальных врачебных школ, очень тяжело было понять, есть ли вообще шанс что-то сделать для спасения сына. Илюше в полтора года поставили диагноз ДЦП. Трудно даже представить, сколько бессонных ночей, слёз и седых волос прибавилось у нас, когда мы узнали о столь серьёзном заболевании. Так сложилось, что мы всегда имели немало друзей-врачей. С ними мы и беседовали о новых методах в лечении болезни. Благодаря их советам ездили на лечение в Москву, Кисловодск из Казани, дома оборудовали для сына тренажёрный комплекс. Но лечение шло с минимальным успехом. Его можно было охарактеризовать так: два шага вперёд, а затем обязательно следовал шаг назад.

Однажды днём Лена (мама) смотрела телевизор. По центральному телевидению шла программа новостей. Честно говоря, она не особенно вслушивалась в то, о чём говорили. Нужно было сделать немало домашних дел. Вдруг голос диктора и его слова о ДЦП заставили её прислушаться и поднять глаза на экран. Она увидела детей, обнимающих доктора, и успела зафиксировать в сознании только город: Йошкар-Ола. Ни имени доктора, ни названия больницы не успела запомнить, но до сих пор помнит счастливую улыбку мальчика, который начал ходить и говорить. Напомню, что это было начало 90-х, и звонить на Центральное телевидение даже в голову никому не приходило. Мы решили пойти от обратного: позвонить в Йошкар-Олу. Но куда? В Казани уже тогда была разветвлённая сеть специализированных клиник, включая детский республиканский неврологический центр. А что в Йошкар-Оле? Надеясь на удачу, Лена заказала у телефонистки приёмную главврача Марийской республиканской детской больницы. Как ни странно, но с главным врачом её соединили сразу.

– Конечно, знаю, о ком идёт речь, – заявил он. – Это наш Виктор Викторович Севастьянов.

Это стало поворотным моментом в судьбе нашего ребёнка. Три года поездок и постоянного продвижения вперёд. Использование новейших лекарственных препаратов, электростимуляция по авторской методике, великолепный массаж и тренажёры – всё это вместе позволило ребёнку начать правильно ходить и говорить, и даже посещать обычный детский сад, правда, логопедическую группу. Нашей радости не было границ. Но каждый раз, уезжая из Йошкар-Олы, мы боялись: а вдруг всё вернётся на круги своя, как это было неоднократно раньше. Но жизнь оказалась к нам добра: изменения шли только к лучшему.

Нашему мальчику исполнилось 6 лет. Встал вопрос об определении его в школу. К сожалению, при всей сохранности его интеллекта и значительного улучшения физического состояния в то время в России предлагался единственный вариант обучения – специальная школа для детей-инвалидов. Никакого другого выбора существующая реальность нам не предоставляла, а возможность уехать за границу была.

По приезде в Израиль мы сразу же обратились к врачам с просьбой о помощи в дальнейшем лечении ребёнка. Нам посчастливилось попасть на приём к одному из ведущих нейрохирургов, имеющего мировую известность.

Изучив снимки томографии за несколько лет, он сказал следующее: «Имеющиеся на данный момент методики не позволяют добиться такого прогресса, которого достиг ваш доктор в России. Благодаря ему вы избежали сложнейшей нейрохирургической и массы ортопедических корректирующих операций».

...Наш мальчик давно вырос и чувствует себя полноценным гражданином общества. Он окончил обычную школу, учится в институте. Даже живя за границей, мы смогли несколько раз приехать к любимому Виктору Викторовичу на консультацию.

Прошло 20 лет, и судьба вновь решила нас испытать. Всё чаще и чаще стало казаться, что Рафаил (муж) плохо видит. Вначале он стал бояться водить машину ночью. Потом не замечал упавшие под ноги предметы. Офтальмолог поставил диагноз – атрофия зрительного нерва. Ведущие специалисты вынесли вердикт: заболевание не лечится, будем бороться за оставшиеся проценты зрения. Для работающего человека, которому до пенсии ещё целых 10 лет, это прозвучало как приговор. Почти сразу в голове возникла чёткая мысль: если кто и сможет помочь, то только Виктор Викторович.

И снова звонок в Йошкар-Олу: доктор, помогите, одна надежда на вас!

И вновь знакомый город, первый курс лечения и появившаяся надежда на лучшее. Надежда постепенно превращается в уверенность, что самое страшное мы уже пережили. Результаты говорят сами за себя. Вернулось ночное зрение, появилась уверенность в движениях.

Мы хотели бы сказать слова искренней благодарности за профессионализм и душевное тепло, которые дали нам Виктор Викторович Севастьянов и коллектив его сотрудников! Поверьте, нам есть с чем сравнивать. Не уставать в ваших сражениях за здоровье детей!»

Лена и Рафаил ГОЛЬБЕР.
Израиль.

В НИИ – Краснодарской краевой клинической больнице № 1 им. С.В.Очаповского Минздрава Краснодарского края всё подчинено слаженному ритму – лечение больных проходит максимально быстро и эффективно. Об этом свидетельствует и официальный рейтинг количества и успешности операций, который даётся в книге «Торакальная хирургия – 2014. Справочные материалы к докладу главного внештатного специалиста по торакальной хирургии Минздрава России».

Эти материалы подготовлены Ассоциацией торакальных хирургов России, профильной комиссией по этой специальности экспертного совета, Научно-исследовательским институтом фтизиопульмонологии Минздрава России. При таком огромном количестве операций трудно обеспечить высочайшее качество лечения каждого больного. Но организационные технологии, контроль качества лечения в соответствии с клиническими протоколами и порядками всё-таки позволяют это сделать.

«Медицинская газета» уже сообщала, что центр грудной хирургии в Краснодаре почти 15 лет назад был объединён с главной краевой больницей. Первая клиника, сохранившая свою структуру и после реорганизации, уникальна. Кардиохирургия и торакальная хирургия работают там «под одной крышей» – это сейчас функциональное подразделение, которое называется «Центр грудной хирургии». В России лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь одновременно по этим двум направлениям, всего 4. Это Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского, Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Научно-исследовательский институт – Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского.

О настоящем и будущем торакальной хирургии наш разговор сегодня в ККБ № 1.

Главная тема

Дышать полной грудью...

Торакальная хирургия: инновации, достижения и проблемы

Когда прогноз неблагоприятный

Рак лёгкого специалисты называют коварным заболеванием. До определённой стадии опухоль не вызывает боли, не проявляет себя какими-то симптомами, которые характерны именно для этой онкологической патологии. Единственный путь к её своевременной диагностике – прохождение ежегодного рентгеновского исследования лёгких или компьютерной томографии. Именно диспансеризация может не допустить выявление рака лёгкого на поздней стадии. Это заболевание также невозможно почувствовать самому человеку, а врачам в дальнейшем, даже если и выявили, крайне трудно добиться стабилизации, так как это зачастую уже очень распространённый процесс.

По словам главного онколога Минздрава России, директора Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академика РАН Михаила Давыдова, каждый год в нашей стране раком лёгкого заболевают около 70 тыс. человек. И пока говорить о том, что заболеваемость в ближайшее время уменьшится, не приходится.

Что популярность сигарет превратит Россию и Китай в мировых драйверов распространения рака лёгких, учёные предсказывали ещё 15 лет назад на Всемирном конгрессе по онкологическим заболеваниям в Мельбурне. В Китае при населении, в 9-10 раз большем, чем в России, в аналогичной пропорции растёт и заболеваемость раком лёгкого. И тем не менее для нашей страны с её демографическими проблемами рак лёгкого – серьёзный вызов здоровью населения. Пока не будет принята программа профилактики на государственном уровне, ситуация не изменится. Ведь расставшись с вредной привычкой, курильщики только через 15 лет имеют риск развития рака лёгкого не меньше, чем никогда не курившие люди.

Правильное управление лечебным процессом (LEAN-технология)

«Бережливое здравоохранение» – создание условий для улучшения качества оказания медицинской помощи и сокращения стоимости оказанной услуги при более быстром восстановлении пациента: предполагает создание плана ведения больного согласно его патологии, детально расписываются все действия персонала от момента поступления пациента до выписки (когда питаться, заниматься, ходить, принимать лекарства, проходить реабилитацию) – создаются листы-стандарты проводимого лечения.

Есть и такой печальный фактор. В одном из своих выступлений главный кардиохирург Минздрава России, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, академик РАН Лео Бокерия подчёркивал, что вдыхающие табачный дым так называемые пассивные курильщики, согласно рандомизированным исследованиям, болеют раком лёгкого также часто, как и люди, которые курят сами.

– В лечении рака лёгкого происходят изменения, – говорит главный врач НИИ-ККБ №1 им. С.В. Очаповского, заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии факультета повышения квалификации Краснодарского государственного медицинского университета, главный торакальный хирург Минздрава Краснодарского края, член-корреспондент РАН Владимир Порханов. – Ещё десятилетие назад в России у 100 человек, у которых был выявлен рак лёгкого, 5-летняя выживаемость не превышала 5%. Главная причина – 50-70% больных обращались в лечебные учреждения с уже запущенными формами. Это не значит, что им нельзя было помочь. Прийти на помощь можно, но вылечить – выше сил любого хирурга или онколога. Прежде всего, существующая рентгеновская диагностика рака лёгкого не может гарантировать раннего выявления опухоли – средний выявляемый размер опухоли при этом виде диагностики 4 см – это далеко не ранняя стадия! Для примера можно сказать, что даже обнаруженное маленькое плотное пятнышко размером в 1 см в лёгком ещё не является гарантией того, что опухоль не сумела поразить соседние органы. Отсюда очевидно, что крайне важно выявлять опухоль как можно раньше. Лучше всего – с помощью компьютерной томографии, позволяющей увидеть в лёгком или просвете бронха образования размером в несколько миллиметров.

По словам В.Порханова, сказать, что обнаруженное затемнение и есть предтеча страшного недуга, не всегда можно. Когда у больного появляется микроочаг, его надо взять под наблюдение. Через несколько недель или месяцев вновь провести исследование, сопоставив данные с предыдущими, оценить, увеличилось ли новообразование в размерах. Если «да», то обследованного надо срочно госпитализировать и готовить к тонкоигольной биопсии и, если диагноз подтверждается гистологически, с помощью видеоторакоскопического вмешательства или робототехники удалить часть лёгкого, поражённого опухолью.

Статистика показывает, что 95% больных раком лёгкого, выявленного на ранних стадиях, переживет 5-летний рубеж. Об этом немало публикаций в научных журналах, подготовленных специалистами ведущих медицинских центров США. Поэтому задача хирурга и онколога, всех, кто причастен к лечению – выявлять опухоль, когда в организм не «проросли» убийственные метастазы.

– Есть и другая сторона проблемы, которая может быть решена при раннем выявлении опухоли, – продолжает Владимир Алексеевич. – При диагностике запущенной формы рака лёгкого хирургу приходится удалять все или значительную часть лёгкого, лимфоузлы, сосуды, в которые проросла опухоль. То есть идти на огромные операции, калечащие больных, приводящие к инвалидности, но спасающие им жизнь. А в первом случае достаточно удалить маленький сегмент лёгкого, в результате саму операцию пациент порою и не заметит. Послеоперационная летальность будет низкой, а осложнения – незначительными, то есть польза для больного и всего общества колоссальная.

Владимир Порханов

Профессор Порханов – один из ведущих торакальных хирургов нашей страны. Под его умелым и строгим руководством ККБ № 1 достигла результатов, которые кажутся фантастическими в региональной практике. Но они действительно такие. В ККБ № 1, например, за прошлый год сделано более 200 операции на лёгких с помощью трансстернального доступа, осуществлено более 300 повторных вмешательств, выполнено 6 трансплантаций лёгких, более 600 симультанных вмешательств.

На вопрос, почему такие результаты достигнуты только в единичных регионах, он отвечает:

– Я думаю, причин несколько, но начинать надо с профилактики. У нас в крае активно используются такие формы, как «онкологический патруль». Бригады специалистов выезжают в отдалённые районы, проводят диспансеризацию населения. Но медицина будет эффективной только тогда, когда применяются современные технологии. Именно они позволяют провести диагностику рака лёгкого на ранних стадиях, исключив при этом гипердиагностику. Например, в Краснодарском крае сегодня в лечебных учреждениях насчитывается 63 мощных компьютерных томографа. Конечно, обследовать на предмет выявления рака лёгкого всё население – верх расточительности. На подобный всеобъемлющий скрининг не хватит ни сил, ни средств. Его лучше провести среди групп риска, к которым относятся курильщики и лица, достигшие 55-летнего возраста. Вот их и надо направлять на КТ, позволяющую идентифицировать мельчайшие очаги в лёгких.

Следующий этап – создание базы данных – регистра, который поможет классифицировать, проверить через какое-то время каждый случай на вероятность перерождения опухоли. Чтобы интерпретация проходила объективно, полученные результаты КТ должны быть сопоставлены со старым снимком. Станет ясно, как изменяется очаг по размеру, объёму, цвету. Специалисты получат ясный ответ о риске развития опухоли. И вот когда подтвердится худшее, должна быть задействована передовая хирургия.

К сожалению, даже высочайшее искусство хирурга не в силах спасти такого количества больных, как это могут сделать направленный скрининг и раннее выявление заболеваний. Мне возразят, что о мастерстве хирургов судят по их оперативной технике, умению сделать труднейшие операции. Например, убрать часть перикарда, рёбра, позвонки, аорту при поражении их раком. Недавно прочитал интересную статью в научном журнале о том, как французские коллеги прооперировали больного с огромной опухолью на спине. Торакальный хирург действительно должен уметь сделать операцию любой сложности. Но всё-таки государственный подход – проводить скрининг на рак лёгкого и оперировать в подавляющем большинстве случаев малые фор-

Изменение качественных показателей рака лёгкого в Краснодарском крае в 1997-2015 гг.

- ***Число первичных больных – 1800-2200 человек ежегодно.***
- ***Одногодичная выживаемость при IV стадии – увеличение в 2,7 раза.***
- ***Число пациентов, оперируемых с ранними стадиями, увеличилось в 2 раза.***
- ***Число пациентов, состоящих на учёте 5 и более лет, увеличивается прогрессивно: 1996 г. – 3120 человек, 2010 г. – 4050 (+26%), 2015 г. – 4502 (+44%).***

Что предпринято на Кубани (кафедра онкологии, ККБ № 1)

Разработка программы оценки узелковых очагов в лёгких по типу LungRADS.

Выявление групп риска (выкуривающие больше одной пачки сигарет в день и лица старше 50 лет) – в основном это пациенты из пульмонологических отделений или обратившиеся к терапевту.

Специальная томография (с толщиной среза 1 мм) и передача снимков в референсный центр ККБ № 1: анализ, отбор пациентов под наблюдение, сейчас формируется база данных.

Цель ранней диагностики рака лёгкого: не «унесение» лёгкого, пищевода, сердца и головного мозга одновременно!

До 2008 г. на Кубани выявление «очень ранних» форм было достаточно редким явлением.

В 2015 г. выявлено уже 18 ранних (преинвазивных) форм рака лёгкого. Они все прооперированы видеоторакоскопически.

мы. И это надо чётко понимать. Иначе хирургия превращается в неблагодарную работу, когда радикальные вмешательства проводятся с малопрогнозируемыми, травматичными результатами, а сами операции длятся часами.

Диагностика по запаху

Сегодня медицинская техника делает потрясающие шаги в своём развитии. Специальный детектор в состоянии улавливать изменения газового состава воздуха, выдыхаемого из лёгких. Его работа построена на том, что метаболизм в опухоли отличается от обмена веществ в здоровой лёгочной ткани. То есть учёные научились определять сигнальные молекулы, позволяющие сделать вывод о начале онкологического заболевания. Сотрудники больницы № 1, Кубанский государственный медицинский университет и Кубанский государственный университет начали заниматься этой интересной проблемой – будущее это разработка алгоритма определения молекул на основе российской аппаратуры по исследованию состава выдыхаемого из лёгких воздуха. Всё только начинается, но думается, всё получится. Когда завершатся все положенные клинические исследования, отпадёт потребность в проведении биопсии подозрительного очага

Понадобилось около 15 лет, чтобы обучить около 500 врачей различных специальностей. В итоге отделение торакальной хирургии в ККБ № 1 перестало «заполняться» только больными лишь с эмпиемой плевры!

через грудную стенку. Можно будет не назначать неприятную для больного и затратную для стационара бронхоскопию. Подобные клинические испытания, кстати, ведутся и в странах ЕС и в США.

Свой вклад в повышение качества лечения рака лёгкого вносит компьютерная навигация. Для этого рентгеновское исследование в разных проекциях или компьютерная томография «накладывается» на особую магнитную доску. В результате создаётся виртуальная картина бронхиальных путей конкретного человека. А дальше бронхоскоп со специальным проводником, используя GPS-навигацию, прокладывает путь к опухоли. Чтобы оценить качество вмешательства, не нужен рентгеновский контроль. Операция идёт точно по пути, который был проложен при планировании вмешательства. Для торакального хирурга это очень удобное изобретение. Поскольку на ранних стадиях найти точно опухоль в лёгких является делом довольно сложным. Но эта методика только появляется в России, а врачи из клиники уже прошли обучение.

– Мы стали способны применять экономную резекцию, – рассказывает ещё об инновациях в торакальной хирургии В.Порханов. – Хирургу надо быть уверенным, что в поражённом сегменте лёгкого частицы опухоли удалены полностью, ничего не оставлено. Для этого можно ввести перед операцией в интересующую зону лёгкого специальный краситель, облучая потом плевральную полость особым источником света, можно увидеть свечение зоны, поражённой опухолью, вот этот участок и удаляют.

Другое направление работы – замещение больших дефектов грудной клетки трупным каркасом. Это позволило избежать использования синтетических материалов, которые не всегда приживаются, да и весьма дорогостоящие. А специальная методика по обработке каркаса позволяет избежать приёма иммуносупрессантов, предотвращающих отторжение органа.

Идёт операция на трахее

Результатом огромной работы в ККБ № 1 можно назвать тот факт, что 10-15 лет назад в торакальных отделениях краевой больницы оперировалось только 5% больных на ранних стадиях рака лёгкого, теперь же этот процент приближается к 25-30%. И это говорит о достижениях Краснодарского края в области проведения профилактических мероприятий и внедрения новых технологий. Благодаря усилиям всей медицинской службы удаётся ежегодно своевременно выявить 2 тыс. новых случаев рака лёгкого, под наблюдением находится уже 4,5 тыс. больных, перешагнувших 5-летний рубеж, это на 44% больше, чем в 1997 г.

Централизация диагностики и лечения

– С 1993 г. в крае работает и ведёт амбулаторный приём пульмонологическая комиссия. Практически это 3 торакальных хирурга, 3 пульмонолога, онколог, 2 бронхолога, фтизиатр, – продолжает Владимир Алексеевич. – На том, что диагностика подозрительной патологии лёгких должна осуществляться в одном месте, настаивали ещё наши учителя – академики Лев Богуш и Михаил Перельман. Но чтобы осуществить на практике подобную модель, надо целенаправленно решать целый ряд проблем.

В краевой больнице 85% всех диагностических исследований, начиная с компьютерной томографии и бронхоскопии (в том числе с биопсией), лабораторные исследования проводятся в течение одного дня. А окончательный результат обследования биопсированного материала поступает в течение 3 ближайших дней. Фактически специалисты краевой больницы всего за один день принимают решение, требуется или нет госпитализация. Для консультации торакального хирурга специально не вводят никакие талончики, ограничения, а приём ведут до последнего больного. За 3 месяца здесь обследовалось население целого сельского района. Если же устраивать врачебную «карусель»: писать направления к различным специалистам, ждать, пока больной вернётся после консультации и исследования, то лучше оказывается «живая» очередь. Тем более что многие приезжают в краевую больницу из сельских районов. Они, как правило, планируют утром приехать в Краснодар, а вечером вернуться домой.

Результаты централизации диагностического этапа таковы: число пациентов, обращающихся с пульмонологическими проблемами в ККБ № 1, увеличилось во много раз: с 3 тыс. в 1997 г. до 34 тыс. в 2015 г. Последовательно выросло и количество выявленной патологии – в 2 раза. Результатом этого стало и количество операций на бронхолёгочной системе, выросшее с 700 до 3000 в год!

Всё познается в сравнении

Профессор Владимир Порханов любит чёткость в формулировках. Поэтому сразу расставляет акценты:

– Давайте посмотрим на опыт США. Если в этой развитой стране делается порядка миллиона операций на сердце и такое же количество стентирований, то России до подобного масштаба ещё далеко. Но учитывая, как мало таких вмешательств осуществлялось совсем недавно, можно сказать, что кардиохирургия развивается семимильными темпами. И это позитивная тенденция, особенно учитывая, что сердечно-сосудистая патология остаётся основной причиной смертности россиян. Поэтому идёт рост количества специализированных центров, уменьшается число открытых операций за счёт применения рентгеноэндоваскулярных, все больше молодых, активных кардиохирургов можно встретить на научных симпозиумах. Другое дело, что число торакальных хирургов в РФ меньше, чем кардиохирургов, в 10 раз!!!

Вероника Скворцова, министр здравоохранения РФ, побывавшая недавно в Краснодаре:

– Научно-исследовательский институт – Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского сегодня – это фактически федеральный медицинский центр с 18 кафедрами по всем основным направлениям, принимающая более 100 тыс. человек в год в стационарных отделениях. Мы гордимся больницей, где лечатся люди со всей страны. Я вижу здесь дух настоящего отечественного клиницизма.

По признанию В.Порханова, в торакальных центрах и отделениях выполняется не слишком много лёгочных операций (например, их количество только при туберкулёзе должно быть увеличено в 2-3 раза). Наблюдается возрастание доли пожилых хирургов, ощущается и дефицит специалистов в ряде лечебных учреждений. И главное, нет эффекта миграции кардиохирургов в торакальную хирургию (как это наблюдается в странах Запада), сказываются особенности подготовки врачей в нашей стране. Коечная мощность торакальной хирургии составляет 3945 коек (+370 детских), в них ежегодно выполняется порядка 55 тыс. операций. Наиболее частая патология, которой занимаются в них: рак, туберкулёз, неспецифические заболевания лёгких, травма, врождённые аномалии. Самое сложное положение дел сложилась в противотуберкулёзной службе. В диспансерах и больницах неплохо оперируют малые формы туберкулёза. Но когда дело касается больших вмешательств, требующих огромных усилий со стороны хирургов, то их проводится явно недостаточно. В результате больные с огромными поражениями лёгких безуспешно лечатся годами, заражают окружающих микобактериями, когда находятся вне стационара. Да, собираются профильные конференции, школы, мастер-классы, но положение дел в торакальной хирургии меняется медленно.

Аккредитация не оставит в беде

Положение может изменить аккредитация специалистов. В большинстве стран мира сертификационная и лицензионная работа находится под контролем врачебных обществ или ассоциаций, зачастую выведена из-под влияния государства. Однако в этом случае общество врачей несёт прямую ответственность за выданный сертификат. В то же время в нашей стране неясный статус «ассоциаций» и «обществ врачей» не позволяет выполнять им эту функцию.

Кроме того, крайне важно, какие изменения претерпит медицинское образование. Сегодня выпускник медицинского вуза может проучиться 2 года в ординатуре по хирургии, пройти не менее 500 часов профессиональной переподготовки и получить сертификат специалиста по профилю «торакальная хирургия». Но этого может быть недостаточно.

Давайте обратимся к опыту других стран. В США – длительность подготовки специалиста такого уровня составляет 9 лет, ресертификация проводится через 10 лет. В Швейцарии подготовка длится 7 лет, столько же она продолжается во Франции. То есть на практике в развитых странах врачу надо пройти многоэтапную подготовку по различным разделам хирургии, которая продолжается 4-5 лет. А она предусматривает изучение всех видов хирургии, образно говоря, изучение особенностей проведения – от обычной аппендэктомии до резекции желудка, удаления доли лёгкого. После этого сдаётся экзамен, в зависимости от набранных баллов будущих хирургов распределяют по специализациям. К сожалению, в нашей стране не много врачей хотят стать торакальными хирургами (непрестижная специальность? – нет, наверное, очень тяжёлый и зачастую «неблагодарный» труд).

По словам В.Порханова, не случайно на Западе хирурги так долго учатся, приобретая огромное количество навыков, прослушав сотни лекций, прочитав огромную массу профессиональной литературы, в операционную их допускают после долгих лет учёбы.

– В России торакальные хирурги становятся квалифицированными специалистами, зачастую обучаясь на рабочем месте, – говорит он. – Хорошо, если они делают это под руководством опытных наставников, в клиниках, проводящих огромное количество операций. Но ведь бывает грустно, когда хирург, оперирующий на лёгких, не может подключить искусственное кровообращение, просит помощи, чтобы ушить рану сердца. Нельзя сказать, что положение дел совсем не меняется. Сегодня торакальный хирург учится по новым правилам в ординатуре 3 года. Но мне кажется, надо пойти дальше. Чтобы стать кардиохирургом или торакальным хирургом необходимо учиться принципиально больше.

В настоящее время торакальная служба нуждается в дальнейшем развитии – создании центров по принципам органности. Необходимы структурные изменения, улучшение системы образования, мультидисциплинарная интеграция с созданием локальных референтных центров, в основе которых будут лежать технологии ранней диагностики заболеваний лёгких и современные хирургические технологии.

Профессор Порханов вспоминает, как он присутствовал во время сдачи экзаменов в Американском торакальном обществе, когда на вопросы отвечали состоявшиеся хирурги. Никаких поблажек, вопросы в билетах задавались самые разноплановые: об истории торакальной хирургии, анатомической структуре пищевода, алгоритме выполнения вмешательства при травме. Коллеги отвечали обстоятельно, так как подход к экзамену был абсолютно принципиальный. Да, специалисты в США могут не знать автора «Над пропастью во ржи» – Джерома Сэлинджера или всемирно известного композитора Петра Чайковского... Но всё, что касается их профессии, они не просто знают, а знают блестяще....

К таким знаниям, обретению подобного колоссального опыта и нам надо стремиться. Иначе не будет движения вперёд.

...Автор этих строк знакомился с принципами работы пульмонологической комиссии в ККБ № 1, когда в кабинет зашёл профессор Владимир Порханов. В это время торакальный хирург объяснял пациентке Р. – медицинской сестре из Новороссийска, что КТ выявило на её снимке маленькую опухоль. Девушка была явно испугана, узнав о том, что ей предстоит биопсия и видеоторакоскопическая операция.

– Наши хирурги проведут её на следующий день так, что и заметного шрама не останется, – вступил в разговор, посмотрев результаты КТ, профессор В.Порханов. И она, до этого настаивающая на проведении повторного исследования, узнав главного врача, поверила ему и пообещала, что приедет на госпитализацию с оптимистическим настроем.

– Крайне важно профессионально выполнять свою работу, верить в лучшее, чётко определять цели и задачи, к которым стремишься и будешь реализовать в ближайшее время, – убеждён Владимир Алексеевич.

В умении добиваться задуманного Порханову явно не откажешь...

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Краснодар.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 41 (1980)

Современная стратегия развития паллиативной медицинской помощи в России

Достижения современной медицины, появление новых медицинских технологий позволяют успешно справляться с многими заболеваниями, которые ранее считались неизлечимыми. Тем не менее у этих достижений есть и оборотная сторона – с каждым годом возрастает количество больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (злокачественные новообразования, последствия нарушения мозгового кровообращения, хроническая почечная и печёночная недостаточность в терминальной стадии, СПИД, состояния после травмы позвоночника и перелома шейки бедренной кости и др.) Улучшение качества жизни пациентов с конечной стадией хронических прогрессирующих заболеваний является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, помочь решению которой призвана паллиативная медицина.

Согласно данным Росстата, в России ежегодно от различных заболеваний умирают 1 686 456 человек, из них от злокачественных новообразований 291 775 и от неонкологических заболеваний 1 394 681 человек. По данным экспертов паллиативной медицины, потребность в паллиативной медицинской помощи может быть рассчитана как доля, составляющая от 37,4 до 89% всех умирающих больных, из которых 1/3 онкологических и 2/3 неонкологических. В соответствии с этим можно предположить, что в России количество пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, может составлять около 1 млн человек.

При этом в настоящее время паллиативная медицинская помощь оказывается преимущественно онкологическим пациентам, а неонкологические больные могут её получить только в ряде регионов РФ, имеющих центры и больницы паллиативной медицинской помощи, такие как Москва, Иркутск, Липецк, Астрахань, Сыктывкар и др. Учитывая, что онкологические больные составляют только 1/3 часть, очевидна необходимость равной доступности паллиативной медицинской помощи как онкологическим, так и неонкологическим больным.

Анализ международного опыта показывает, что паллиативная медицинская помощь оказывается не только в хосписе, большая часть пациентов находится в стационарных отделениях многопрофильных больниц и госпиталей, огромный вклад вносят патронаж этих пациентов и домашний уход, причём эти виды могут комбинироваться.

В связи с увеличением количества больных, нуждающихся в паллиативной медицине на финальной стадии своей жизни, важный вопрос, который должен быть решён системой здравоохранения – как построить эффективную систему оказания паллиативной медицинской помощи на основании современных международных принципов развития паллиативной медицины, а также демографических, эпидемиологических и социально-экономических особенностей.

ВОЗ определяет паллиативную помощь как подход, улучшающий качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с трудностями, связанными с неизлечимой болезнью, путём использования принципов ранней диагностики и предупреждения различной симптоматики, в том числе боли, а также физических, психосоциальных и психоэмоциональных проблем.

К сожалению, не только в широких кругах, но даже и среди медицинских работников существует несколько искажённое представление о сущности паллиативной медицины. Дело в том, что термин «паллиативный» является заимствованным, попал в русский язык в 60-70-е годы XIX в. вместе с широкой струёй научных, особенно естественно-научных и медицинских терминов, и распространился в общелитературном языке в значении «полумера, мероприятие, дающее только временный выход из затруднительного положения».

На самом деле основными целями паллиативной медицины являются поддержание у больного стремления к жизни при одновременном восприятии смерти как естественного процесса, обеспечение уменьшения боли и смягчение других тягостных симптомов, психологическая и духовная поддержка больного и его родственников, обеспечение системы мер, поддерживающих у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь, вплоть до самой смерти, обеспечение мер оказания помощи семье больного во время его болезни, а также его кончины.

Паллиативная медицинская помощь складывается из двух больших компонентов – это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Паллиативная медицинская помощь основывается на уважении индивидуальных особенностей каждого человека как личности – с его уникальной историей, взаимоотношениями и культурой. Это уважение, в частности, отражается в предоставлении наилучшей медицинской помощи с использованием достижений последних десятилетий, чтобы дать людям лучшие шансы на полноценную жизнь вплоть до последнего вздоха.

По мнению авторитетных международных организаций, таких как Европейская ассоциация паллиативной помощи, Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи, паллиативная медицина должна являться необходимой и неотъемлемой частью системы здравоохранения. Достижение этого принципа требует развития сервисной модели своевременного оказания паллиативной медицинской помощи на сновании принципов доступности и раннего включения в процесс непрерывного оказания медицинской помощи неизлечимым больным, наличия стратегической связи между паллиативной медицинской помощью и программами профилактики, раннего выявления и лечения заболеваний.

Паллиативная медицинская помощь должна рассматриваться в комплексе с основным, радикальным лечением, постепенно адаптируясь к изменениям в состоянии больного, его психосоциальным и духовным потребностям, учитывая также нужды членов семей пациентов и лиц, осуществляющих уход за больными.

Современная паллиативная медицина была сформирована на протяжении второй половины XX века, её возникновение связано с именем Сесилии Сандерс, основателя хосписного движения в Великобритании. Исторически онкологическое отделение Всемирной организации здравоохранения явилось лидером в создании паллиативной помощи как неотъемлемой и решающей составной части четырёх основных областей национальных программ по контролю рака. В 1970-е годы группа экспертов под эгидой ВОЗ начала кампанию за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах, ведущими среди которых были Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия.

Паллиативная помощь принимает статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития. Всё это позволило изменить отношение к понятию неизлечимости заболевания и помощи больному, когда смерть неотвратима: «Пациенты с инкурабельным заболеванием не должны более рассматриваться как медицинская неудача, для которых ничего более не дано. Они нуждаются в паллиативной помощи, которая не означает второразрядной недостаточной помощи, но лечения, в котором большинство людей будет иметь надобность в определённый момент их жизни, и многого со времени постановки диагноза, требующего значительного искусства, и получение того, что обычно приносится в предупреждение, изучение и лечение болезни» (Dr. Michael Kearney).

В 1996 г. паллиативная помощь была включена в IndexMedicus под термином «паллиативная помощь» (palliative care) в дополнение к имеющимся определениям «терминальная помощь» (1968) и «хоспис» (1980). В Австрии, Канаде, Великобритании и США создаются академические структуры паллиативной помощи. Основываются Европейская, Американская и Канадская ассоциации паллиативной помощи, а также различные национальные и неправительственные организации, предметом деятельности которых полностью или частично является паллиативная помощь.

За последнее десятилетие множество исследований было посвящено изучению вопроса о формировании и внедрении эффективной сервисной модели паллиативной помощи с учётом демографических, социально-экономических и культурно-этнических вопросов. На основании данных исследований был сделан вывод о том, что современная система организации паллиативной помощи должна обеспечивать комплексное предоставление всех видов паллиативной помощи, широкую осведомлённость о паллиативной медицине, неограниченный доступ к опиоидным анальгетикам, понимание влияния паллиативной помощи на показатели общественного здоровья и здравоохранения, развитие образовательных центров по подготовке специалистов по паллиативной помощи, а также наличие национального профессионального врачебного сообщества по паллиативной медицине.

В нашей стране паллиативная медицина начала активно развиваться в середине 80-х годов прошлого столетия как медицинская помощь неизлечимым онкологическим пациентам. С начала 90-х годов XX века паллиативная помощь онкологическим больным в России оказывалась амбулаторно в кабинетах противоболевой терапии, стационарно – в хосписах и отделениях паллиативной помощи. В ноябре 2011 г. был издан Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором был определён новый вид медицинской помощи: «паллиативная медицинская помощь», что явилось важнейшим событием для дальнейшего развития и повышения доступности паллиативной медицины.

В Государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждённую постановлением Правительства РФ № 294 от 15.04.2014, включена подпрограмма 6 «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям», целью которой является повышение качества жизни неизлечимых больных за счёт решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при прогрессировании заболевания.

Задачами данной подпрограммы являются:

- создание эффективной службы паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам;
- повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников;
- обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов;
- повышение удовлетворённости пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

В 2015 г. вышли новые приказы МЗ РФ № 187н от 14.04.2015 «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» и № 193н от 14.04.2015 «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям», в которые были включены ранее отсутствующие положения о правилах организации деятельности хосписа, выездной патронажной бригады и подразделений сестринского ухода.

Таким образом, в настоящий момент создана необходимая нормативно-правовая база для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в РФ. Тем не менее на пути организации паллиативной медицинской помощи существует ряд барьеров, которые могут препятствовать успешной интеграции принципов паллиативной медицины в систему здравоохранения:

- правовые и регуляторные, в том числе касающиеся порядка применения наркотических анальгетиков;
- недостаточный уровень квалификации специалистов по паллиативной помощи, недостаточный уровень знаний и навыков участковых врачей и медсестёр;
- финансовые и организационные барьеры для внедрения современных технологий паллиативной медицинской помощи в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных.

При анализе нормативно-правовой базы можно отметить следующие регуляторные вопросы, требующие доработки:

- диспропорция в доступности комплекса медицинских вмешательств в полном объёме в пользу преимущественно медико-социальной помощи;
- отсутствие указания юридического статуса хосписа как самостоятельной медицинской организации, что создаёт иллюзию о возможности развернуть такую структуру в виде подразделения в медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь;
- недостаточное рекомендуемое штатное расписание отделения паллиативной медицинской помощи;
- из функции отделения паллиативной медицинской помощи исключена важная позиция о развитии методологии проведения в полном объёме комплекса медицинских вмешательств, направленных на улучшение качества жизни онкологических и неонкологических пациентов, что лишает перспективы внедрения таких технологий, как малоинвазивная хирургия (стомирование, реканализация, стентирование); респираторная поддержка с режимами вспомогательной вентиляции лёгких; детоксикация (фотомодификация крови, энтеросорбция); фотодинамическая терапия (наружная и эндоскопическая); регионарное обезболивание с использованием портов, помп и дозаторов; нутритивная поддержка, в том числе с использованием помп;
- недостаточное внимание к возможности госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи неонкологических больных, страдающих выраженным труднокупируемым болевым синдромом;
- отсутствие в порядках оказания медицинской помощи по профилям заболеваний положений об оказания паллиативной медицинской помощи пациентам, в том числе с применением наркотических анальгетиков, как это указано в приказе Минздрава России № 915н от 15.11.2012

«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология»;

● восстановление в новой редакции порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению положений об организации работы Центра паллиативной медицинской помощи.

Российские эксперты по паллиативной медицине (Г.Новиков с соавт., 2015) подготовили ряд предложений по формированию организации региональной модели паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ с учётом её равнозначной доступности для населения. В Российской Федерации в связи с различием субъектов по географическим, демографическим и экономическим показателям, не представляется возможным организовать систему паллиативной медицинской помощи по единой модели. Эксперты сформировали два типа региональных моделей для субъектов РФ с народонаселением до 2 млн человек и более 2 млн человек.

Обе модели предполагают комплексный подход в организации паллиативной медицинской помощи с возможностью её оказания в амбулаторных условиях, на дому с участием выездной патронажной службы и в стационаре. Основу региональной модели с народонаселением более 2 млн составляет больница (центр) паллиативной медицинской помощи, которая находится в тесном функциональном взаимодействии с другими подразделениями паллиативной медицинской помощи. Данные модели предполагают тесное взаимодействие между командами специалистов по паллиативной медицинской помощи и по профилю основного заболевания пациента.

Такой подход позволит эффективно использовать имеющиеся ресурсы медицинских организаций для оказания комплекса медицинских вмешательств онкологическим и неонкологическим больным для контроля боли и облегчения других тяжёлых проявлений заболевания.

Огромное значение для развития системы паллиативной медицинской помощи играет подготовка кадров, а именно – специалистов по паллиативной медицине, а также повышение квалификации всех медицинских работников по вопросам, относящимся к паллиативной медицине, в первую очередь врачей общего профиля. Первый в России курс паллиативной помощи был открыт в феврале 1999 г. при кафедре онкологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, и за 12 лет работы было обучено 1433 специалиста, занятых оказанием паллиативной помощи в субъектах РФ, преимущественно онкологическим больным.

Коллективом курса паллиативной помощи была разработана «Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии» (2000 г.), а также выпущены методические рекомендации, монографии и курс лекций по паллиативной помощи.

В феврале 2013 г. была создана первая в России кафедра паллиативной медицины на факультете дополнительного профессионального образования МГМСУ им. А.И.Евдокимова. К настоящему моменту повышение квалификации по вопросам паллиативной медицинской помощи прошли более 900 врачей лечебных специальностей из Москвы и других субъектов РФ.

В рамках межвузовского сотрудничества при участии кафедры разработаны рабочие учебные программы по паллиативной медицинской помощи для дополнительного профессионального образования в ряде ведущих медицинских вузов страны. В настоящий момент целесообразно предусмотреть включение в стандарт специалитета по лечебному делу модуля «Паллиативная медицинская помощь», а в перспективе рассмотреть вопрос о введении в номенклатуру специальностей новой единицы: «паллиативная медицина» для обеспечения квалифицированными кадрами подразделений всех уровней службы паллиативной медицинской помощи в России.

В настоящее время существует необходимая отечественная литература, в которой изложены основные организационно-методологические аспекты паллиативной медицинской помощи. С 1996 г. в России зарегистрирован и регулярно издаётся научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» (входит в Перечень ведущих периодических изданий, рекомендованных ВАК для опубликования результатов диссертационных работ).

В соответствии со ст. 76 Федерального закона Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», по инициативе представителей медицинского сообщества, занятых в сфере оказания паллиативной медицинской помощи, в субъектах РФ в июне 2012 г. была создана Российская ассоциация паллиативной медицины (государственный регистрационный номер 1127799010756 от 04.06.2012), представленная в 74 субъектах РФ и насчитывающая более 700 членов, профессионалов в области паллиативной медицинской помощи. Цель организации – содействие в разработке и реализации национальной концепции развития и совершенствования паллиативной медицинской помощи в России.

Приоритетная задача профессионального медицинского сообщества – разработать клинические рекомендации по паллиативной медицинской помощи с привлечением главных внештатных специалистов Минздрава России. Российская Ассоциация паллиативной медицины является ассоциированным членом Европейской ассоциации паллиативной помощи.

Крайне важным направлением развития паллиативной медицинской помощи является научное обоснование и внедрение в практику современных технологий паллиативной медицинской помощи в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных.

Арсенал средств и методов паллиативной медицинской помощи обязательно должен включать в себя инструментальные и неинструментальные методы: малоинвазивная хирургия (стомирование, реканализация, стентирование), респираторная поддержка (с режимами вспомогательной вентиляции лёгких), детоксикация (фотомодификация крови, энтеросорбция), фотодинамическая терапия (наружная и эндоскопическая), регионарное обезболивание (с использованием портов, помп и дозаторов), нутритивная поддержка (в том числе с использованием помп).

Совершенствование существующих и разработка новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни неизлечимых пациентов является важнейшим компонентом стратегии развития паллиативной медицинской помощи.

Таким образом, предлагаемая экспертами к реализации стратегия развития в Российской Федерации службы паллиативной медицинской помощи может быть основана на разработке и внедрении:

– региональных моделей оказания паллиативной медицинской помощи с учётом географических, эпидемиологических и экономических особенностей субъектов Российской Федерации;

– программ обучения по паллиативной медицинской помощи для подготовки преподавателей и медицинских работников в системе медицинского образования;

– новых медицинских технологий и алгоритмов контроля боли и других тяжёлых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни пациентов;

– клинических рекомендаций по паллиативной медицинской помощи с привлечением главных внештатных специалистов Минздрава России.

Такой подход позволит эффективно решить целый ряд медицинских и социальных проблем, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи неизлечимых пациентов, повысить качество жизни больных и их родственников, обеспечить доступность лекарственных препаратов для адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов, повысить удовлетворённость пациентов качеством медицинской помощи, снизить социальную напряжённость в обществе.

Георгий НОВИКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Сергей РУДОЙ,
кандидат медицинских наук,
доцент.

Кафедра паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Ольга ЗЕЛЕНОВА,
доктор медицинских наук.

Вера ЖИЛИНА,
кандидат медицинских наук.

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения.

Диагностика, мониторинг и лечение детей с врождённой катарактой

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

(Окончание. Начало в № 43 от 15.06.2016.)

С целью создания наиболее благоприятных условий для развития зрения следует стремиться к полной коррекции афакии. Поэтому оптимальной является коррекция, соответствующая степени аномалии рефракции по данным, полученным при скиаскопии или путём исследования кераторефрактометрии. Астигматизм следует корригировать полностью или почти полностью. При афакии и гиперметропии более 12 дптр нередко лучше переносятся линзы на 1,5-3 дптр слабее выявленной степени дальнозоркости. Но и в этих случаях надо стремиться к возможно более полной коррекции афакии, усиливая в дальнейшем очки с учётом данных субъективной проверки. Более слабые очки, при субъективной непереносимости полной коррекции, можно назначать в период адаптации к ним, постепенно приближая их к максимальным в дальнейшем. Следует отметить, что дети с афакией хорошо переносят полную коррекцию гиперметропии, что связано с отсутствием аккомодации, а у большинства из них и бинокулярного зрения.

Так как рефракция в первые 3-4 месяца после операции часто изменяется, в основном за счёт роста длины ПЗО глаза у грудных детей, а также роговичного астигматизма, возникает необходимость в повторной проверке её в эти сроки и внесении коррективов в силу линз. В дальнейшем исследование рефракции и уточнение очковой коррекции должны проводиться ежегодно.

В связи с отсутствием аккомодации, помимо коррекции для дали, уже при выписке из стационара необходимо назначать очки для зрительной работы на близком расстоянии. Они, как правило, на 2-3 дптр сильнее очковых линз, назначенных для дали. Следует иметь в виду, что очки для близи надо назначать не только детям школьного возраста, но и дошкольникам и даже детям младшего возраста.

В случаях односторонней афакии при наличии второго, здорового глаза очковая коррекция не может быть использована в связи с высокой анизэйконией (25-35%), что делает невозможным восстановление бинокулярного зрения, служит причиной непереносимости очков и прогрессирования амблиопии. Однако при отсутствии возможности применения других видов коррекции этим детям надо назначать очки для тренировок оперированного глаза с целью профилактики и лечения амблиопии на 1-2 ч в сутки или более при одновременной окклюзии здорового глаза.

Коррекция афакии контактными линзами

Контактные линзы применяются как для коррекции афакии, так и для дополнительной коррекции остаточной аметропии на глаза с артифакией у детей раннего возраста. Их преимущество состоит в том, что вместе с глазом они составляют единую оптическую систему. Благодаря уменьшению величины анизэйконии с их помощью можно проводить коррекцию односторонней афакии и у большинства больных добиться восстановления бинокулярного зрения. Контактные линзы используют как при односторонней, так и при двусторонней афакии. Они избавляют ребёнка от необходимости пользоваться тяжёлыми очками; важна также косметическая сторона. Больные легче переносят мягкие контактные линзы, которые можно назначать в ближайшие сроки после операции. Однако контактные линзы дороги, требуют регулярной замены и наблюдения офтальмолога, огромного терпения и мотивации родителей для ежедневной процедуры надевания-снятия линз. Следует иметь в виду, что в отдельных случаях может отмечаться непереносимость контактных линз, также существует риск повреждения роговицы, развития токсико-аллергических и гипоксических реакций, инфекционных осложнений.

Современные мягкие контактные линзы благодаря новым усовершенствованным материалам с высокой кислородопроницаемостью, ультратонким дизайном, защитой от ультрафиолета дают возможность использования их у детей любого возраста. Учитывая младенческий и детский возраст наших пациентов, назначают мягкие контактные линзы из силикон-гидрогелевых материалов (Pure vision, Aquvue oasys, Biofiniti, Aquvue oasys toric и др.) или из высокогидрофильных гидрогелей с высоким Dk/t (Lunelle, Omniflex, Procleare, Prescision UV).

Диспансерное наблюдение детей после операции

Основными задачами диспансерного наблюдения детей с афакией (артифакией) после удаления врождённых катаракт являются:

– проведение повторных курсов плеоптического и ортоптического лечения (лазерплеоптика, тренировочные упражнения, современные методики-видеокомпьютерный аутотренинг, «Визотроник», чрескожная электростимуляция, магнитотерапия, биорезонансная терапия, цветостимуляция, монохромная цветотерапия, КВЧ-биотерапия и др.;

– уточнение коррекции (дополнительная коррекция остаточной аметропии при имплантации ИОЛ детям грудного и раннего возраста) для дали и близи, направление для подбора сложных форм коррекции (контактные линзы, телескопические очки);

– своевременное выявление осложнений, их лечение и направление, по показаниям, в стационар: ириты и иридоциклиты, вторичная катаракта, вторичная глаукома, дислокация ИОЛ и её опорных элементов, косоглазие.

Сроки проведения диспансерного наблюдения

Окулист должен обследовать ребёнка 2 раза в первый месяц после выписки из стационара. 1 раз в месяц в течение 2-3 месяцев, 1 раз в 2 месяца в течение первого года после операции, 2 раза в год в течение 3 лет и 1 раз в год в последующем. Во время обследования определяют остроту зрения, уточняют 1 раз в год рефракцию, исследуют передний отдел глаза (с обращением особого внимания на область зрачка), стекловидное тело, глазное дно, состояние ВГД. При необходимости проводят дополнительные обследования (эхобиометрия, электроретинография).

Дети с афакией с диспансерного учёта не снимаются. Родители должны знать, что операция – только первый шаг на пути к зрительной реабилитации. После хирургического вмешательства необходимо, прежде всего, проводить профилактику и лечение амблиопии. Это занимает не один год и длится в большинстве случаев до 14-16-летнего возраста ребёнка, являясь наиболее эффективным в возрасте до 3 лет.

Под редакцией
Павла ВОЛОДИНА,
заведующего отделом микрохирургии и функциональной реабилитации глаза у детей МНТК «Микрохирургии глаза» им. С.Н.Фёдорова,
доктора медицинских наук.

Здравницы России

В благодатной тени соснового бора

Больше 100 лет является уютным домом для малышей Жуковский детский туберкулёзный санаторий

Об основании этого учреждения сохранилось совсем немного сведений. Так, в одном из архивных документов есть запись: «Санаторий выстроен в двух верстах от станции Жуковка на участке земли 50 десятин. Санаторий вместе с пристройкой, сооружённой в 1914 г., имеет 38 коек (из них 16 – Бежицкого завода, 7 – города Брянска, 2 – Брянского уездного земства и 5 – духовенства Орловской епархии). Санаторий помещался в специально построенном здании, имел водоснабжение, канализацию, лабораторию и дезинфекционное оборудование». Строки эти требуют подробной расшифровки.

Вначале было слово

Дело в том, что в начале прошлого века в Брянском уезде тогдашней Орловской губернии остро встал вопрос о лечении всё набирающей силы туберкулёзной инфекции. Так, земские врачи сделали тогда горький вывод: «Неряшливость, грязь, переуплотнение жилых помещений в зимнее время, как людьми, так и мелким скотом, к тому же ещё холод и сырость дают удобную почву для развития всевозможных заболеваний». Это о деревне. Однако не краше было положение и рабочего люда на тогдашнем Брянском (Бежицком) железоделательном и рельсопрокатном заводе, где люди нередко заболевали туберкулёзом. Крайне обеспокоенный ростом туберкулёзной инфекции, тогдашний старший врач предприятия Николай Михайлов организовал для добровольных пожертвований больничную кассу и рискнул обратиться за помощью к владельцу завода князю Вячеславу Тенешеву. К чести вельможи, тот со вниманием отнёсся к словам доктора и поручил ему подыскать в окрестностях подходящее место для строительства туберкулёзного санатория для взрослых и детей и взяться за его строительство.

Приведём дальше строки из уже упомянутого архивного документа: «Стоимость всех зданий санатория определена в 40 тыс. руб. (колоссальная по тем временам сумма даже для богатого брянского заводчика. – **В.Ш.**). Стоимость содержания больного – 40 руб.» Немного помогла и Брянская городская дума, устроившая сбор денег у населения. А в Жуковке по домам ходил, агитируя, священник Преображенский. И в мае 1914 г. на живописном берегу Десны появились несколько новеньких строений, а Николай Алексеевич стал первым главным врачом в построенном им санатории. (К слову, этот настоящий подвижник нелёгкого врачебного дела умер и был похоронен в Жуковке.)

Однако вскоре грянула Первая мировая война, и в санатории обосновался госпиталь. Судя по сохранившимся архивным данным, после Великой Октябрьской социалистической революции санаторий стал расширяться, значительно увеличили коечный фонд, научное же шефство над жуковской здравницей взял Научно-практический туберкулёзный институт. А потом санаторий полностью перепрофилировали в детский туберкулёзный.

Тот первый санаторий

Опять-таки строкой документа в 1937 г. зафиксировано: «Санаторий состоит из большого основного корпуса со спальными комнатами, большого зала, столовой, классных комнат... К корпусу примыкает кухня и три веранды, которые используются для сна детей на воздухе летом и зимой...»

Из того же документа узнаём, что в санатории создали позже большое подсобное хозяйство, которое стало полностью обеспечивать лечащихся мясом, молоком, овощами и давало ежегодно 30 тыс. руб. прибыли. Ещё бы: в лучшие годы было 4 га пахотной земли, 15 коров и 17 свиней, 30 га заливного луга.

Увы, дальнейшее развитие здравницы приостановила Великая Отечественная война, и вновь она начала функционировать только 20 июня 1944 г.

Сердце отдавшие детям

В административном корпусе санатория находится большой стенд с фотографиями прежних руководителей этого лечебного учреждения. Оказывается, в разные периоды его развития главными врачами тут были брат известного брянского революционера П.И.Фокин, будущий заведующий Орловским и Брянским областными отделами здравоохранения Г.И.Воронцов и другие. Активную помощь в укреплении лечебной базы и совершенствовании методов исцеления детей оказывал в 30-е годы прошлого столетия первый председатель противотуберкулёзной секции в Минздраве СССР и первый главный редактор журнала «Вопросы туберкулёза» профессор Е.Г.Мунблит. О главном же враче Жуковского детского туберкулёзного санатория с 1949 по 1956 г. Софье Папориш «Медицинская газета» рассказала в корреспонденции «Детей лечила «враг народа» (см. «МГ» № 30 от 29.04.2016). Добавим к уже сказанному несколько штрихов.

Новые корпуса здравницы

Когда Софья Давыдовна приехала в послевоенную Жуковку, санатория как такового и вовсе не было. По воспоминаниям её детей Феликса и Майи Кваши, разрушенные войной деревянные строения практически превратились в нежилые сараи с продуваемыми ветрами стенами и протекающими крышами. Прежние сотрудники здравницы жили в землянках, ели хлеб из лебеды с опилками. Среди детей вовсю свирепствовал туберкулёз, а врачей-фтизиатров и лекарственных средств вовсе не было. Совместно с директором санатория Сергеем Кононовым Софья Папориш организовала ремонт лечебных корпусов, всеми правдами и неправдами сумела «выбить» кое-какое медицинское оборудование, открыла единственный (!) в районе рентгеновский кабинет. До сих пор на Брянщине с большой теплотой вспоминают эту мужественную женщину, не сломленную злоключениями сталинских лагерей и без остатка отдавшую больным детям своё бесконечно доброе сердце врача. Именно в те годы Жуковский детский туберкулёзный санаторий разросся до 150 койко-мест, укрепилась его материальная база, он вновь стал одним из лучших на послевоенной Брянщине.

Впрочем, под стать Софье Давыдовне, не считаясь со временем и непосильной нагрузкой, не покладая рук трудились и другие доктора. Так, капитаном медицинской службы вернулась из военных госпиталей Воронежского, Центрального, 1-го и 4-го Украинских фронтов доктор Лидия Введенская. Награждённая орденом Отечественной войны II степени и даже медалью «За боевые заслуги» (право, случай для женщины-врача почти уникальный!), Лидия Владимировна проработала в санатории аж до 1982 г.!

Фронтовой опыт здорово помогал в работе также медсёстрам младшему лейтенанту медицинской службы запаса Полине Протасовой, старшему сержанту запаса Анастасии Яшиной и другим. Первая служила с начала и до конца Великой Отечественной войны старшей операционной медсестрой в госпиталях четырёх фронтов, вторая прошла многотрудными дорогами от горящего Смоленска до Берлина, участвовала и в войне против милитаристской Японии. Долго работала детским фтизиатром и педиатром и Любовь Чернякова.

Нынче же в Жуковском детском туберкулёзном санатории исцеляют детей 11 высококвалифицированных докторов, в числе которых много лет отработали уже врачи Ирина Бондарева, Антонина Иваненко, Виктор Тимошенко и другие. Все они пользуются заслуженным авторитетом.

Да и нынешний главный врач этого лечебного учреждения Ирина Бельская, проработавшая после окончания Смоленского медицинского института несколько лет педиатром в Жуковской ЦРБ, по праву снискала уважение к себе не только пациентов, но и всех жителей Жуковки. К слову, хирургом в Жуковской ЦРБ работает сын Ирины Николаевны Денис и терапевтом – его жена Людмила. Такая вот врачебная династия получается.

Тайны соляной пещеры

Корреспонденту «МГ» с удовольствием показали всё, чем тут можно законно гордиться. Этот новый санаторный комплекс был принят в эксплуатацию несколько лет назад. Взамен деревянных строений к услугам маленьких пациентов и медицинских работников находятся теперь многоэтажные корпуса, при обследовании детей используют томографию, биохимические методы диагностирования, в лечении применяют новейшие лечебные препараты, есть прекрасно оснащённые физиокабинеты и ингаляторий. Новейшие достижения отечественной и зарубежной медицинской науки, детской курортологии, широкое использование природных факторов и другие методики позволяют рационально и качественно организовать в здравнице лечебно-диагностический процесс. На лечении здесь находятся дети в течение 3 и более месяцев. После оформления в кабинете приёма истории болезни и ознакомления маленьких пациентов с правилами пребывания в здравнице начинается глубокое обследование и назначается соответствующий курс лечения.

– Сюда попадают чаще всего дети из разных семей, – рассказывает заместитель главного врача по воспитательной работе Анна Голенкова. – И прежде всего, их надо, кроме лечения, учить и бесконфликтному общению в коллективе. Не сразу, но удаётся и это.

В санатории прекрасно оснащённые процедурные кабинеты, а стоматологической службе могут позавидовать и лечебные учреждения рангом повыше.

– Современная зарубежная аппаратура позволяет совершенно безболезненно проводить лечение ребят, – радуется детский стоматолог Лилия Дайлиденко.

Есть в Жуковском детском туберкулёзном санатории и одна из немногих на Брянщине соляных пещер, которую показала корреспонденту «МГ» заместитель главного врача по лечебной работе Светлана Лебедько. В специально оборудованной камере детей лечат здесь ионами морской соли, что равносильно по степени воздействия на организм пребыванию на морском курорте.

С 1-го по 9-й класс маленькие пациенты здесь учатся в школе. Под управлением ди-джея Елены Горбачёвой проводят дискотеки. Организуют праздничные мероприятия, посещают музыкальный класс Татьяны Байдиковой.

Ну а какое же лечение без соответствующего питания и отдыха?! Шесть раз в день кормят детей шеф-повар Валентина Сафронова и её помощницы, строго следит за составлением меню диетсестра Людмила Соловиченко. Есть овощехранилище и продовольственный склад. А физрук Игорь Лохматов без устали организует для пациентов всевозможные спортивные игры, эстафеты и соревнования. Благо спортивным инвентарём санаторий оснащён для всех времён года. А в кабинетах лечебной физкультуры и массажном буквально священнодействует инструктор ЛФК Лилия Изотова.

– Что было прежде и что имеется теперь – дистанция, как говорится, огромного размера, – говорят работники здравницы. И пересказывают услышанную давно ещё из уст старых работников историю, как в декабре 1944 г. готовились к новогодней ёлке. Игрушек никаких не было, о маскарадных костюмах и не помышляли. И всё-таки устроили детям праздник! Ёлочные украшения склеили из бумаги, в ход пошли вата, спичечные коробки, сосновые шишки и даже яичная скорлупа.

Вообще тут, строго говоря, считают, что безвыходных ситуаций не бывает. Так, в одну из особо снежных зим никак не могли достучаться до городской коммунальной службы, чтобы расчистить дороги от снега. И тогда водители Александр Савкин, Юрий Свищев и другие изготовили для этих целей специальную волокушу, прицепили её к автомашине и... Словом, снежные завалы были расчищены.

Вот так сообща и укрепляют здоровье ребят в вековом бору под лесным городом Жуковкой. Единый и дружный коллектив единомышленников подобрался здесь. Перефразируя В.Маяковского, можно смело сказать, что до ста лет доросли без старости. И смело глядят в будущее.

Так приходилось мыть детей прежде

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива санатория.

Медицинская газета

Утрата

Памяти учителя, учёного, врача

Самарский государственный медицинский университет понёс тяжёлую утрату. 30 апреля 2016 г. перестало биться сердце проректора по клинической работе – главного врача Клиник Самарского государственного медицинского университета, профессора Игоря Ивановича ЛОСЕВА.

Игорь Иванович родился 18 июня 1960 г. в Куйбышеве (ныне Самара) в семье инженера и врача. В 1977 г. успешно окончил школу № 83 на ул. Краснодонская, 20.

С 1977 по 1983 г. он студент лечебно-профилактического факультета Куйбышевского медицинского института. Отличную учёбу сочетал с большой общественной работой секретаря комитета ВЛКСМ института. Постигая профессию, выходил на дежурство в экстренные дни – помогал перевязывать больных, накладывать гипсовые повязки.

С 1983 по 1984 г. проходил интернатуру на кафедре травматологии и ортопедии Клиник СамГМУ, по окончании которой работал врачом травматологом-ортопедом по 1987 г.

Реализации его научных замыслов способствовали дальнейшее обучение в аспирантуре и работа ассистентом, а затем доцентом и профессором кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии. Игорь Иванович внёс весомый вклад в развитие и совершенствование научных исследований в области травматологии и ортопедии по проблеме лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы человека. Являясь учеником академиков РАН А.Ф.Краснова и Г.П.Котельникова, он с присущими ему качествами талантливого учёного реализовал себя как состоявшийся научный работник. В 1995 г. ему присуждена учёная степень кандидата медицинских наук, в 2005 г. – доктора медицинских наук, в 2009 г. – учёное звание профессора.

С первых студенческих лет он избрал для себя специальность травматолога-ортопеда, любовь к которой сохранял до конца своих лет.

Его докторская диссертация посвящена созданию новой системы реабилитации больных с паралитическими деформациями и нестабильностью стоп. Он являлся автором 138 печатных работ, среди которых монография «Комплексное лечение больных с паралитическими деформациями стоп», глава «Обследование травматологических больных» в национальном руководстве «Травматология» 2008 г., глава «Ортопедические заболевания стоп» в национальном руководстве «Ортопедия» 2009 г., 5 учебно-методических пособий для студентов медицинских вузов и врачей разработчиков 12 новых способов оперативного лечения больных с патологией стоп и 4 устройств, облегчающих работу хирургов во время операции. Все его разработки защищены патентами на изобретение и внедрены в работу травматолого-ортопедических отделений Самарской, Ульяновской, Пензенской областей и Республики Мордовия.

Под его руководством защищено 5 кандидатских диссертаций, до настоящего времени он являлся руководителем ещё 3 соискателей учёной степени кандидата медицинских наук.

С 2006 г. он назначен, а затем избран учёным советом университета деканом лечебного факультета.

27 декабря 2010 г. Игорь Иванович стал проректором по клинической работе – главным врачом Клиник СамГМУ.

За период его работы университетские клиники получили интенсивное развитие. Объём медицинской помощи, оказываемой клиниками, достиг максимальных показателей, что в значительной мере повысило интенсивность работы всех служб и структурных подразделений для обеспечения надлежащего уровня доступности и качества медицинской помощи. Под его руководством внедрена электронная регистратура, что повысило доступность консультативной помощи, позволило снизить время ожидания приёма пациентов, расширена возможность записи в онлайн-регистратуре к специалистам. Число здравпунктов и врачебных кабинетов межвузовского студенческого медицинского центра возросло с 10 до 18, все здравпункты подключены к серверу клиник и работают в режиме онлайн-доступа в АИС «Поликлиника».

Его жизнерадостная улыбка, проникновенный, идущий из глубины души взгляд всегда отличались необыкновенной теплотой и участием

В 2012 г. организован центр здоровья, оснащённый современным диагностическим оборудованием. В центре, впервые в России, налажена выездная работа по оценке здоровья учащихся вузов и колледжей Самарской области.

Для него не существовало больших и малых дел, он ко всему относился исключительно ответственно и с должным вниманием.

По данным внедрённого в клиниках анонимного анкетирования, удовлетворённость пациентов оказанной медицинской помощью составила 90,9% (норматив – не менее 70%). Расширен спектр эксклюзивных медицинских технологий и инновационных методов диагностики, лечения и реабилитации: микрохирургические вмешательства на щитовидной железе; бариатрические операции на желудке; гибридное трансмезентериальное портосистемное шунтирование при циррозах печени (уникальное в РФ).

Игорь Иванович уделял большое внимание внедрению в клиниках передовых информационных технологий. За время его руководства были проведены работы по созданию системы обмена и хранения медицинских изображений, созданию архива медицинских изображений с возможностью удалённой работы врачей, интеграции разнородного диагностического оборудования и DICOM-объектов с электронной медицинской картой. Все эти проекты были разработаны и внедрены центром прорывных исследований СамГМУ «Информационные технологии в медицине».

За последние 5 лет сотрудниками клиник получены более 400 патентов РФ и авторских свидетельств по уникальным операциям, способам профилактики, диагностики и лечения заболеваний, более 50% которых внедрено в практическое здравоохранение региона и РФ.

Налажено тесное взаимодействие со всеми крупными лечебными учреждениями города и области, органами исполнительной власти в сфере здравоохранения Пензенской, Ульяновской и Оренбургской областей, Республики Башкортостан, Мордовской Республики. Установлены прямые контакты с главными специалистами данных регионов по направлению пациентов в клиники СамГМУ. С целью отбора пациентов в клиники для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи проведены выезды главного врача с заведующими коечными отделениями в Республику Крым, Севастополь, Пензенскую и Ульяновскую области. Проводилось консультирование пациентов опытными врачами с выездом в малые города Самарской области и сельские районы в составе врачебных бригад.

Он никогда не был равнодушен к чужим проблемам, всегда был готов прийти на помощь, поддержать словом и делом. Игорь Иванович был любим и уважаем всеми сотрудниками и студентами университета и клиник. Повседневное общение с ним, его оптимизм и жизнелюбие приносили радость и придавали сил. Он был эталоном врача, преподавателя, учёного, мужчины и друга.

Принципиальным, добрым, сердечным и отзывчивым – таким в нашей памяти навсегда останется Игорь Иванович.

Скорбит коллектив, скорбят друзья, склоняют голову благодарные пациенты. Ушёл из жизни учёный, педагог, внимательный руководитель, настоящий врач от Бога.

Вечная ему память в наших благодарных сердцах и душах!

Михаил ЧУПРИЛИН,
заместитель главного врача по инновационной и организационно-методической работе Клиник Самарского государственного медицинского университета.

Прогнозы

Ради безопасности донорской крови

В канун Всемирного дня донора крови, который ежегодно отмечается в мире 14 июня и тема которого в этом году «Кровь объединяет всех нас», Правительство РФ внесло на рассмотрение Госдумы законопроект о совершенствовании правового регулирования вопросов заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и её компонентов.

Согласно подписанному председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым распоряжению кабмина №1121-р, проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О донорстве крови и её компонентов» подготовлен в целях приведения российского законодательства в соответствие с Договором о Евразийском экономическом союзе (ЕАЭС).

Законопроект разработан Минздравом во исполнение поручений Правительства РФ и предусматривает наделение последнего правом утверждать правила и устанавливать обязательные требования безопасности донорской крови и её компонентов при их заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании.

В соответствии с Договором о ЕАЭС должен быть отменён Технический регламент о требованиях безопасности крови, её продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии (утверждён постановлением Правительства № 29 от 26.01.2010).

Техническое регулирование в рамках ЕАЭС производится в соответствии, в том числе, с принципами установления единых обязательных требований в технических регламентах этого союза или национальных обязательных требований в законодательстве государств-членов к продукции, включённой в единый перечень продукции, в отношении которой устанавливаются обязательные требования в рамках ЕАЭС.

В связи с приведением межгосударственных стандартов в соответствие с международными и региональными стандартами Минздравом России был проработан вопрос о включении донорской крови и её компонентов в единый перечень. Было принято решение о невозможности такого включения. В частности, это обусловлено запретом ввоза донорской крови и (или) её компонентов на территорию России и вывоза за её пределы, за исключением оказания гуманитарной помощи (ст. 18 Федерального закона №125-ФЗ от 20.07.2012 «О донорстве крови и её компонентов»). Продажа донорской крови и(или) её компонентов, полученных в пределах территории России, в другие государства запрещается.

В то же время признание утратившим силу Технического регламента без переноса изложенных в нём норм и положений повлечёт осуществление деятельности по обращению донорской крови и её компонентов вне правового поля. Дело в том, что этот регламент в настоящее время является основным и единственным нормативным документом, устанавливающим требования к крови и её компонентам, процессам их заготовки, обследования, хранения, транспортировки, маркировке и клиническому применению.

В связи с этим законопроектом предусматривается внести изменения в Федеральный закон «О донорстве крови и её компонентов», которыми и предлагается наделить Правительство РФ правом утверждать правила и устанавливать в них обязательные требования безопасности донорской крови и её компонентов при их заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании.

Законопроект рассмотрен и одобрен на заседании Правительства РФ в июне 2016 г.

Во Всемирный день донора крови акцент делается на таких понятиях, как «единение» доноров крови и пациентов и «связь» между ними. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения приняла лозунг «Поделитесь жизнью, сдайте кровь» для привлечения внимания к той роли, которую играют системы добровольного донорства, призывающие людей заботиться друг о друге и способствовать сплочённости между людьми.

В России, где Национальный день донора отмечается 20 апреля, донорство стало доброй традицией в миллионах трудовых коллективов.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Наши коллеги

Лекарство для врачей

Хобби для них не просто прихоть, а жизненная необходимость

Термин «профессиональное выгорание» давно уже стал привычным и вроде бы даже утратил реальную остроту своего значения. Тем не менее для тех, кто работает в медицине, актуальность проблемы эмоционального истощения становится острее с каждым днём. Люди, которые выбрали своим основным занятием врачебное дело, стараются переключаться от повседневной работы самыми разнообразными способами. Одни находят отдушину в музыке, другие в спорте, третьи увлечены садоводством или рыбалкой. Так уж устроены медики, что к хобби относятся не менее серьёзно, чем к любимой работе. И достигают порой значительных успехов, снова и снова подтверждая мысль о том, что талантливый человек талантлив во всём.

Дмитрий Альтман

Главный врач Челябинской областной клинической больницы Дмитрий Альтман всю жизнь занимается баскетболом. Играл за школьную команду в Молдавии. Да так хорошо играл, что после школы выиграл путёвку в республиканскую сборную. Но любовь к медицине победила спортивный азарт. Поэтому тренировки продолжал в медицинском институте Оренбурга. Много лет выступает за команду челябинского «Динамо», где пользуется заслуженным уважением и авторитетом как у товарищей по команде, так и у соперников – жёсткой и точной игрой и способностью координировать действия всего коллектива (это профессиональное).

Артём Машковский

Вот что он рассказывает о врачебных буднях:

– Мы сейчас идём с консилиума, который длился трое суток. Все это время мы жили жизнью пациентки, у которой крайне сложная ситуация. В этом случае груз ответственности за другого человека достигает критической точки. К сожалению, многие идут в профессию врача необдуманно. Некоторые ошибочно полагают, что в спасении людей есть особая романтика. А это не романтика. Это тяжелейшая работа, которая ежедневно забирает огромное количество душевных и эмоциональных сил! Поэтому настоящими врачами становятся люди с нестандартным мышлением, высокой организацией нервной системы, которые способны тонко чувствовать этот мир. Иначе никак в нашей профессии не реализоваться.

Илья Скирпичников, заведующий отделением оториноларингологии Челябинской ОКБ, влюблён в небо. Специально арендует помещение на лётном поле для своего «крылатого друга»: полёты на дельтаплане давно стали проверенным средством релаксации после повседневной загруженности оперирующего хирурга. Вот только с погодой везёт редко. Да и время между операциями по улучшению слуха и «ремонтом» носовых перегородок найти трудно. Но находит. И высказывает своё мнение о несколько необычном увлечении:

– На самом деле достаточно хорошей встряски хотя бы раз в неделю, чтобы снова почувствовать тягу и к жизни, и к работе. К тому же между полётом на дельтаплане и операцией есть много общего! И тут и там существуют определённые правила и стандарты, которые нужно соблюдать неукоснительно. Но жизнь ведь не остановишь, не изменишь, она вносит свои коррективы, поэтому и в операционной, и в небе приходится постоянно импровизировать. В рамках разумного, конечно...

Немало необычных талантов и склонностей обнаружилось у специалистов отделения травматологии № 2. К примеру, заведующий отделением Егор Баранов в зимнее время предпочитает начинать свой рабочий день с ныряния в прорубь. И им же заканчивать. Говорит, что это помогает настроиться на рабочий лад, да и стресс хорошо снимает. А между делом занимается подводной охотой. Сумка со снаряжением всегда при нём. Солидарен в этом плане со своим коллегой анестезиолог-реаниматолог Андрей Гусев.

Травматолог-ортопед Владимир Залавин профессионально занимается сёрфингом и собрал вокруг себя команду друзей-единомышленников по всему миру. Уральская природа, конечно, не очень-то располагает к покорению морских волн, поэтому остаётся ждать отпуска. Зато каждая поездка – это целое событие, которое помогает забыть о кровавых коленках и сверлении костей. А ещё Владимир Геннадьевич – профессиональный кикбоксёр, как и его ассистент Константин Кочнев, который, кроме того, подрабатывает пляжным спасателем в летний период. Что тут скажешь: если твоё призвание спасать, то заниматься тебе этим и на работе, и вне дежурств.

Наталья Сафронова, заведующая отделением анестезиологии и реаниматологии, всю жизнь профессионально занималась мотоспортом. Заядлая байкерша, она до сих пор не допускает, чтобы кто-то, кроме неё, садился за руль транспортного средства. При этом она сочиняет прекрасные стихи, читает иностранную литературу в оригинале и всегда находит время на занятия спортом.

– На то, чтобы принять решение, без которой любой человек, представитель любой профессии либо столкнётся с эмоциональным выгоранием, либо начнёт мыслить однобоко, в рамках только своей специальности, что тоже не очень хорошо.

Сотрудник её отделения анестезиолог Павел Попов отменно читает рэп. Ни один праздник не обходится без его выступлений. Коллеги в шутку говорят, что вдохновение для творчества молодой специалист, видимо, черпает во время операций. Хотя тексты у него – не только о работе.

Хобби реаниматолога Елены Гусевой – декупаж. Уже все вещи в квартире оформлены в индивидуальном стиле, а друзья стоят в очередь за подарками, которые Елена создаёт в редкие дни отды-

Илья Скирпичников

ха между суточными дежурствами практически из ничего.

Есть ещё один музыкант – врач-эндоскопист отделения эндоскопической хирургии Артём Машковский, лидер рок-группы. Он выступает с 2012 г.

Список этот можно продолжать долго, потому что сотрудников в Челябинской ОКБ больше двух с половиной тысяч. И возьму на себя смелость сказать, что почти каждый из них не только профессионал высокого класса, но и разносторонне одарённая личность.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

у анестезиологов есть не более 5 минут, – говорит Н.Сафронова. – Мы всегда в цейтноте. Хочешь ты того или нет, это формирует остроту реакции. Кроме того, нам часто приходится видеть смерть или состояние человека между жизнью и смертью. Это неизбежно приводит к быстрому эмоциональному выгоранию. Чтобы избежать этого, мы должны как-то расслабляться после работы, заниматься тем, что помогает переключиться. Из 27 врачей нашего отделения треть посещает фитнес-клубы в свободное от дежурств и работы время.

Хобби – это не просто прихоть. Это жизненная необходимость,

События

Воссоздали атмосферу XIX века

Какой была амурская медицина в прошлом?

На прошедшем масштабном городском мероприятии «Гуляние по Большой», посвящённом празднованию 160-летия Благовещенска, для жителей и гостей амурской столицы было представлено более 30 творческих тематических площадок, благодаря которым центральная улица города наполнилась атмосферой прошлых лет. Одна из площадок была посвящена медицине. Она представляла собой инсталляцию военного лазарета, воссоздавая атмосферу XIX века.

Гостей встречали аниматоры – доктора, сёстры милосердия, военнослужащие, казаки, миряне. Площадка состояла из тематических станций: «Десмургия», «Основы иммобилизации и транспортировки», «Методики остановки кровотечения», «Лазарет». При посещении станций горожане могли измерить артериальное давление и получить консультацию врача, а также исчерпывающую информацию по вопросам оказания помощи при кровотечении, переломах, поучаствовать в мастер-классах по наложению повязок, иммобилизации и транспортировке пострадавших с переломами, остановке кровотечения подручными средствами и кровоостанавливающим жгутом.

Помимо полезной и актуальной информации, у горожан, а в большей части у детей и подростков, была отличная возможность закрепить полученные знания на практике.

– Наша площадка была признана одной из наиболее активных, – сказала Елена Борзенко, главный врач научно-практического лечебного центра «Семейный врач» Амурской ГМА, отвечающего за её организацию и работу. – Горожане также с восторгом отзывались о работе лазарета, других площадок, даже аплодировали действиям докторов и сестёр милосердия. Проходимость посетителей площадки была очень высокой. Вся наша работа была направлена на то, чтобы достойно представить амурскую медицину и поднять престиж профессии медика, показать её востребованность во все времена. И, судя по отзывам горожан, нам это удалось.

Работу медицинской площадки обеспечивали активисты центра студенческого самоуправления «Инициативная молодёжь XXI века» Амурской государственной медицинской академии, сотрудники НПЛЦ «Семейный врач», волонтёры регионального штаба по Амурской области общественного объединения «Волонтёры-медики», инициативная группа симуляционно-аттестационного центра АГМА.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Ракурс

На недавно состоявшейся в Чикаго встрече клинических онкологов основное внимание было уделено новым вариантам иммунотерапии и обсуждению результатов 350 клинических испытаний I фазы, в ходе которой оценивается токсичность новых клеточных подходов. Два с половиной года назад на конференции гематологов в Нью-Йорке выступал Стивен Розенберг из Национального ракового института в вашингтонском пригороде Бетесде, признанный ветеран иммуноклеточной терапии опухолей. Это он в своё время предложил LAK и TIL, то есть лимфокин-активированные «киллеры» (Т-лимфоциты с функцией натуральных киллеров) и менее агрессивные туморо-инфильтрирующие лимфоциты, «знакомые» с антигенами опухолевых клеток и поэтому наносящие более точный и персонализированный удар. Розенберга прославила Линда Тэйлор (Taylor), у которой в 1984 г. обнаружили меланому, и он провёл ей клеточную терапию с «полным ответом». Она была его 81-я пациентка и на 1 октября 2015 г. была жива и здорова.

И вновь имму-подход

У Розенберга не было ничего кроме «подрощенных» и размноженных в культуре Т-лимфоцитов, имеющих на своей поверхности белковые рецепторы Т-клеток (TCR), с помощью которых они распознают презентированные макрофагами антигены, в том числе и раковые. Сегодня благодаря успехам геномики и биоинженерии учёные имеют в своём распоряжении CART, или Т-лимфоциты с химеричными рецепторами антигенов (Chimeric Antigen Receptors of Tcell), широко используемые с 2013 г. Рецепторы этого вида резко расширяют «видение» иммунными клетками антигенного спектра опухоли, клетки которой весьма вариабельны по своему геному. С их помощью в какой-то степени удалось подавить способность раковых клеток «ослеплять» иммунные лимфоциты и тем самым уходить от иммунного надзора. В настоящее время Розенберг вместе с голландцами из Лейденского университета работает над «суицидальными» переключателями, позволяющими регулировать агрессивность иммунных киллеров и их токсичность.

Одной из мишеней иммунных клеток является печально знаменитый HER, или рецептор, излишние количества которого на поверхности клеток приводят к эритробластозу у птиц. У млекопитающих это рецептор ростового фактора эпидермиса (EGF), повышенная активность которого определяется при раке молочных желёз и других опухолях. Моноклональные антитела против HER широко известны как герцептин, который наряду с эрлотинибом и дабрафенибом используются при лечении рака лёгкого, меланом и других опухолей. Антитела в терапии используются для «захвата цели» и последующего точного наведения на неё Т-лимфоцитов. В испытаниях, в которых приняли участие более 13 тыс. пациентов и рассматривался исход прецизионных и обычных подходов, больший успех сопутствовал первым: у больных объём опухоли сократился на треть, рецидив процесса отмечался через полгода, снижалось и количество ДНК-поломок. Накануне встречи в Чикаго приложение Nature поместило сообщение из Цюрихского университета о том, что герцептин «спаривает» HER на поверхности, что приводит к образованию белков анкиринов (англ. anchor – «якорь»), в результате делая их нефункциональными. Учёные полагают, что им удалось нащупать ахиллесову пяту опухолевых клеток рака молочной железы, что позволит более эффективно лечить женщин и девушек (хотя рак груди бывает и у мужчин).

На недавно состоявшейся в Чикаго встрече клинических онкологов основное внимание было уделено новым вариантам иммунотерапии и обсуждению результатов 350 клинических испытаний I фазы, в ходе которой оценивается токсичность новых клеточных подходов. В Чикаго широко обсуждался комбинированный подход, например в исследованиях, проведённых в университетах Дублина и Колорадо. Там испытывался препарат IMMU против трофининовых Tro-рецепторов, без которых невозможно питание клеток опухоли. IMMU означает иммуно-конъюгат антител с антираковым лекарством. Это один из метаболитов хорошо известного иринотекана, или камптосара, имеющего пять циклических колец. «Кампто-» напоминает о китайской камптотеке, то есть «дереве счастья», давно используемой в традиционной медицине Востока для лечения рака молочной железы и других опухолей. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) разрешило проведение клинических испытаний I фазы комбинированной IMMU-терапии. В других испытаниях антитела атезолизумаб с успехом опробованы против PD-опухолей с нарушениями в гене программированной смерти клеток. Эти антитела являются активаторами «слепых» иммунных клеток против колоректальных опухолей, а также рака лёгкого. Журнал Lancet сообщил об устойчивом эффекте у Крейга Брауна, которому препарат помог избавиться от опухоли мочевого пузыря.

Онкомолекулярный трюизм говорит, что на молекулярном уровне все опухоли сходны, подтверждением чему является тот же рак поджелудочной железы, трансформация клеток которой «направляется» геном «мусаси» (Mci), открытого в 1994 г. японцами у дрозофилы и названного в память о правителе Эдо (так в старину называли Токио). В норме ген направляет развитие нервных стволовых клеток, а его мутации приводят к глиальным опухолям мозга. В Калифорнийском университете Сан-Диего для «исправления» опухоли поджелудочной железы использовали антисмысловую РНК, блокирующую ген Msi. Подход, в общем, не новый, но в сочетании со светящимся маркёром-белком учёные получили возможность следить за действием лекарств и быстрой оценки эффективности новых. Похоже, что молекулярные онкологи и иммунологи вплотную подошли к хотя бы частичному решению раковой проблемы.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Lancet, Nature.

Эксперименты

Энзим NMNAT2 (никотинамид-мононуклеотид аденинтрансфераза 2) – ключевой фактор поддержания работы нейронов. Он способен защищать от некоторых недугов, включая болезнь Альцгеймера, показало исследование Университета Индианы.

Секретный механизм мозга

Энзим защищает нейроны от стресса, вызванного чрезмерным возбуждением, и борется с неправильно уложенными белками, появляющимися в мозгу по мере старения. А многие болезни – болезни Альцгеймера, Паркинсона, Хантингтона, боковой амиотрофический склероз – вызваны именно такими белками.

Из-за неправильной укладки белков те становятся клейкими и образуют отложения. NMNAT2 привязывается к неправильно уложенным белкам, тем самым предотвращая или исправляя ошибки, вызывающие формирование отложений. Проверяя уровень NMNAT2 в мозгу более 500 пожилых людей, чей когнитивный статус анализировали каждый год вплоть до смерти начиная с 1997 г., учёные выяснили: высокий уровень NMNAT2 наблюдался у людей, лучше противостоявших когнитивному упадку.

А вот при сниженном уровне NMNAT2 повышался риск деменции. Значит, энзим помогает защитить нейроны, связанные с обучением и памятью. Эту взаимосвязь подтвердили эксперименты с мышами, чей мозг был повреждён токсичными тау-белками. У животных повышение концентрации NMNAT2 в гиппокампе (зона, важная для обучения и памяти) снижало уровень тау-белка.

Олег КИРИЛЛОВ.

По материалам The Deccan Chronicle.

Дословно

ВИЧ в подарок

За последние 17 месяцев более 2,2 тыс. жителей Индии заразились ВИЧ при переливании крови. Эта информация была предоставлена Национальной организацией по контролю за СПИДом (NACO) в ответ на петицию, поданную профсоюзным активистом.

Согласно отчёту организации, значительная часть случаев заражения пациентов при переливании крови зарегистрирована на севере Индии в штате Уттар-Прадеш (361 случай), в западном штате Гуджарат (292 случая), в центральном штате Индии Махараштре (276 случаев). Столицу страны Нью-Дели заболевание также не обошло стороной: 264 пациента были заражены ВИЧ в результате переливания крови, по одному человеку каждые 2 дня.

Кроме того, по сообщениям профсоюзов, которые потребовали отчёт, эти данные не отражают реальности. По их подсчётам, в стране число пациентов, заразившихся ВИЧ в больницах, доходит до 5 тыс. Такие случаи, по мнению активистов, происходят из-за отсутствия системы контроля качества донорской крови.

Что характерно, вследствие определённого регламента каждый образец донорской крови, прежде чем поступить в распоряжение медицинских учреждений, должен проходить строгую проверку: часть плазмы попадает в карантин на 3 месяца, а затем повторно проходит проверку на вирусы. Этот срок определяется серонегативным периодом, то есть временем, когда инфекционный агент в крови уже может присутствовать, но ещё не может быть выявлен в ходе анализов. В решении проблемы инфекционной безопасности помогает система проверки донорской крови, которая предполагает проведение иммуноферментного анализа, а также ПЦР-диагностику третьего этапа, в ходе которой можно выявить вирусный геном в плазме.

Как известно, во многих индийских медицинских учреждениях нет возможностей для использования такого рода технологий из-за устаревшего оборудования. Это касается как государственных, так и частных медучреждений. При этом, по мнению же властей, эта ситуация не представляет угрозы для населения.

Наряду с этим в Индии насчитывается 2,5 млн граждан с ВИЧ, 4% из них – дети. Примерно треть пациентов правительство страны обеспечивает бесплатным лечением. Однако этого также не хватает: в позапрошлом году, по данным заместителя генерального директора NACO, из-за нерасторопности чиновников запасы имеющихся препаратов закончились примерно через 20 дней после их закупки.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Pourquoi docteur.

Взгляд

Старость – «в клетчатку»

Рацион, богатый клетчаткой, – секрет здорового старения. Это доказало наблюдение за людьми в течение 10 лет. Учёные советуют добавить в свой рацион цельнозерновой хлеб, кашу, фрукты, овощи. Есть две формы клетчатки – растворимая и нерастворимая.

Первая абсорбирует воду и образует гель. Она замедляет процесс пищеварения и снижает уровень холестерина, тем самым предотвращая развитие болезней сердца. Такую клетчатку можно найти в овсяных отрубях, ячмене, орехах, семечках, бобовых, горохе, чечевице, в некоторых фруктах и овощах. Нерастворимая клетчатка ускоряет проход пищи по желудочно-кишечному тракту. Она содержится в пшеничных отрубях, овощах и цельнозерновых продуктах.

И рацион с двумя типами клетчатки позволит стареть без серьёзных болезней, потери функциональности, когнитивных нарушений, депрессии и с поддержанием нормального веса. Учёные проследили за группой из 1609 человек 49 лет и старше на протяжении 10 лет. К концу периода наблюдения у 15,5% человек были зафиксированы признаки здорового старения.

Анализ рациона людей и их состояния здоровья позволил сделать вывод: ни углеводы, ни гликемический индекс, ни гликемическая нагрузка, ни потребление сахара так не влияли на итог, как потребление клетчатки. Согласно собранной статистике, люди с самым высоким уровнем потребления клетчатки почти на 80% чаще старели без проблем. У них реже выявляли гипертонию, диабет, деменцию, депрессию и функциональную недееспособность. Учёные рекомендуют потреблять 21-38 г клетчатки в день.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Medical News Today.

Исследования

Голод – для печени

Специалисты из Мюнхенского центра Гельмгольца обнаружили, что при недостатке пищи вырабатывается белок, регулирующий обмен веществ в печени. Он помогает снизить риск жировой болезни печени. Речь идёт о белке GADD45B.

По данным специалистов, снижение калорийности рациона, в том числе краткосрочное голодание, нормализует обмен веществ. В процессе голодания благодаря стрессорным молекулам печень поглощает меньше жирных кислот, и ускоряется метаболизм глюкозы. В исследовании мышей, у которых активность гена, связанного с белком GADD45B, была снижена, те оказались более склонны к жировой болезни печени.

Когда уровень белка восстанавливали, содержание жира в печени и метаболизм глюкозы нормализовались. Кроме того, исследование показало: у людей с низкими уровнями GADD45B был повышен уровень глюкозы в крови и накапливалось больше жира в печени. Специалисты планируют уже в ближайшее время продолжить свои исследования.

Николай СЕВЕРСКИЙ.

По материалам The Hindustan Times.

Идеи

Вместо инсулина

Исследовательская группа американских учёных из Гарвардского университета и Медицинской школы при Вашингтонском университете предложила новый способ борьбы с диабетом. Используя стволовые клетки пациентов, страдающих сахарным диабетом 1-го типа, они сумели создать бета-клетки, способные секретировать инсулин.

Глава исследовательской группы Джеффри Миллмэн поясняет, что учёные надеются заменить этими клетками повреждённые бета-клетки больных диабетом. Таким пациентам больше не понадобятся инъекции инсулина, так как новые клетки будут способны продуцировать его в ответ на изменение уровня глюкозы. Методика уже была опробована на клеточных культурах и лабораторных мышах. Исследователи уверены, что она сработает и на людях.

В предыдущих исследованиях для создания бета-клеток учёные использовали стволовые клетки здоровых людей, а теперь сумели получить их из клеток больных диабетом. Авторам ещё предстоит провести серию экспериментов, чтобы выяснить, не приводят ли созданные таким образом бета-клетки к образованию опухолей. Впрочем, они отмечают, что в течение года наблюдали за мышами, которым вводились такие клетки, опухоли у них не формировались.

Учёные надеются приступить к испытаниям клеток на людях с диабетом в течение 3-5 лет. Они полагают, что клетки можно будет пересаживать не только пациентам с диабетом 1-го типа, но и с другими заболеваниями, например, неонатальным диабетом, сахарным диабетом 2-го типа, синдромом Вольфрама.

Алина КРАУЗЕ.

По информации eurekalert.org

Однако

Зловещий рецидив

Исследовательская группа из Нидерландов во главе с Йоханнесом Го выяснила, что у каждого четвёртого пациента, перенёсшего инфаркт миокарда, в течение 4 лет он развивается повторно. Среди факторов риска учёные из Медицинского центра при Университете Утрехта назвали пожилой возраст, диабет и низкий социально-экономический статус.

Для того чтобы прийти к таким выводам, авторы изучили данные о 25 тыс. пациентов старше 18 лет, которые перенесли инфаркт в период с января 1998 г. по март 2010 г. За время наблюдения повторный инфаркт был диагностирован у 24,3% участников исследования.

Чем старше пациенты, тем выше была вероятность повторного инфаркта – каждые 10 лет увеличивали риск его развития на 45%. Диабет повышал этот показатель на 44%, мерцательная аритмия – на 63%, хроническая обструктивная болезнь лёгких – на 28%, а гипертония – на 16%. Исследователи отмечают, что необходимо учитывать влияние всех этих факторов риска на вероятность возникновения повторного инфаркта. При попадании пациента в группу риска стоит принять меры для снижения вероятности развития инфаркта.

Стоит напомнить и о том, что многие пациенты даже не подозревают о том, что перенесли инфаркт – недавнее исследование показало, что количество «молчаливых инфарктов» гораздо выше, чем считалось ранее.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации eurekalert.org

Эксперименты

Во имя доступности

Исследователи из США выявили связь между частотой выписывания рецептов на определённые препараты с тем, получает ли выдающий бумаги врач вознаграждение от производителя средства. Оказалось, что существует линейная зависимость между полученными суммами и процентом продаж лекарств определённой марки.

Учёные воспользовались базой данных Medicare за 2011 г., взяв оттуда информацию о почти 2,5 тыс. врачах из Массачусетса, которые за этот год выписывали пациентам рецепты на препараты, снижающие уровень холестерина в крови (статины). В базе, в том числе, были записи о том, получали ли эти врачи вознаграждение за оформление рецепта на определённую марку лекарственного средства, и если получали, то в какой форме. Выяснилось, что производители медикаментов так или иначе платили 899 врачам из 2444, то есть более трети брали деньги (или их эквивалент) от фармкомпаний. Впрочем, именно в финансовом выражении медики получали плату не так часто, в основном производители предлагали им бесплатное питание (639 случаев из 899).

Проанализировав информацию по 1,6 млн рецептов, выписанных на статины, учёные обнаружили, что в 357 тыс. из них были упомянуты лекарства определённой марки, что составляет 22,8%. При этом процент брендированных препаратов, которые назначали врачи, не получавшие за эту плату, был существенно ниже – 17,8%.

Исследователи подсчитали, что каждая полученная медиками от фармацевтической компании тысяча долларов увеличивает количество соответствующих назначений на 0,1%. Если производитель проводил тренинг для врачей, продажи его препаратов увеличивались на 4,8%.

Авторы исследования считают, что полученные ими данные помогут сделать лекарства более дешёвыми для пациентов.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации jamanetwork.com

Угроза

Тысячи людей во всём мире ежедневно умирают. А по каким дням и по каким именно причинам умирают чаще всего? Этим вопросом и озадачились американские учёные из Центра контроля и предотвращения болезней (CDC), решив изучить данные о более чем 39 млн смертей, зафиксированных в США за период с 1999 по 2014 г.

«Плохо, что человек внезапно смертен...»

Прежде всего, учёные выяснили, что самыми распространёнными причинами смертности американцев являются: заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, хронические заболевания дыхательных путей, несчастные случаи, инсульт, болезнь Альцгеймера, диабет, грипп и пневмония, заболевания почек, самоубийства, сепсис, болезни печени, болезнь Паркинсона, передозировка наркотиками и СПИД.

При этом установлено, что существенной разницы в количестве смертей между днями недели нет, однако в причинах смертности учёным удалось выявить определённые различия. Так, по их данным, в понедельник наиболее чаще люди умирают от заболеваний сердца.

Риск умереть от гриппа и пневмонии наиболее высок во вторник, зато на этот день недели приходится наименьшее количество смертей в автомобильных катастрофах.

О среде ничего особенного не сообщается, только то, что этот день имеет самые средние показатели, в том числе по количеству регистрируемых смертей.

А вот касательно четверга информация куда интереснее, оказывается, в этот день недели случалось наименьшее количество смертей от сердечного приступа, диабета и огнестрельных ранений.

Пятница, как и понедельник, оказалась в лидерах по внезапным смертям от сердечно-сосудистых заболеваний, а также от передозировки наркотиков.

Что касается выходных, то суббота и воскресенье – лидеры по случаям гибели людей в результате несчастных случаев. Так, в автокатастрофах, произошедших в субботние дни, погибло 42 тыс., в воскресенья – 39 тыс. Обогнала суббота воскресенье и по количеству смертей от огнестрельных ранений (32,3 тыс. против 31,8 тыс.), и по случаям гибели людей от контактов с ядовитыми растениями и животными (216 смертей против 169).

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации livescience.com

Ну и ну!

На грани допустимого

Исследователям из Великобритании и США удалось получить в лабораторных условиях человеческие эмбрионы, возраст которых составил 13 дней. Ранее возраст выращенных, что называется, «в пробирке» зародышей не превышал 9 дней.

Учёные сначала отработали технологию культивирования на мышиных эмбрионах, а потом адаптировали её для человеческих. Зародыши выращивались на гелевых подложках. Эмбрионы достигли стадии гаструляции – они обладали тремя зародышевыми листками, дающими начало всем органам и тканям. Исследователи дорастили человеческие эмбрионы почти до 2-недельного возраста. При внутриутробном развитии на этой стадии происходит имплантация в стенку матки.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в течение 2 недель эмбрионы могут развиваться вне материнского организма. Али Бриванлу и другие исследователи отметили, что профиль экспрессии ряда генов существенно отличался от уровня экспрессии генов в мышиных эмбрионах и зародышах других млекопитающих, эмбриогенез которых изучен более подробно.

Авторы объясняют, что могли бы выращивать эмбрионы в течение более длительного срока, однако прекратили культивацию из-за того, что в Великобритании, США и многих других странах эксперименты с зародышами старше 14 дней запрещены.

Борис БЕРКУТ.

По информации nature.com

Выводы

Диета против агрессии

Обогащение рациона добавками, содержащими омега-3-жирные кислоты, поможет справиться с детской агрессией всего за несколько месяцев. К таким выводами пришли учёные из Университета Пенсильвании (США) во главе с Адрианом Рейном.

Специалисты провели ряд исследований, посвящённых влиянию рациона на асоциальное поведение детей. В первом приняли участие подростки, проживавшие на Маврикии. Одни в течение полугода принимали добавки, содержащие омега-3-жирные кислоты, а рацион других никак не менялся. У подростков из экспериментальной группы уровень агрессии и асоциального поведения существенно снизился.

Сходный эксперимент был проведён в США – в нём приняли участие 290 детей в возрасте 11-12 лет, у каждого из которых был зафиксирован эпизод агрессивного поведения. Все они были разделены на 4 группы: первые принимали сок, обогащённый омега-3, а также мультивитамины и препараты кальция, вторые проходили курс когнитивно-поведенческой терапии, еженедельно в течение часа беседуя со специалистом. Третьи и принимали добавки, и посещали психолога, и, наконец, участникам из четвёртой группы просто предоставлялась информация о способах борьбы с агрессивным поведением.

Эксперимент продолжался 3 месяца – до его начала и после окончания изучалось содержание омега-3 в крови детей. Дети, в чей рацион ввели сок с добавлением омега-3, после окончания эксперимента были менее агрессивны, чем те, кто эти добавки не употреблял. Впрочем, эффект не был длительным – через полгода после завершения эксперимента поведение подростков вновь стало прежним.

Исследователи пока не знают, поможет ли более длительный приём омега-3-жирных кислот справиться с агрессией на больший срок. Кроме этого, ответы подростков и их родителей различались: дети считали, что они стали менее агрессивными, а родители не отмечали существенных изменений.

Для того чтобы понять, действительно ли биодобавки помогли справиться с асоциальным поведением, необходимы дальнейшие исследования, но уже сейчас авторы считают приём омега-3-жирных кислот многообещающим средством для борьбы с детской агрессией.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации sciencedaily.com

Медицинская газета

№ 44 • 17. 6. 2016

Далёкое – близкое

И в 95 – без таблеток!

Фронтовая закалка военфельдшера Клавдии Васильевой даёт ей жизненные силы

Круглые сутки горит пламя «священного огня» в центре Тамбова, напоминая о погибших в годы Второй мировой войны. А в особенные дни, каким будет и ближайшее 22 июня, когда 75 лет назад началась Великая Отечественная война, здесь стоит почётный караул из числа школьников, стерегущих огонь и память о тех, кто не вернулся с полей брани.

Часто перед заступлением на этот почётный пост с ними беседует пожилая женщина с орденскими планками. Это тоже бессменный «часовой», хранящий память о своих ровесниках и земляках, не прошедших дорогами войны до Победы. А вот Клавдии Васильевой судьбой было дано пройти через военное пекло. На опасных участках она проводила все 24 часа фронтовых суток…

Клавдия Васильева (слева) и Валентина Качкина

Она жила в селе Стрельцы, что под Тамбовом. Обычная, такая же, как и её подружки по улице, школе: весёлая, работящая, активистка по жизни, хорошистка в учёбе, мечтательница, верящая в добро и счастье… Так и шло: школа, учёба в медицинском училище, работа медсестрой в амбулатории села Верхне-Спасское Рассказовского района…

А потом – война. Воевать ей пришлось, согласно гражданской профессии, в санитарной части 86-го отдельного мостостроительного батальона. Воевать за жизнь и здоровье солдат и офицеров. Дислоцировалось это воинское подразделение в составе Волховского фронта, оборонявшего Ленинград.

«Бомбили нас и обстреливали со страшной силой, – вспоминает Клавдия Дмитриевна. – Просто жизни никакой не было!» А работы у солдат невпроворот: дороги и настилы строить приходилось в болотистой местности, окружавшей город, чуть ли не круглосуточно. С небольшим перерывом для сна, чтобы не упасть с ног.

Да, доставалось воинам с топором и сапёрной лопатой иной раз не меньше, чем солдатам на самой передовой. По словам Клавдии Дмитриевны, частенько над местом возведения переправы кружили вражеские самолёты-разведчики, а после их прилёта часто шёл плотный артобстрел или кружили вражеские бомбардировщики.

– Один раз дело было так, – делится воспоминаниями о том времени лейтенант медицинской службы Васильева. – Лагерем стояли на станции Жихарево. Личный состав батальона выполнял срочное боевое задание командования, возводя понтонный мост через реку Волхов.

В этот день с утра покружила, как обычно, над станцией и батальонной «новостройкой» «рама» со свастикой, а перед улётом восвояси возьми да и сбрось вражеский лётчик бомбу на нашу походную кухню. Прибежали комбат с военфельдшером, а на месте стоянки бывшей кухни – воронка. И без обеда остались мостостроители, и без кухни с поваром…

В один из налётов вражеской авиации фельдшер батальона была ранена. К счастью, ранение оказалось неопасным, и уже через неделю с небольшим она вернулась в строй. И снова – «бой» за жизнь и здоровье солдат и офицеров, который, зачастую без сна и отдыха, вела лейтенант медицинской службы Беляева (Васильева). Это и оказание неотложной медицинской помощи, то есть недалеко от передовой, где силами батальона ремонтировались или возводились средства переправы, прокладывались временные дороги. Это дежурство в санчасти, лечение легкораненых бойцов, решение бесчисленных житейских вопросов, связанных со здоровьем и питанием личного состава батальона, вплоть до обеспечения обмундированием. Разве можно было в то тяжёлое время разделять быт на «моё» и «их» в лице того же командира батальона со старшиной.

Тем временем война продолжалась. Вот уже и ленинградская блокада оказалась прорванной, погнали немцев и от стен града на Неве, и от границ страны. Теперь батальон числился в составе Прибалтийского фронта.

Тут самое время сказать о такой прозаичной, с одной стороны, но и такой всепобеждающей силе, как любовь. Назло смерти и боли, наперекор войне родилась она там, где зачастую обрывалась людская жизнь. Полюбилась Клава офицеру-контрразведчику Фёдору Васильеву. И он ей пришёлся по нраву. У Клавдии Дмитриевны это время ассоциируется с рекой Великой, там строился большой мост для переброски войск в Прибалтику из-под стен ленинградской твердыни. Затем пошли города Алуксне, Гульбине, памятные опять же возведением переправ, гибелью солдат, когда приходилось закрывать глаза мёртвым, помогать выжить раненым. Помнит Клавдия Дмитриевна многих по именам и фамилиям, что пали рядом, умерли от ран в санчасти. Сколько их пало, горемычных, в том пекле…

К концу войны у Клавдии наступила беременность. Пришлось демобилизоваться из армейских рядов. Не скрепили молодые свой брак, не до того было. Впоследствии офицер Фёдор Васильев воевал уже с японцами, а после вернулся в семью, что ждала его на Тамбовщине.

В мирное время Клавдия, теперь уже Васильева, работала в железнодорожной больнице, а её муж водил поезда по Юго-Восточной стальной магистрали. У них родился второй ребёнок. Обоих бывшие воины вырастили достойными людьми. К сожалению, муж не дожил до правнуков. А их у Клавдии Дмитриевны на сегодня уже двое. Так что много хлопот у прабабушки Клавы. К тому же хлопочет она и за тех, кого нет среди сегодняшних победителей. Они же для неё и посейчас живы, помнит она их лица. Вот почему борется за них до сих пор…

А началось это ещё в советские времена. В военное лихолетье Тамбов был госпитальным городом, где лечились тысячи красноармейцев и офицеров. Многие возвращались в строй, снова били немцев. Другие же нашли вечный покой на тамбовской земле.

И вот у Клавдии Дмитриевны с соратниками, работающими в областном совете ветеранов, родилась мысль увековечить память воинов, умерших в госпиталях областного центра и по пути в город в санитарных эшелонах и захороненных в Тамбове на Петропавловском кладбище. Решено было установить им памятник. Немало порогов городских начальников пообивала бывшая фронтовичка. К её чести, добилась своего – памятник был установлен.

…На днях я позвонил по домашнему телефону Клавдии Дмитриевны, чтобы уточнить одну из деталей её фронтовой биографии. Дочь ответила, что мама ушла на встречу со школьниками. Такая же история повторилась и на следующий день. После Клавдия Дмитриевна мне призналась, что чуть ли не всю неделю проводила с ребятами уроки мужества. И вот когда она там бывает, то чувствует себя очень хорошо, а дома целый день сидеть просто надоедает, считает себя в это время не в своей тарелке.

По её мнению, лучшее лекарство для неё – общение с людьми, особенно со школьниками. Открыв рты, слушают ребятишки рассказы ветерана войны и про оборону Ленинграда, и про «дорогу жизни», и про её друзей-однополчан… Приятно, когда с восхищением глядят на её боевые награды: медали «За боевые заслуги», «За оборону Ленинграда», «За победу над Германией», орден Отечественной войны II степени. Отрадно на сердце, что небезразлична им не только судьба воина-бабушки, но и страны, которую она представляет перед юным поколением…

Познакомился я с Клавдией Дмитриевной в геронтологическом отделении Тамбовского дома ветеранов войны и труда, где она отдыхала от домашних и общественных дел. При поступлении её обследовала терапевт Валентина Качкина. Врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ, много повидавшая за время своей работы разных людей, с изумлением рассказала мне о том впечатлении, которое произвела на неё старший товарищ по профессии.

– Представляете, не принимает ни единой таблетки в свои чуть не полные 95! Бывает, давление подскочит, так лечение простое: полстакана молока с чаем, а если и этого недостаточно случится, то в дело идёт… четвёртая часть чайной ложечки кофе. Вот и вся недолга.

Что сказать в заключение? Ничего, кроме пожелания в адрес фронтовички, остающейся в строю до сего времени, здоровья и долгих лет жизни. Это ей нужно. Тем более что старость не застанет нашу дорогую Клавдию Дмитриевну дома, она ведь всё время в пути…

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.

Память

Энергетика жизнелюбия

Несколько лет назад «Медицинская газета» (№ 85 за 2011 г.) в статье «Рядом с детьми» рассказала о подвиге Маргариты Ярославской, начальника территориального Управления детских учреждений Наркомздрава РСФСР. Она сумела вывезти под фашистскими бомбами тысячи детей из Курска, к которому двигалась лавина танков с чёрными крестами… О своей маме тогда поведал инженер, заслуженный работник Единой энергетической системы РФ Владимир Трембовля. И вот наша новая встреча…

…К своему 90-летию Владимир Иоыч получил приветствие от Президента РФ и аккуратно изданную книгу своих воспоминаний «От МЭИ до ВТИ». Очень может статься, что сегодняшний читатель не сразу воспримет заглавие новой книги. Кому-то покажутся непонятными аббревиатуры, вынесенные в заглавие, – Московского энергетического и Всесоюзного теплотехнического институтов. Но для автора эти два адреса стали теми отправными точками, которые вобрали в себя его долгий трудовой и творческий путь – «И жизнь, и радость, и любовь», как уточняет он тут же в подзаголовке.

…Памятный штрих времени. В 1950 г. за тестем, хирургом, – он стоял за операционным столом во время Финской войны, в годы Великой Отечественной, – пришли специалисты по арестам. При обыске они обнаружили лишь один костюм в платяном шкафу. Хозяин пояснил: зарплата заведующего хирургическим отделением московской больницы не позволяет иметь большой гардероб…

Осенью 1996 г. в Онкологическом институте им. П.А.Герцена автору ампутировали правую ногу: рак мягких тканей, результат облучения при работах на урановых объектах. Но и после операции он не мог просто лежать, в помощь доктору занялся редактированием рукописи его книги… Она сегодня с дарственно-благодарной надписью украшает домашнюю библиотеку.

Давно замечено: талантливый человек одарён многогранно. Ещё школьником Владимир в районном ДК научился прилично играть на мандолине. Выступал даже в Колонном зале Дома союзов, Большом театре, Кремле… Музыка привела в студенческий джаз. Она стала спутницей по трудовой жизни, помогала во время нелёгких командировок на энергетические объекты… Кстати, молодая супруга не уступала в этом отношении мужу: Инна обладала красивым меццо-сопрано, пела в оперных постановках Дворца культуры энергетиков.

Листая страницы воспоминаний, отмечаешь, что Трембовля обошёлся без помощи литературного редактора. Что ж, это нисколько не преуменьшает ценности его мемуаров, написанных человеком неравнодушным к исторической памяти своей страны. Памяти, в которую он сам внёс весомый вклад.

У небольшой по объёму книги есть свой внутренний магнит, та притягательность, когда, понимая, что рассказ подходит к финишу, невольно заглядываешь в конец: много ли ещё осталось для интересной встречи?..

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
член Союза писателей России.

А ещё был случай

Дождь моей юности

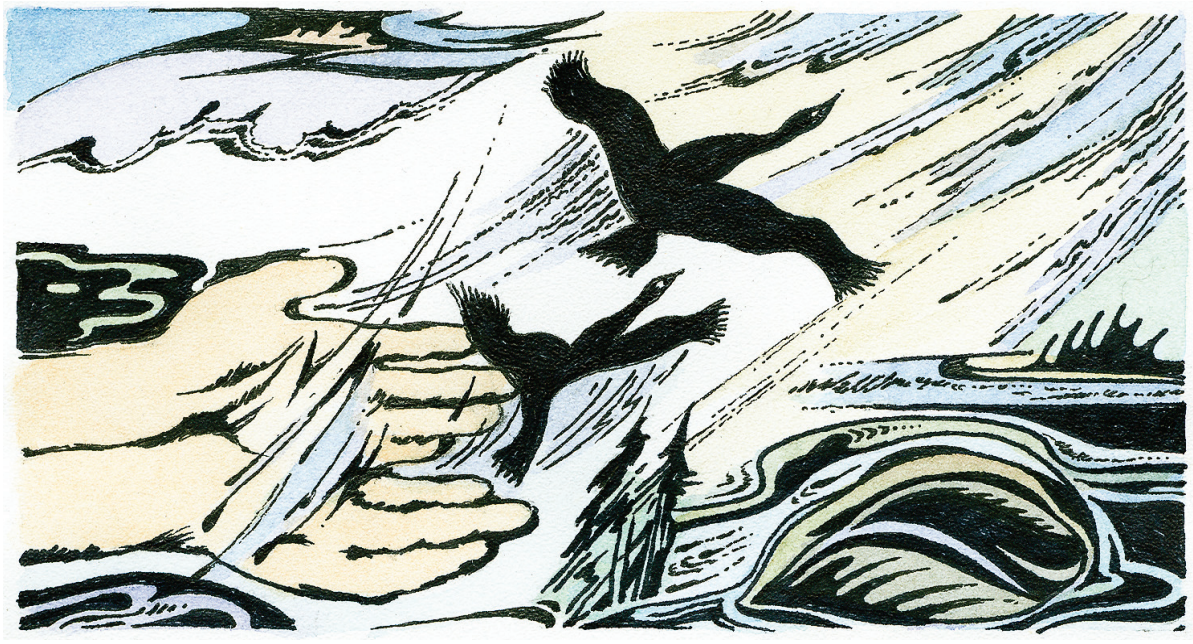
«Смысл жизни не в том, чтобы ждать, когда закончится гроза. Он в том, чтобы научиться от души радоваться дождю».
Вивиан Грин

С первым дождём вас, дорогие читатели, с первым летним дождём! Пусть этот дождь принесёт в вашу жизнь свежесть раннего утра и радость обновления!

В юности дождь ассоциировался у меня, студентки Смоленского медицинского института, с осенью и нашими полуторамесячными «вылазками» в колхозы. Мы уже студенты 4-го курса, без года неделю – врачи, а всё же до сих пор ездим спасать урожай картофеля в нашей губернии. Да, спасать людей нам ещё не доверяют, в нашей компетенции пока только картофель: мокрый грязный картофель на бескрайних промозглых полях. И так каждый день в течение полутора месяцев – картофель и поля, поля и картофель. Никаких новостей, никаких развлечений! Поэтому вечернюю вылазку к какому-то «волшебному» камню в заброшенном монастыре, исполняющему все желания, воспринимаем с энтузиазмом. Желаний у нас миллион – юность поэтому и называют «временем желаний». Да, нам есть что попросить у этого старого камня... Но пожилая женщина, наша сопровождающая в этой таинственной вылазке, вовремя останавливает буйство наших фантазий: камень сможет исполнить только одно ваше желание. Бредём вчетвером по сгущающемуся сумраку осеннего леса, а за нами по пятам идёт гроза – необычное явление в это время года. Страшно и тревожно на душе... Страшна эта загадочная гроза со всполохами зарниц на горизонте и недовольным ворчанием грома, тревожна вся эта затея с походом к камню-исполину и выбором желания: одного, самого важного, самого нужного для тебя... И если вначале нашего необычного путешествия у меня было много «важных желаний», то теперь я выбираю из двух: стать хорошим врачом и понравиться А.Г.

Да, про А.Г.! Это – наша «звезда». Голубоглазый и светловолосый, галантный и обаятельный, он кумир всех девушек нашего курса. Меня он почти не замечает, точнее, для него я «старый добрый друг», а не барышня «на выданье». Вскоре он переведётся в другой вуз, и я потеряю его навсегда. Этот камень – моя последняя надежда!

Желание стать хорошим врачом... это желание движет мною



так давно! Оно помогало мне отлично учиться в школе, поступить в медицинский институт, оно воодушевляло и поддерживало меня в сложные дни зачётов и экзаменов. Ну как сейчас можно «предать» такое желание! Пробираюсь сквозь притихший и насторожившийся лес, думаю, взвешиваю. И подруги притихли, в их душах тоже идёт борьба. Дождь и гроза следуют за нами по пятам, бередят душу, страшат...

Но вот и цель нашего вечернего путешествия – на вершине холма, в обрамлении разрушенных монастырских стен камень-великан, камень-волшебник. Я только прикоснулась к нему, и из моей души ушли все сомнения, в моей душе осталось одно желание – главное желание моей жизни... Да простит меня А.Г.

Вот и первые капли дождя застучали по гранитному исполину, смывая остатки сомнений с души, даря радость обновления, даря энергию мудрости и любви. А гроза – гроза пронеслась стороной от нас и нашей жизненной дороги, потому что мы её теперь не боялись. Мы втроём выбрали одинаковое «главное желание в жизни», и камень нас не подвёл...

...Я посвящаю это воспоминание своим подругам Новиковой Елене Николаевне и Иващенко Татьяне Александровне, сокурсникам и выпускникам Смоленского государственного медицинского института. Я посвящаю его всем своим коллегам, выбравшим для себя эту сложную и замечательную профессию. Ведь наша профессия – это целительный дождь. И пусть он стучится неутомимыми капельками в наши души, учит радоваться дождю, не бояться грозы, учит радоваться той жизни, которую вы спасли и спасаете.

С праздником вас, мои дорогие коллеги!

С Днём медицинского работника!

Здоровья вам и счастья!

Любовь ДАВЫДЕНКОВА,
врач.

г. Ярцево,
Смоленская область.

Сокровенное

Любовь КОЛОСОВА

Уходили мальчишки...

Студентам-медикам накануне 22 июня

Уходили на фронт
мальчишки,
Не успев дочитать
свои книжки,
Не успев дозубрить латынь...
Уходили на фронт
мальчишки
Без дипломов,
зачётных книжек
На защиту святынь.

Хирургию учили мальчишки
Под стрельбой пулемёта
с вышки
Не в тиши институтских
залов
А в окопах, землянках,
в пожарах.
Их наставником
строгим стала
Окровавленная страна...
И крушили врага мальчишки
Силой воли и жаждой жизни
Хлороформом, бинтами,
ватой...
Всех от смерти спасти
проклятой –
И неважно, что их надежды
«Ампутировала» война...

Возвращались с войны
мальчишки
Дочитать свои мудрые
книжки
«Гаудеамус» допеть судьбе...
Получали дипломы сами
С серебрящимися висками
Не мальчишки, увы, уже...

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

По жизни от кризиса – до кризиса

● Серп дружил с молотом. И гвоздь забить, и бублик скушать.

● Язык – свобода слова. Два языка – разгул демократии.

● Точка называет запятую: «Хвостатая обезьяна, которая везде вертится и всё портит».

● Миром правит тот, кто подчиняется войне.

● Сам себя опустишь, никто тебя не поднимет.

● Не думай на пустую голову. Пусть тебе начальство прочистит мозги.

● Цитата, как чужая собственность, – пытается отгородить себя кавычками.

● Продукты много на себя берут. С простым народом общаться не торопятся.

● Ты сначала нарисуй свою пьесу, потом играй её. Совет опытного драматурга.

● Писателя надо оценивать в Центральном доме литераторов. В банкетном зале. Приглянется – тогда смотрите: что он там написал?

● Выход есть всегда. И любой пинок тебе поможет.

● Набрал в рот чужого плюрализма, потом долго плевался собственными зубами.

● У дураков – две беды: дорога – туда и дорога – обратно.

● Заплатишь за попугая огромную сумму, а он сразу начинает компрометировать твою покупку: «Попка – дурак! Попка – дурак!»

● Кризисы берут начало после оттепелей.

● Кто говорит правду для закона – врёт против фактов.

● Наше общество – богатейшее. У нас все стандарты – двойные.

● Первое божеское правило: яблоню не сажал – яблоки не рви.

● Чтобы семена проросли, плоды обязаны сгнить.

● Звонок на радиостанцию: «Поставьте песню на своё место!

● Война не учит воевать. Война учит выживать.

● Пробивал себе дорогу собственными недостатками.

● От сплочённости песчинок зависит монолитность горы.

● Топор – деревянная рука с железным ребром.

● Сколько в лабиринте жизни не петляй, а выход только на кладбище.

● Ещё один сын юриста, и от «правового государства» не останется ни кола ни двора.

● Праймериз – только начало того, что ещё ой как будет!

● Обещание «Завтра буду трезвым» постоянно откладывается до очередного 8 Марта.

● Для микроба микроскоп страшнее телескопа.

● Больше всего врут в автобиографиях, которые сочиняют «литературные рабы».

● Не умеешь драться, начинай брататься.

● Вопрос о деньгах опасен их отсутствием.

● После шести вечера наступает самое страшное: надо прекращать есть.

● «Сегодня», «вчера», и «позавчера» были отложены на «завтра», «послезавтра»...

● «Русская мафия» каждый день меняет свою национальную принадлежность.

● Бывают прохожие, которые «обувают» всех встречных прохожих.

● В раскалённом мозгу мысль часто стынет.

● Сезон медуз совпадает с нашим отпуском. Видимо, у них коррупционные связи с нашим отделом кадров.

● Каким я был дураком. Каким я буду дураком, это о прошлом и будущем. А про настоящее – вообще помолчу!

● Знатоки и любители литературы начинают с «Кулинарной книги».

● Река знала, куда ей течь, но решения принимали берега.

● Человечество – сплошной талант. Только не у всех он, к счастью, открывается.

● На шару дебилом не станешь. Надо сильно постараться, чтобы убедить медицинскую комиссию.

● Мысли ценятся в сухом остатке.

● Богатый, но худой. Достижение диетологии.

● Член «партии зелёных» своего «зелёного змия» водил гулять к «зелёному другу».

Москва.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – 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, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-05-00300
Тираж 28 973 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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