

В центре внимания

Создать моду на грудное кормление

От этого во многом зависит будущее нашей страны



Популяризация, защита и продвижение грудного вскармливания детей до года в России как основы профилактики заболеваний и охраны детского здоровья были в центре внимания участников общественных слушаний в Общественной палате РФ.

Сохранение грудного вскармливания – тема, которая касается каждого гражданина и здоровья его детей и никого не оставляет равнодушным, подчеркнул, открывая слушания, председатель Комиссии Общественной палаты по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения академик РАН Лео Бокерия. «В последние 45 лет появилась мас-

са заменителей грудного молока. Это создало определённые проблемы, – сказал он. – Мне кажется, что нужно создать моду на грудное кормление! Как сегодня есть мода на здоровый образ жизни – отказ от курения, алкоголя... Так должно стать модно и естественное вскармливание. Женщине важно понять, что от этого зависит будущее её ребёнка».

Отчего женщины в России часто отказываются от кормления грудью? Среди основных причин – эстетические, недостаточная информированность, а также ранний выход мам на работу, считает Екатерина Бокерия, заведующая отделением патологии новорождённых и недоно-

шенных детей № 2 Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии, перинатологии им. В.И.Кулакова. «У нас очень развит рынок заменителей грудного молока. Но существует и рынок грудного молока, сегодня его можно купить даже в соцсетях. Но такое молоко, несмотря на его высокую стоимость, нигде не обследовано. Известно, от здоровых это женщин или больных. Мы не знаем ничего о его качестве, в том числе и то, действительно ли оно грудное, сцеженное или разбавленное», – подчеркнула Екатерина Леонидовна.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Александра ХУДАСОВА.



Сергей РЕМИЗОВ,
председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы,
кандидат медицинских наук:

Нам предстоит и дальше упорно работать в тесном контакте со столичным Департаментом здравоохранения над улучшением жизненного уровня медиков.

Стр. 5

Ирина ДАВЫДОВА,
заведующая отделением восстановительного лечения Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей:

Надо поменять своё отношение к вакцинапрофилактике у недоношенных, чтобы не было необоснованных и длительных медицинских отводов.

Стр. 6



Николай ЮЩУК,
президент Российского национально-исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова,
академик РАН:

Забывать об истинном призвании врача нельзя – нужно любить больного, быть готовым к самопожертвованию.

Стр. 11

Инициатива

«Арктического доктора» поддержал Президент

Предложение заместить проектом «Арктический доктор» программу «Земский доктор», настроенной на решение кадровых проблем в сельской медицине, высказала в ходе недавней рабочей встречи с Президентом РФ Владимиром Путиным губернатор Мурманской области Мария Ковтун.

Выразив мнение, что Колыский полуостров, являясь высокоурбанизированной территорией, не может в полной мере воспользоваться преференциями программы «Земский доктор», руководитель администрации региона предложила выплачивать здесь врачам 2 млн руб. при условии заключения с ними 5-летних контрактов.

Как считает мурманский губернатор, цели программы стоят того, чтобы раскошелиться, включив в орбиту её

действия все территории Арктической зоны, поскольку все они в большей или меньшей степени испытывают нехватку специалистов с врачебными дипломами. К таковым же, помимо Мурманской области, относятся Ненецкий, Чукотский, Ямало-Ненецкий автономные округа, муниципальное образование городского округа Воркута (Республика Коми), а также городской округ Норильска, Таймырский и Туруханский районы Красноярского края, ряд территорий Архангельской области, некоторые из северных улусов Республики Саха (Якутия).

Глава государства в ответ пообещал свою поддержку «Арктическому доктору». По поручению В.Путина инициативу мурманчан доработают в Минздраве и Минфине.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Мурманск.

Тенденции

К полёту готовы круглосуточно

В Республике Хакасия появилась первая настоящая вертолётная площадка для санитарного авиатранспорта. Это означает, что крылатые «скорые» теперь могут отправляться в рейсы не только днём, но и ночью: бетонное лётное поле и освещение вокруг него позволяют пилотам садиться и взлетать в любое время суток. До сего времени такой возможности не было, медицинский борт приземлялся буквально в чистом поле, отыскивая более-менее ровную поверхность.

Первую круглосуточную вертолётную площадку построили в Аскизском районе. Вторая в скором времени появится в Ширинском. Как уточнили в Министерстве здравоохранения республики, ведутся переговоры по

обустройству таких же площадок ещё в двух отдалённых регионах. Пока же санитарный авиатранспорт вылетает туда, как и во все остальные территории республики, только в светлые часы.

Служба санитарной авиации начала работать в Хакасии этим летом. Уже состоялось 104 вылета, во время которых из отдалённых районов перевезены в республиканские медицинские учреждения 123 пациента, в том числе 14 детей. В настоящее время в Хакасии работают две единицы санитарной авиации, один из вертолётов оснащён транспортировочным кузовом для новорождённых.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | **Шприцевые насосы**



- Большой контрастный LCD дисплей
- Расширенный спектр поддержки режима инфузий
- Автоматическое определение объёма подключаемого шприца, расчет скорости потока

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

Новости

Россия и Монголия:
медицина объединяет

Соглашение о сотрудничестве в сфере здравоохранения между Монголией и Республикой Хакасия будет подготовлено и подписано в ближайшее время. Решение об этом принято по итогам рабочих встреч министра здравоохранения Хакасии Владимира Костюша с Генеральным консулом Монголии в России Баасанжав Ганцэцэг и делегацией представителей здравоохранения Монголии.

Побывав в недавно открывшемся в Абакане новом Республиканском перинатальном центре, госпожа Б.Ганцэцэг призналась, что увиденное – современное оборудование, высокопрофессиональные кадры и комфортные условия для рожениц – вызвало у неё восторг. А после того, как зарубежные гости посетили все ведущие медицинские учреждения Хакасии, они сформулировали свои предложения о возможных направлениях взаимодействия. Так, они заинтересованы в том, чтобы монгольские врачи проходили стажировки в клиниках Хакасии, а специалисты из Абакана выезжали в Монголию с лекциями, мастер-классами и показательными операциями.

Со своей стороны глава Минздрава Хакасии Владимир Костюш подтвердил готовность региональной системы здравоохранения принимать пациентов из Монголии на высокотехнологичное лечение и проводить силами хакасских врачей выездные скрининговые программы в этой стране. Также есть возможность оказывать монгольским коллегам помощь в диагностике острых сердечно-сосудистых заболеваний, для чего будет задействован потенциал службы дистанционного ЭКГ-консультирования, которая в круглосуточном режиме работает на базе Республиканской больницы им. Г.Я.Ремиевской.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Южнокорейский опыт прижился
в Сибири

В отделении травматологии Томской областной клинической больницы внедрили технологию лечения нестабильности голеностопного сустава – пластику связок сухожилием. Как сообщили в Департаменте здравоохранения Томской области, о новом варианте оперативного лечения этой распространённой патологии травматологи ОКБ узнали, побывав на одной из научно-практических конференций по хирургии стопы и голеностопного сустава. Приехавший на этот же форум доктор Гонг-Джун Юнг из Южной Кореи поделился с коллегами собственным опытом применения данного метода, представив его как очень перспективный.

– Нам эта технология понравилась, и мы уже провели такую операцию в Томске. Сейчас пациент проходит реабилитацию, – говорит травматолог-ортопед томской ОКБ Альберт Гиздетдинов.

Проявление посттравматической нестабильности голеностопного сустава, по поводу которого, собственно, пациенты и обращаются к травматологам, – нога при ходьбе подворачивается. Новый вариант оперативного лечения, освоенный томскими специалистами, позволяет избавить человека от этой проблемы.

Елена СИБИРЦЕВА.

Томск.

Школа молодого учёного
возобновила работу

В зале заседаний Учёного совета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова состоялась первая лекция в рамках проекта студенческого научного общества. Её прочитал проректор по научной работе Денис Ребриков.

Прямая трансляция, к которой подключились несколько сотен человек, велась через официальный аккаунт общества в «ВКонтакте». Будущие исследователи узнали о современных тенденциях в науке. К примеру, Денис Владимирович объяснил, что такое индекс Хирша и импакт-фактор, для чего нужна коллаборация и – главное – с чего начать карьеру молодого учёного. Студенты задали множество вопросов, касающихся выбора темы исследований, патентования изобретений, перспектив карьерного роста в нашей стране.

Темы следующих лекций будут посвящены не менее важным аспектам становления молодого учёного.

Анастасия СИНЕВА.

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

Инфекции наступают

Грипп: первым пришёл
вирус типа В

Он не имеет специфических симптомов

По результатам мониторинга Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) за циркуляцией респираторных вирусов к концу октября первым из вирусов гриппа у нас в стране выявлен вирус типа В.

Грипп, вызванный вирусом типа В, как правило, не имеет специфических симптомов, и без определённых лабораторных исследований отличить его от других острых респираторных вирусных инфекций довольно сложно.

Роспотребнадзор сообщил также об итогах Всероссийской горячей линии по профилактике гриппа и ОРВИ за период со 2 по 16 октября. На личном приёме и по телефонам горячих линий в регионах дано свыше 29 тыс. консультаций, количество обращений более чем в два раза превысило средние показатели всех других тематических горячих линий.

Вакцинация населения против гриппа проводится во всех субъектах РФ. На 20.10.2017 суммарно привито 48,8 млн человек (33,5% от численности населения). Среди них – 13,6 млн детей, 132 тыс. беременных, за счёт средств работодателей – 2,7 млн человек.



Вакцинация против гриппа доступна в России всем

В Москве по состоянию на 23 октября за счёт всех источников финансирования против гриппа привито 4 млн 232,4 тыс. человек (34,5% населения города), в том числе около 845,2 тыс. детей. За счёт средств предприятий и граждан в городе привито около 1 млн 313,1 тыс. человек. В целях увеличения охвата и обеспечения доступности иммунизации против гриппа взрослого населения организована работа мобильных прививочных пунктов у станций метро, Московского централь-

ного кольца, железнодорожной станции Крюково (Зеленоград) и в многофункциональных центрах города.

Всего в этом году от гриппа будут иммунизированы 51-53 млн россиян, около 40% из них уже прошли вакцинацию, сообщил заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. По его словам, в 2016 г. вакцинация позволила снизить заболеваемость этой инфекцией в два раза.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Работают мастера

Позвоночник — как новый!

В Челябинской областной клинической больнице № 3 хирурги выпрямили позвоночник пациентке, получившей травму 18 лет назад. В 1999 г. молодой женщине после ДТП пришлось удалить часть позвонка, чтобы освободить зажатый спинной мозг. На тот момент пациентке с осложнённой травмой ничего иного предложить не могли – металлоконструкции ещё не применялись для лечения подобных состояний. Девушка была выписана с целым спектром неврологических проблем и инвалидностью.

Спустя годы старая травма начала сильно беспокоить, и пациентку снова госпитализировали в отделение травматологии и ортопедии № 2 областной клинической больницы № 3. Во время обследования врачи выявили грубое искривление позвоночника, из-за которого девушка не могла долго сидеть, ходила со средствами опоры и испытывала дискомфорт, несмотря на то что носила корсет.

«Мы решили сделать реконструктивную операцию, поправить сагиттальный баланс туловища

(равновесное состояние всех изгибов позвоночника). Вмешательство осложнялось тем, что у пациентки было воспаление позвонков, – рассказывает травматолог-ортопед Николай Оришич. – Поэтому операцию проводили совместно с коллегами из Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии. В «боевой готовности» находились все анестезиологические и реанимационные службы, была заказана кровь для переливания. Работали 12 часов, пришлось сде-

лать резекцию четырёх позвонков, чтобы освободить позвоночник, разогнуть его так, как нужно, и устранить очаг воспаления».

Исправление посттравматической деформации на фоне воспаления – самый высокий уровень в лечении заболеваний позвоночника и окружающих его мягких тканях. Подобные вмешательства обычно проводятся только в федеральных специализированных центрах. Но челябинские хирурги справились с этой сложной задачей.

С момента операции прошло немного времени, и пациентка уже отмечает улучшения своего самочувствия. Теперь её спина прямая, исчез горб в месте перелома.

Мария ХВОРОСТОВА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

В центре внимания

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В ходе дискуссии эксперты называли и другие причины, которые влияют на отказ женщин от кормления ребёнка грудью. Так, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин обратил внимание участников слушаний на то, что в штате медперсонала отсутствует молочная сестра – специалист по грудному вскармливанию. Ещё один фактор – ранняя выписка женщин из родильного дома.

«Сейчас есть тенденция выписывать молодых мам с ребёнком уже в первые сутки. Это, безусловно, экономически выгодно. Но сильно влияет на быстрое завершение грудного вскармливания, – сказал

Создать моду на грудное кормление

он. – Тем, кто принимает такие решения, наверное, кажется, что кормить ребёнка грудью очень просто. Но на самом деле это тяжёлая работа, требующая подготовки и обучения. Если женщина в роддоме не получит достаточной помощи и консультаций о том, как организовать кормление, то она очень скоро бросит естественное вскармливание и перейдёт на искусственное».

Несмотря на то, что преимущества грудного вскармливания неоспоримы, статистические данные говорят о том, что только 10%

детей до года получают грудное молоко. Особенно плохие показатели в мегаполисах – Москве и Санкт-Петербурге, которые существенно отстают от регионов. Об этом рассказала Любовь Аболяна, председатель Совета общественного движения «Российская ассоциация врачей в поддержку грудного вскармливания». Она также отметила, что поддержка грудного вскармливания – задача социальная и коллективная. «Нужно отказаться от рекламы искусственного вскармливания, чтобы переломить стереотипы. И, конечно,

многое зависит от медицинского работника. В медицинских колледжах не занимаются подготовкой соответствующих специалистов», – заметила Л.Аболяна.

О собственном опыте мамы рассказала Мария Киселёва, российская синхронистка, трёхкратная чемпионка Олимпийских игр, трёхкратная чемпионка мира, девятикратная чемпионка Европы, заслуженный мастер спорта и мать двух детей. «Я очень ждала ребёнка, прочитала много литературы. У меня и мысли не возникало, что ребёнок может быть не на грудном

вскармливании. Это естественный процесс, который должен быть. Важно говорить об этой проблеме и уделять ей большое внимание», – поделилась с участниками слушаний спортсменка, выступившая модератором слушаний, организованых Комиссией Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».Продолжение темы
см. в ближайших номерах «МГ».

Перспективы

Врачебное сообщество заявляет о себе

Во время недавнего проведения конгресса Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» Президент РФ Владимир Путин встретился с президентом НМП Леонидом Рошалем.

Л.Рошаль обратил внимание Президента на сложность решения кадровых проблем. Он по-прежнему считает, что надо вернуть распределение выпускников медицинских вузов. Без этого молодые доктора вряд ли поедут в маленькие города и другие населённые пункты, где их

очень ждут. Но вот за профессионализм работающих врачей НМП вполне может отвечать.

Недавно закончилась аккредитация выпускников медицинских вузов. Руководителями аккредитационных комиссий во всех регионах были представители НМП. Сегодня в содружестве с Минздравом России выстроена модель: образовательное учреждение учит, а экзамен на допуск к профессии принимает профессиональная организация. Палата заключила договор с Минздравом и сегодня создала фактически впервые в истории России государственно-общественную форму управления профессиональной

деятельностью. Приказы Минздрава должны проходить экспертизу в НМП. Более того, нормативные документы рассылаются региональным организациям, которые высказывают своё мнение о предлагаемых изменениях. Фактически палата подставила своё плечо министерству.

Теперь врачебное сообщество, если какой-нибудь приказ или положение составлены непрофессионально, задаёт вопрос: «Куда смотрела Национальная медицинская палата?». НМП взяла на себя вопросы разработки клинических рекомендаций, протоколов.

Андрей ДЫМОВ.

Решения

40 миллионов на пропаганду ЗОЖ

Минздравом России разработан и внесена в Правительство РФ концепция предоставления субсидий некоммерческим организациям (НКО) на реализацию проектов по формированию приверженности здоровому образу жизни. Ежегодное финансирование этих проектов предполагается осуществлять в размере 40 млн руб.

Целью предоставления субсидий является частичное финансирование проектов НКО в сфере пропаганды здорового образа жизни.

Конкурс открытый, на него могут быть представлены проекты, предусматривающие осуществление деятельности в области физической культуры и спорта (за исключением профессионального спорта), профилактики курения, алкоголизма, наркомании и иных опасных для человека зависимостей, санитарно-профилактического просвещения населения, поддержки и пропаганды практик здорового образа жизни, в том числе правильного питания и от-

ветственного отношения к здоровью, а также развития добровольчества в сфере здравоохранения.

«Данная концепция разработана в рамках приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни», реализуемого Минздравом России с целью интегрировать тематические НКО в здравоохранную повестку страны. Некоммерческие организации, несомненно, важный элемент в системе охраны здоровья граждан. Именно они могут оказать необходимую помощь там, где бессильно государство, и выстроить диалог «равный-равному», – отметил статс-секретарь, заместитель министра Дмитрий Костеников.

«В регионах много организаций, у которых есть программы по ЗОЖ, логично было бы их привлечь к работе, – заявила член Общественной палаты РФ Елена Тополева-Солдунова. – Смысл НКО в том, что за маленькие деньги они делают очень много. И НКО с небольшими бюджетами достаточно иногда даже 10 тыс. руб. поддержки. Если же они полу-

чат несколько сотен тысяч рублей, то горы свернут».

«Решение о финансовой поддержке профильных волонтерских организаций со стороны Министерства здравоохранения РФ – знаковое событие для всего волонтерского сообщества. Это важный инфраструктурный элемент поддержки добровольчества в сфере здравоохранения. Подобные меры государственной поддержки являются индикатором перспективного общественно-государственного партнёрства и вселяют большой оптимизм. Прогнозируемым результатом станет повышение эффективности работы некоммерческого сектора в здравоохранении и активное привлечение общества к решению социально значимых проблем», – сообщил руководитель всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Павел Савчук.

Алексей ПИМШИН.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

С Юбилеем, главный врач, спасибо, что вы с нами!



Коллектив НУЗ «Узловая поликлиника на станции Рубцовск ОАО «РЖД» с особым признанием и искренностью поздравляет с 60-летним юбилеем своего главного врача Владимира Симушина, заслуженного работника здравоохранения РФ, Почётного железнодорожника и просто замечательного руководителя и человека!

Уважаемый Владимир Яковлевич, для нас вы являетесь безусловным примером и авторитетом в умении с особым упорством и настойчивостью реализовывать намеченные планы, решать самые, казалось бы, невероятные задачи. Именно благодаря вам сегодня наше учреждение имеет стабильные количественные, качественные и финансовые показатели и стало одним из передовых не только в Алтайском крае, но и среди всех лечебных учреждений компании ОАО «РЖД». Под вашим непосредственным руководством сегодня имеем стопроцентную укомплектованность специалистами и современные медицинские услуги. Выполнен качественный капитальный ремонт всех зданий, приобретена новая флюороустановка, УЗИ-аппарат экспертного класса и другое оборудование, заключены договоры на медицинское обслуживание со многими предприятиями и учреждениями города Рубцовска, что позволило занять первое место в ежегодном краевом конкурсе «Лучший социально ответственный работодатель года», получить высокую награду орден Авиценны и другие заслуженные признания.

Мы выражаем искреннюю благодарность нашему руководителю за возможность трудиться именно в этом коллективе и быть частью тех больших изменений, которые становятся возможным благодаря его трудолюбию и высочайшему профессиональному мастерству.

С новым брендом **РЖД МЕДИЦИНА** мы готовы и в дальнейшем поддерживать его замыслы и проекты, чтобы оказывать нашим пациентам медицинские услуги неизменно высокого качества.

В юбилейный год мы хотим пожелать Владимиру Яковлевичу крепкого сибирского здоровья, активной и долголетней работы, новых творческих идей и замыслов! Семейного тепла и уюта вашему дому!

Коллектив сотрудников НУЗ «Узловая поликлиника на станции Рубцовск ОАО «РЖД».

События

Травма: современный подход

Недавно состоялась конференция «Травма-2017: мультидисциплинарный подход», в числе организаторов которой выступил Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова.

– Начиная с 2015 г., мы ежегодно организуем такую конференцию, поскольку потребность в обмене знаниями только растёт, – отметил почётный профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова Александр Скорогладов. – Уровень травматизма с каждым годом повышается, а вместе с этим растёт уровень клинических разработок, позволяющих лучше помогать пациенту. Устаревшие методы лечения в современных клиниках теперь вообще не востребованы, и травматологи старшего поколения с завистью смотрят в сторону молодых врачей, в чьём арсенале появился такой мало-

инвазивный метод, как, например, блокирующий остеосинтез. Это большое достижение в области травматологии, по своей значимости сопоставимое с открытием асептики и антисептики.

У участников конференции была возможность познакомиться с прогрессивными методиками лечения различных видов травм.

– Если мы, врачи разных специальностей, начнём вместе обсуждать насущные проблемы, это будет способствовать не только нашему взаимопониманию, но и пойдёт на пользу пациентам. Конференция рассчитана на тесное сотрудничество врачей разных направлений, – подчеркнул профессор кафедры факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Александр Кириенко.

В программе конференции были актуальные лекции, симпозиумы, презентации инновационных технологий.

Ольга СЛАСТИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Санитарная зона

Что показал «клещевой сезон»

С осенью мы распрощались, и эпидемиологи подводят итоги «клещевого сезона». Так, по данным Управления Роспотребнадзора по Омской области, с начала эпидсезона за медицинской помощью с жалобами на присасывание клещей обратилось 3883 человек, в том числе 1259 детей (для сравнения: в 2016 г. – 3937, в том числе 1164 ребёнка).

В мегаполисе помощь медиков по поводу укуса клеща потребовалась 1603 омичам. За прошедший период зарегистрирован 21 случай заболевания клещевым вирусным энцефалитом, 19 – клещевым боррелиозом и 2 – гранулоцитарным анаплазмозом человека.

В лабораториях Омска и региона

практически постоянно проводились исследования клещей на предмет их заражённости вирусами. Известно, что эти насекомые являются переносчиками более 10 бактериальных и вирусных заболеваний.

За время активной «охоты» клещей на людей проведены акарицидные обработки на территории зон массового отдыха, парков, скверов и летних оздоровительных учреждений.

Лаборанты в течение всего периода изучали как живых, так и мёртвых клещей, которых потерпевшие смогли снять с себя... К счастью, обошлось без опасных для здоровья человека последствий...

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

Определить магистральные направления в развитии и совершенствовании национальной физиотерапевтической службы, попытаться скоординировать работу исследователей и практиков в области воздействия на организм природных факторов, наконец, оценить процесс внедрения современных профильных технологий в практическое здравоохранение – такую триединую задачу решал VII Всероссийский съезд физиотерапевтов, завершившийся в Санкт-Петербурге. Форум был приурочен к 130-летию основания кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Открытие этой кафедры, изначально именовавшейся «физических методов лечения и нелекарственной терапии», положило зачаток практике систематической академической последипломной подготовки врачей по специальности «физиотерапия» не только в нашей стране, но и в мире в целом.

Съезд, количество делегатов которого превысило 400 человек из России, Белоруссии, Латвии, не только практиков, но и учёных, в том числе 11 профессоров, 13 докторов, 20 кандидатов наук, 18 доцентов, в течение 3 дней являл собой представительную международную платформу для обмена опытом.

Пленарные заседания были посвящены достижениям и перспективам развития специальности (профессора В.Кириянова, Г.Пономаренко, Т.Белоусова, В.Дробышев). Большой интерес вызвали доклады, затронувшие медицинские и технические проблемы современной физиотерапии, организационные и научные основы развития физиотерапевтической и

Проблемы и решения

У физиотерапии неоглядные перспективы, но...

В Санкт-Петербурге сторонники самых безопасных методов лечения рискнули поразмышлять стратегически

санаторно-курортной помощи (доктор медицинских наук Р.Бодрова, профессор В.Кириянова, кандидат медицинских наук Н.Губина). Не остался незамеченным профессиональной аудиторией акцент на необходимости совершенствования нормативно-правового регулирования. Специалистам приходится недоумевать по поводу отсутствия до сих пор тарифов на физиотерапевтические услуги, что ведёт к сокращению штатов профильных кабинетов, ограничению необходимого количества процедур, отсутствию положенного курсового лечения, простому оборудованию вследствие экономической незаинтересованности руководителей государственных медицинских учреждений «продвигать» физиотерапевтическую помощь. Эту острую тему поднимали на съезде профессор В.Кириянова и кандидат медицинских наук Е.Сергеева. Далеко не праздный вопрос, способный перегрузить повестку дня, по мнению делегатов съезда, – «буксующие» профессиональные стандарты. Вот

почему их разработка оказалась в фокусе внимания сразу нескольких докладчиков (Г.Пономаренко, Р.Бодрова, Е.Сергеева).

Рефреном на форуме звучало утверждение: мол, с каждым годом возможности немедикаментозного лечения возрастают, они доказали свою эффективность не только в реабилитационной медицине, но и в физиопрофилактике, физиодиагностике. Похоже, неоглядные перспективы открылись для развития регенеративной физиотерапии и использования физических методов воздействия на всех этапах лечения онкологических больных. Так, аплодисментами сопровождалась беспрецедентная с точки зрения их большой научно-практической значимости выступления об эффективности физиотерапии в онкогинекологии (С.Озол), в реабилитации детей с онкогематологической патологией (профессор Н.Каладзе), нейрореабилитации онкологических больных (кандидат медицинских наук А.Тершин). Резонансными у посланцев физиотерапевтических

служб регионов и гостей из «ближнего зарубежья» стали сообщения о физиопунктуре (доктор медицинских наук И.Бойцов), терагерцевом излучении (кандидат медицинских наук А.Реуков), широкополосных модулированных токах (кандидат медицинских наук А.Максимов).

Конечно же, на съезде особым вниманием собравшихся был справедливо обласкан и такой важнейший раздел работы, как санаторно-курортное лечение (кандидат медицинских наук Н.Губина, профессор С.Абрамович). Об эффективности физиотерапевтических процедур специалисты, опираясь на принципы доказательной медицины, вели речь с учётом как клинической, так и экономической составляющей.

Докладчики и выступавшие в прениях подчёркивали: первоначальные задачи модернизации отечественного здравоохранения априори связывались с доступностью качественных методов физиотерапии, с соблюдением норм и правил охраны труда медработников, в том числе обеспечением

электробезопасности в кабинетах и отделениях физиотерапии. Говорить о зримых достижениях на этом пути, увы, не приходится. Вместе с тем большие надежды в плане мониторинга качества физиотерапевтических услуг представители сообщества возлагают сегодня на сведения Росстата и ожидаемое совершенствование регламентирующей нормативно-правовой базы.

Научно-практической программой форума предусматривалось проведение 2 «круглых столов». Один из них, где участники обсуждали прогрессивные технологии физиотерапии в лечении и реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля, комплексное применение физических факторов в педиатрии, состоялся в восстановительном центре детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Адресом работы другого стола, за которым обсуждались аспекты физиотерапевтического лечения и реабилитации взрослых, был санаторий «Дюны».

В итоговой резолюции состоявшегося форума его участники высказались за немедленную разработку советом Ассоциации физиотерапии и медицинской реабилитации во главе с профессором СЗГМУ Верой Кирияновой профессиональных стандартов врача-физиотерапевта и медицинской сестры по физиотерапии. Также во время съезда единогласно было принято решение внести дополнения по оказанию физиотерапевтических услуг в стандарты оказания медицинской помощи. Не за горами, похоже, разработка и утверждение клинических рекомендаций (протоколов лечения) с включением физиотерапевтических услуг. Они коснутся неврологической и травматологической практик, онкологии и педиатрии.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Деловые встречи

Под эгидой Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и при поддержке Российского футбольного союза состоялся X Международный симпозиум по спортивной медицине и реабилитологии. Мероприятие, ставшее уже традиционным в стенах университета, в юбилейный год собрало более 600 специалистов в области спортивной медицины из России и стран зарубежья. Среди них: врачи ведущих спортивных клубов и реабилитационных клиник, члены РАН, тренеры с многолетним стажем работы в командах, известные спортсмены со всей страны – из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Волгограда, Красноярска, Ростова-Дону, Хабаровска, Самары и т.д. Также нельзя не отметить стабильный интерес мирового спортивного сообщества: специалисты из стран ближнего и дальнего зарубежья – Италии, Германии, Казахстана, Узбекистана и Белоруссии – посетили симпозиум в юбилейный год. Более 80 человек представляли медицинские службы футбольных клубов.

Перед участниками выступили более 30 докладчиков, отличающихся высоким научным уровнем представленных материалов и их большим практическим значением. В их числе гости из Римского университета Сапиенца, клиники «Вилла Стюарт» (Италия) и Германии.

В адрес симпозиума поступили официальные приветствия Министерства здравоохранения РФ и Паралимпийского комитета России. Сопредседателями симпозиума традиционно выступили заведующий кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского университета профессор Евгений Ачкасов и член

Спортивная медицина в России: вчера, сегодня, завтра

Обширная дискуссия на эту тему прошла в Москве



Без надёжных врачей сегодня немислимы победы наших спортсменов

исполкома Паралимпийского комитета России профессор Игорь Медведев. В президиуме главный врач по спортивной медицине Минздрава России Борис Поляев, директор центра спортивной медицины и реабилитации ФМБА России Андрей Середа, академик РАН Сергей Пузин, член-корреспондент РАН Николай Фудин. Ведущим мероприятия, как и в прошлые годы, был главный врач сборной России по футболу Эдуард Безуглов.

«Вы знаете, мне действительно очень приятно, что мы с вами уже 10 лет и столько же лет наша с вами конференция существует, – такими словами открыл меропри-

ятие Е.Ачкасов. – Эта атмосфера создаст нам отличный задел на научно-практическую работу». Пожелав всем участникам продуктивной работы, он представил доклад на тему «Спортивная медицина в России: вчера, сегодня, завтра».

Особое внимание в рамках симпозиума было уделено вопросам непрерывного образования в спортивной медицине: «Наиболее интересные, на наш взгляд, доклады будут смонтированы в видеоролики, которые мы разместим на сайте для врачей и всех желающих. В Российском футбольном союзе есть цель – непрерывный цикл образования врачей», – выступил

с заявлением врач сборной России по футболу Эдуард Безуглов.

В работе директора института Саранского университета члена-корреспондента РАН Ларисы Бальковой «Метаболические средства в спортивной медицине» были рассмотрены остро стоящие в последнее время вопросы фармакологической поддержки спорта высших достижений и спортивного питания. Работа вызвала активное обсуждение среди специалистов в этой области.

Ирина Зеленкова, ведущий специалист инновационного центра Олимпийского комитета России, выступила с докладом на тему «Гипоксические тренировки в профессиональном спорте: протокол применения, безопасность и эффективность», где подробно описала результаты исследований гипоксических тренировок, которые эффективно развивают выносливость спортсменов.

Европейский опыт лечения спортивных травм представили коллеги из Италии Энрико Чеккарелли и Визелли Мария Кьяра, о возможности мануальной терапии в лечении грыж позвоночника докладывал профессор Римского университета Сапиенца Д.Саидбеков. Физиотерапевт из Германии Торстен Поль продемонстрировал техники миофасциального релиза в тренировочном процессе.

Впервые в рамках симпозиума состоялся «круглый стол» по пробле-

мам развития спортивной медицины, на котором были выслушаны мнения врачей, тренеров и спортсменов. Высокую практическую значимость предложенного формата дискуссии отметили все её участники.

В рамках симпозиума была организована масштабная специализированная выставочная экспозиция, на которой было представлено более 40 стендов, представляющих новейшие мировые и отечественные разработки медицинского оборудования, фармакологической инутрицевтической промышленности.

За годы проведения симпозиум прочно закрепил за собой статус одного из самых представительных международных научно-практических мероприятий в России, полезных как для врачей, так и для спортсменов и тренеров, ежегодно привлекающий всё большее количество участников и партнёров.

Участники симпозиума отметили высокий уровень организации, доброжелательную, домашнюю обстановку и оценили новый современный формат проведения симпозиума с сочетанием научных докладов и дискуссии в виде «круглого стола». По завершении симпозиума самые активные его участники были отмечены ценными призами и подарками от организаторов и партнёров мероприятия.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы кандидат медицинских наук Сергей Ремизов приветствовал участников в зале учебно-исследовательского центра Московской федерации профсоюзов.

— Нам вместе предстоит и дальше упорно работать над улучшением жизненного уровня медиков в тесном контакте со столичным Департаментом здравоохранения, с которым заключено соглашение о сотрудничестве. Мы имеем полное право защищать работников, опираясь на закон «О профессиональных союзах» и Трудовой кодекс. Нами уделяется пристальное внимание тому, чтобы каждый работник медицинской сферы имел хорошие условия работы и получал достойную зарплату. Именно с этой целью руководством профсоюза было принято решение о проведении первого городского расширенного профсоюзного совещания. Здесь собрались свыше 350 активистов, которые получат возможность приобрести практические знания в области правозащитной деятельности.

Хорошую традицию встречаться и обсуждать актуальные вопросы и роль в этом профсоюза поддержал заместитель руководителя столичного Департамента здравоохранения кандидат медицинских наук Алексей Погонин. С его точки зрения очень важно, чтобы проводимое совершенствование системы оказания медицинской помощи учитывало мнение пациентов и между москвичами и органами управления здравоохранения постоянно работала обратная связь. Для этого используются все современные средства и каналы получения информации, в том числе и при непосредственном обращении в департамент.

— Мы открыты для контактов и конструктивного диалога, и наша позиция предельно ясна — повысить доступность и качество медицинской помощи, проявляя настоящую заботу вместе с профсоюзом о тех, кто её оказывает. Для этого реализуется целый блок мероприятий: подводим итоги «Лучший врач» в той или иной специальности, вводится статус «Московский врач». Речь идёт также о выделении грантов, стимулирующих выплатах. Надо строить открытые отношения, почестному разговаривать с медиками и населением. Руководитель департамента Алексей Хрипун запланировал серию встреч в поликлиниках с пациентами, чтобы знать, что их больше всего волнует сегодня. Это неотъемлемая часть работы Департамента здравоохранения Москвы.

С приветственным словом к собравшимся обратилась заместитель председателя Московской федерации профсоюзов Наталья Свиридова, отметившая, что отраслевой профсоюз — сильная организация, твёрдо стоящая на позициях интересов медиков. Наталья Анатольевна также затронула вопрос о проблемах летнего отдыха детей, о помощи столичного профсоюза работников здравоохранения в подборе в детские лагеря медицинского персонала.

Вместе мы сильны

Именно такой вывод можно сделать, просмотрев видеофильм об итогах работы за 2016–2017 гг. Московский профсоюз объединяет 135 103 работника здравоохранения. В большинстве территориальных и первичных организаций охват профсоюзным членством составляет более 50%. Это особенно важно для укрепления позиций и автори-

Смысл всей деятельности Профсоюза работников здравоохранения Москвы вот уже четверть века направлен на защиту социально-экономических прав работников отрасли. Особенно заметно его влияние в последние годы, когда в столичной медицине происходят заметные перемены. И в них есть доля усилий профсоюзных организаций лечебных учреждений, а также федеральных клиник и институтов Москвы. Но чтобы реально влиять на положение дел и добиваться поставленных перед профсоюзом задач, надо быть готовыми сражаться за

Итоги и прогнозы

За достойный труд

Профсоюз настроен поддержать медиков во всех жизненных ситуациях



В президиуме совещания

тета отраслевого профсоюза в гражданском обществе, особенно сейчас, когда на сцену «выползают» профсоюзные псевдозащитники. Сегодня особенное значение придаётся социальному партнёрству. Между профсоюзом здравоохранения Москвы и столичным Департаментом здравоохранения заключено на 2016–2018 гг. соглашение о сотрудничестве. Чтобы профсоюзные кадры умели вести правозащитную работу, был проведён семинар-тренинг «Командообразование». В фильме также отмечены форум «Те, кому не всё равно», научно-практическая конференция «Правовое обеспечение деятельности работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы», проведены контрольные проверки, выявившие нарушения, все они были устранены. Очень весомой была работа в прошлом году по восстановлению денежных выплат работникам на сумму более 1 млн 318 тыс. руб., в том числе 1 млн 29 тыс. за стаж непрерывной работы. Проводились оценки условий труда, особенно волновало выведение из трудового процесса биологического фактора. В прошлом году по инициативе столичного Департамента здравоохранения и московского профсоюза была создана онлайн-приёмная уполномоченного по защите прав медицинских работников. Всё это звенья одной цепи, что придаёт авторитет Профсоюзу работников здравоохранения Москвы, который и в дальнейшем намерен взаимодействовать со столичным департаментом, выражать консолидированную точку зрения профессионального сообщества и добиваться конкретных результатов в защите социально-экономических прав работников здравоохранения.

Система ценностей

Все выступившие в прениях на первое место ставили труд медиков как высшую ценность. Тон этому задавала Анна Гайдт,

заведующая отделом организационной работы профсоюза, кандидат политических наук в докладе «Современное российское общество и профсоюзы». «Мы являемся соединительным звеном с государством, цель которого — благосостояние, обеспечение здоровья, умножение человеческого капитала», — подчеркнула она.

О правозащитной работе профсоюза как инструменте мотивации работников медицинских организаций говорила Татьяна Юреньева, руководитель Управления правового обеспечения. Этот опыт накоплен за 100 лет осуществления первых правозащитных шагов — от митингов, стачек до сегодняшнего конструктивного диалога с властью, что вывело профсоюзы на приоритетные позиции.

Не менее важная функция профсоюза — представительство экономических интересов как определяющего фактора социальной защищённости работников. Говоря об этом, Ольга Манейлова, заведующая отделом экономической работы и оплаты труда, ссылалась на Конституцию России, определяющую социальные гарантии всем гражданам, на соблюдение работодателем трудового законодательства. И в этом плане профсоюзная организация обладает широкими полномочиями по защите законных прав и интересов медиков.

Профсоюз проводит огромную работу по социальной защите пострадавших на производстве. Конкретные примеры привела в своём выступлении Елена Бугаенко, заведующая отделом охраны труда — технической инспекции труда. И здесь важно, подчеркнула она, обязательное объективное расследование несчастного случая, чтобы пострадавший получил материальную помощь от государства.

В программе совещания были затронуты такие важные темы, как «Роль и значение мотивированного мнения выборного органа первичной профсоюзной

организации», «Система ценностей Профсоюза работников здравоохранения Москвы». Их содержание подробно было раскрыто в выступлениях Аллы Дубовицкой и Любови Загустинной — председателей территориальных профсоюзных организаций Юго-Восточного и Западного административных округов.

— Мы работаем на стабильное сегодня и уверенное завтра, защищая права, сохраняя силы и время работников медицинских организаций Москвы, — сказала А.Дубовицкая.

— Система ценностей включает: порядочность и профессионализм, взаимовыручку и доброжелательность, коллегиальность и коллективизм, уважение к человеку труда и традициям профсоюза, стремление к личностному росту и постоянному совершенствованию. Своей работой мы должны показать, что профсоюз — это каждый из нас, и все мы вместе, — подчеркнула Л.Загустина. — Гласность в работе, ежегодные отчёты по выполнению коллективных договоров, постоянная информированность

в этом году на курортах Краснодарского края. В результате за полгода число членов увеличилось в 3 раза. По всем вопросам, заявила М.Лопухина, они находят поддержку в отраслевом профсоюзе Москвы.

Елена Царегородцева, председатель первичной профсоюзной организации детской стоматологической поликлиники № 29 поблагодарила головное руководство профсоюза за содержательную информацию на сайте, которая служит ориентиром в правозащитных вопросах, а также за мастер-классы.

Оксана Катыхина, председатель первичной профсоюзной организации больницы «Кузнецники» Юго-Западного административного округа столицы, высказалась за широкую информированность членов профсоюза, чтобы они чётко видели результаты профсоюзной деятельности, тогда и мотивация членства повысится.

По окончании выступлений все желающие смогли задать интересующие вопросы, которые касались и служебного жилья для медицинских работников,



Участники совещания внимательно слушали выступающих

сотрудников о деятельности профсоюза, учёт их замечаний и предложений укрепляют единство наших рядов, улучшают микроклимат в коллективах, что в конечном итоге способствует мотивации профсоюзного членства.

К сказанному Сергей Ремизов добавил: «Только вместе мы способны осуществить социальную защиту, помочь работнику справиться с трудной жизненной ситуацией, вернуть самоуважение, уверенность в своих силах».

Когда заявленные в программе докладчики выступили, председательствующий пригласил к разговору желающих.

Взявшая слово Мария Лопухина, председатель первички городской клинической больницы им. О.Е.Мухина, рассказала о небольших, но достижениях в работе своей организации: удалось «вернуть» дополнительные отпуска, 73 работника отдохнули

и дополнительных отпусков, и стимулирующих выплат, и компенсаций. Председатель профсоюза С.Ремизов дал на них исчерпывающие и конкретные ответы, посоветовав чаще заходить на сайт московского Профсоюза работников здравоохранения, где можно найти самые свежие приказы, дополнения в законодательные акты.

Высокий уровень организации совещания показал необходимость ежегодных встреч аппарата профсоюза с профактивом города. Именно заинтересованное обсуждение и живое общение способствуют решению задач, которые неизбежно встают перед развивающейся отраслью и теми, кто отвечает за здоровье россиян.

Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональной политики «МГ».

Москва.

Когда-то, лет 10-15 назад, академик РАН Галина Савельева сказала, обращаясь к своим коллегам акушерам-гинекологам: «Прекратите ругать неонатологов. Они исправляют наши ошибки». Похоже, с тех пор отношения между докторами стали меняться, позиции сближаться, а с появлением Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (куда входят и те, и другие) – укрепляться. Ведь задача общая – получить здорового ребёнка. – Работать можно только в команде и решать вопросы надо вместе. Здесь – как в оркестре. Если кто-то фальшивит, мелодия будет уже не та, – отметил на последнем конгрессе специалистов перинатальной медицины президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин. – У нас у всех есть перспектива роста, но результат зависит от междисциплинарного взаимодействия.

Чем раньше, тем лучше?

Продолжил мысль Н.Володина главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы Александр Конопляников.

– Только совместная работа в одной команде может привести к успеху, – сказал он, обсуждая тему ранней выписки из роддома. – Пока мы ещё не готовы к тому, чтобы пациентка через 12-24 часа после родов была дома, но думать об этом надо. В ближайшие 1-1,5 года я буду делать всё, чтобы подготовиться. Безусловно, нужна помощь педиатрической службы. Потому что выписать женщину из роддома с ребёнком на руках и не иметь подкрепления педиатрической службы невозможно. Следует обучать кадры: и акушерские, и педиатрические. Ну и население, конечно. На сегодняшний день служба города не в состоянии стопроцентно реализовать патронаж и акушерский, и неонатальный.

А.Конопляников рассказал, что предпринимается в городе для улучшения оказания помощи женщинам и оптимизации использования имеющихся ресурсов.

Четыре года назад все отдельно стоящие родильные дома на территории Москвы ввели в структуру многопрофильных больниц, а в июне нынешнего года – все женские консультации. (В каждое из таких учреждений, а их в городе 19, вошло от 5 до 11 женских консультаций). Теперь всё женское население столицы распределено по территориальному принципу в эти 19 учреждений, которые пока условно назвали центрами женского здоровья. Получается, наблюдение в женской консультации, оказание помощи в гинекологических отделениях, роды в родильном доме, решение вопросов послеродового периода – всё это происходит под одной крышей.

Насколько рационально нововведение, покажет время. Москва часто экспериментирует. Но ранняя выписка, на наш взгляд, выглядит всё-таки недостаточно просчитанным экспериментом. Ясно, что она касается физиологических родов. Однако, как отметил профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Сергей Бельмер, нужно понимать, кого можно, а кого нельзя выписывать. Важен дифференцированный подход. Должны быть чёткие критерии, система, позволяющая выявить группы риска для ребёнка.

Мама должна быть готова взять на себя уход за новорождённым, уметь его осуществлять и осознавать, что происходит. Через 12 часов после родов она вряд ли будет готова. Поэтому, по мнению С.Бельмера, речь должна идти всё же о 24-48 часах.

– В течение этого времени выписка реальна, – считает он.

По словам профессора, многое можно организационно переложить на амбулаторное звено, но некоторые вещи лучше оставить за роддомом. Чтобы выйти на 24 часа, нужна большая подготовительная работа.

– Настрой на то, чтобы выписывать женщину с новорождённым из роддома в конце вторых суток и даже раньше, вероятно, обусловлен экономическими проблемами, – прокомментировал Н.Володин. – Но нужно понимать, что ребёнок выписывается в тот период, когда могут возникать пограничные с нормой состояния. У него, например, может продолжаться нарастание билирубина. У нас уже были случаи, когда ребёнок в возрасте 5-6 месяцев

ведь бесплодие – болезнь. К тому же они недостаточно обследованы, например в плане системы гемостаза. Вот и попробуйте получить от них хорошее потомство.

– Я с большим уважением отношусь к коллегам акушерам-гинекологам, но давайте скажем честно, невозможно решить демографическую проблему с помощью ВРТ, – высказала свою точку зрения председатель исполкома Союза педиатров России, президент Европейской педиатрической ассоциации,

внутриутробный период, являются ключевыми для становления здоровья малыша.

Почему так остро стоит проблема реабилитации? Количество детей-инвалидов за последнее десятилетие достигло 2% детского населения страны. Лидируют психические расстройства и расстройства поведения, врождённые аномалии и хромосомные нарушения, болезни нервной системы.

Педиатры уже давно бьют тревогу по поводу такого положения дел.

ограждён от инфекционных воздействий.

По словам И.Давыдовой, сейчас очень часто медотводы от прививок, причём длительные, дают механически и неврологи, и пульмонологи, и офтальмологи, и кардиологи, мотивируя это медицинскими показаниями. Такие медотводы должны быть подвергнуты тщательному изучению и коррекции. На самом деле только жизнеугрожающие и острые состояния, сопровождающиеся интоксикацией, являются

Главная тема

Оркестр общего дела

Преемственность и командный подход – ключ к успеху



Выступает Н.Володин

поступал в больницу с показателем билирубина 480. Вероятность поражения мозга при таких цифрах очень высока. Поэтому я не против ранней выписки, но тогда необходимо обеспечить соответствующее наблюдение за ребёнком, контроль за билирубином или дополнительный осмотр новорождённого в домашних условиях. Есть масса других вопросов, связанных с ранней выпиской, скажем, прививки. Следует провести целый комплекс организационных мероприятий.

Ранняя выписка из родильного дома – лишь один из вопросов, которые рассматривались на конгрессе специалистов перинатальной медицины. Бурное обсуждение вызвало сообщение кандидата медицинских наук Дилором Камиловой о роли вспомогательных репродуктивных технологий в улучшении демографической ситуации и здоровье детей, рождённых с их помощью.

Количество малышей, появившихся на свет в результате ЭКО, год от года увеличивается. Радоваться ли столь стремительному прогрессу? Ведь, по данным литературы, у этих детей повышены риски перинатальных исходов, частота аномалий развития, онкологические риски, чаще встречаются нарушения психомоторного и физического развития, генетические и импринтные нарушения. Всё это заставляет исследователей анализировать.

По словам Д.Камиловой, действительно такие дети чаще рождаются со сниженным весом, порой преждевременно, поскольку многоплодная беременность – не редкость. Влияет и исходное состояние репродуктивной системы матери. Но здоровы, утверждает Д.Камилова, 95% детей первого-второго года жизни, рождённых после ЭКО.

– Мы не можем сказать на сегодняшний день, сколько у нас здоровых детей после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). У каждой группы исследователей показатели разные. Как на самом деле – никто не знает, – возразил академик РАН Александр Стрижков. – Все эти женщины больные,

заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей, академик РАН Лейла Намазова-Баранова. – Педиатры предпринимают попытки объединиться с акушерами на почве выяснения объективного состояния здоровья детей, рождённых после ВРТ. Мы предлагаем обследовать этих ребятшек в 3 года, 6 лет. Тогда будет понятно, как вести данную категорию детей дальше. То, что они особенные, очевидно.

По мнению Л.Намазовой-Барановой, если хотим улучшить здоровье будущих поколений, надо вкладывать ресурсы в подростков, желательно начинать их оздоравливать, реабилитировать как можно раньше, чтобы они входили в репродуктивный возраст подготовленными.

В этом залог победы.

Реабилитация = абилитация

Врачи борются за каждую наступившую беременность, за то, чтобы она завершилась благополучно. Но далеко не все дети, даже зачатые естественным путём, появляются на свет здоровыми и в срок. А потому они нуждаются не только в лечении, но и в реабилитации (кстати, реабилитация объявлена

Ещё в 2016 г. была принята резолюция Союза педиатров России, где говорилось о необходимости увеличения объёма профилактической работы при проведении профосмотров здоровых и диспансерном наблюдении больных детей, расширении сети учреждений, оказывающих комплексную реабилитационную помощь маленьким пациентам на региональном и муниципальном уровнях.

– В раннем детском возрасте мы подходим к ребёнку с позиций целостности организма и с учётом его индивидуальных особенностей, – поделилась опытом И.Давыдова. – Очень важны этапность и преемственность. Реабилитолог может начинать работать с этапа родильного дома. Затем эта деятельность продолжается в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорождённых, патологии новорождённых, восстановительного лечения детей с последствиями перинатальной патологии и самое главное – на амбулаторном этапе, который может длиться долго. Важен мультидисциплинарный подход, комплексное лечение (подразумевающее медикаментозные и немедикаментозные методы), психолого-педагогическая коррекция, нутритивная поддержка, профилактика острых инфекционных состояний и обязательный контроль совокупной нагрузки. Следует придерживаться гуманистического подхода, по возможности минимизировать инвазивные манипуляции, процедуры, связанные с причинением необоснованной боли.



Оживлённый обмен мнениями в перерывах между заседаниями

Всемирной организацией здравоохранения в качестве стратегии XXI века), а точнее – в абилитации, так как применительно к недоношенному ребёнку речь идёт не о восстановлении утраченных функций, а об их развитии и становлении. Просто термин «реабилитация» наиболее распространён.

О том, как помочь ребёнку максимально адаптироваться, чтобы его развитие позволило ему стать полноценным членом общества, говорила заведующая отделением восстановительного лечения НМИЦ здоровья детей Ирина Давыдова, ведь первые 1000 дней, включая

зировать инвазивные манипуляции, процедуры, связанные с причинением необоснованной боли.

И.Давыдова остановилась на активной и пассивной иммунизации недоношенных детей и детей первого года жизни.

– Да, мы имеем дело с особым контингентом больных. Но незрелость иммунной системы недоношенного ребёнка не означает, что она отсутствует. Нами получены результаты о вполне адекватном иммунном ответе на вакцинацию и пассивную иммунизацию, причём антитела достигают защитного уровня, и ребёнок может быть

противопоказанием для вакцинации и пассивной иммунизации. Конечно же, она должна проводиться по индивидуальной программе, поливалентными вакцинами для уменьшения инъекционной нагрузки, и начинать вакцинацию желательно в стационаре, в отделениях неонатологического профиля с учётом тяжести патологии. Доказано, что титры антител, вырабатываемых при вакцинации недоношенных, могут быть ниже, чем у доношенных детей, но всё-таки они достигают защитного уровня.

– Надо поменять своё отношение к вакцинопрофилактике у недоношенных, чтобы не было таких необоснованных и длительных медотводов, – призвала коллег И.Давыдова.

Она отметила также, что 76% детей получают реабилитационную помощь с применением высоких технологий в основном в крупных федеральных центрах. По её мнению, необходимо создание реабилитационных структур в регионах РФ с привлечением средств ВМП, ведь итоги реабилитации обнадеживают.

– Если мы вкладываемся в состояние здоровья ребёнка и его развитие в первые 200 дней жизни, мы можем получить полноценного члена общества, интегрированного в социальные структуры, – отметила И.Давыдова, опираясь на опыт Научного центра здоровья детей. – У 73% детей с перинатальным поражением центральной нервной системы без структурно-морфологических изменений удаётся избежать инвалидизации в раннем возрасте, хотя мы имеем дело с очень тяжёлым контингентом больных.

Большой интерес у участников конгресса вызвало сообщение представителя Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва профессора Светланы Варфоломеевой, посвящённое неонатальной онкологии – новому направлению в педиатрии, стержнем которого является изучение биологии развития организма ребёнка. По словам С.Варфоломеевой, дети первого года жизни болеют злокачественными новообразованиями чаще, чем дети остальных возрастов. Причём многие получают ненужную тяжёлую химиотерапию, хотя требуется зачастую лишь активное наблюдение врача. Поскольку, оказывается, большое количество опухолей этого возраста имеет возможность спонтанной регрессии без начала химиотерапии.

Обмен новой информацией, опытом, мнениями оказался чрезвычайно полезным и для акушеров-гинекологов, и для неонатологов, и для врачей других специальностей, работающих в области охраны материнства и детства. И хоть порой возникали жаркие дискуссии, всё же в конце концов по многим вопросам удавалось достигать согласия, что весьма отраднo.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Мероприятие посвящено памяти выдающегося отечественного гематолога, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача РФ Кудрата Абдулкадырова. О приоритетных задачах и перспективных направлениях развития современной гематологии, которые в рамках конференции обсудят эксперты, в интервью «МГ» рассказал руководитель Гематологической клиники Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства, кандидат медицинских наук Сергей Волошин.

— Сергей Владимирович, вам посчастливилось не только работать в одной команде с Кудратом Мугутдиновичем, но и совместно написать несколько научно-практических работ. Каким вам запомнился этот выдающийся учёный и педагог?

— К сожалению, уже больше года его нет с нами. Без сомнения, это безвозвратная потеря для отечественной гематологии. Кудрат Мугутдинович навсегда останется в памяти современников как известный учёный с мировым именем, опытный клиницист, посвятивший более полувека лечению больных и исследованиям заболеваний системы крови, создавший одну из ведущих отечественных научных гематологических школ. Он прошёл путь от простого аспиранта до руководителя Гематологической клиники Ленинградского НИИ переливания крови (теперь — РНИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА), которую он возглавил в 1970 г. В 1973 г. с успехом защитил докторскую диссертацию, а уже через 5 лет ему было присвоено учёное звание профессора. С 1974 г. и до последнего дня жизни К.Абдулкадыров являлся председателем Ленинградского (Санкт-Петербургского) общества гематологов, главным специалистом-гематологом Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга.

За многолетнюю научную и практическую деятельность Кудратом Мугутдиновичем воспитана плеяда гематологов, врачей и учёных. Были разработаны и внедрены многие методы диагностики и лечения заболеваний системы крови, сегодня широко используемые в отечественном здравоохранении, опубликовано более тысячи печатных работ, под его руководством защищено более 50 кандидатских и докторских диссертаций. К.Абдулкадыров пользовался заслуженным авторитетом среди коллег, входил в составы редколлегий многих отечественных и зарубежных гематологических журналов, являлся главным редактором журнала «Вестник гематологии».

Проведение научно-практической конференции, посвящённой его памяти, — отличная возможность напомнить нашим современникам, какую высокую планку нужно задавать и к каким высотам стремиться, если сфера деятельности связана со спасением жизни людей. Я уверен, что выдающиеся успехи профессора К.Абдулкадырова послужат толчком для профессионального развития многих специалистов-гематологов.

— Многие эксперты считают, что прогресс в лечении онкогематологических заболеваний — самый существенный среди всех онкологических заболеваний. Вы солидарны с такой точкой зрения?

— Абсолютно. О последних достижениях терапии гемобластозов как в мире, так и в нашей стране нельзя не говорить с некоторой долей восхищения. Ведь что стоит за процессом внедрения инновационных противоопухолевых средств для лечения заболеваний? Это прежде всего новый виток развития гематологии, новый тип мышления современного врача, это тысячи спасённых пациентов и улучшающееся качество их жизни, что немаловажно при проведении терапии онкогематологических заболеваний. Например, в результате лечения хронического миелоидного лейкоза

Авторитетное мнение

Из прошлого в будущее отечественной гематологии

С 17 по 19 ноября 2017 г. в Санкт-Петербурге состоится региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы оказания гематологической помощи»



С. Волошин

(ХМЛ) ингибиторами тирозинкиназы у больных возникают длительные ремиссии, увеличивается продолжительность жизни. Как показывает практика, на фоне лечения даже препаратами первого поколения в 50% случаев не отмечается рецидивов заболевания, и это, безусловно, огромный успех. Если традиционная химиотерапия уничтожает раковые клетки, то принцип действия ингибиторов тирозинкиназы при лечении ХМЛ заключается в борьбе с факторами, обуславливающими развитие раковых клеток.

Первым в ряду ингибиторов тирозинкиназы был иматиниб, затем появились следующие поколения препаратов: нилотиниб и дазатиниб, бозутиниб, а затем и понатиниб, который «работает» при резистентных формах ХМЛ. Сегодня ингибиторы киназ также используются в лечении хронического лимфолейкоза, ведутся клинические испытания новых препаратов этой группы для лечения острых миелобластных лейкозов.

Нельзя не сказать о внедрении в клиническую практику некоторых моноклональных антител (ритуксимаб и др.), которые в ряде случаев излечивают пациентов при В-клеточных лимфо- и миелоидных новообразованиях. Сейчас спектр действия новых моноклональных антител расширился и охватывает лимфому Ходжкина, некоторые варианты Т-клеточных лимфом.

Отлично зарекомендовали себя в клинической практике иммуномодуляторы (леналидомид, помалидомид). Эти препараты блокируют ангиогенез и обладают иммуномодулирующими свойствами, активируют собственный иммунитет пациента на борьбу с опухолью. В настоящее время их успешно применяют не только для лечения множественной миеломы, но и других онкогематологических заболеваний.

Большие перспективы открываются с развитием такого направления, как иммуноонкология. Как известно, опухолевые клетки могут выделять вещества, которые блокируют иммунную систему человека. Сегодня появляются препараты, в частности моноклональные антитела, которые блокируют либо рецептор клетки к этому веществу, либо само это вещество, что активирует защитные функции иммунной системы.

Пересадка костного мозга также во многих случаях спасает жизнь пациента. Единственным на сегодняшний день методом, когда можно говорить о полном излечении при онкогематологических заболеваниях, является аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. Однако этот вид лечения сопряжён с рядом сложностей. Одна

из основных проблем — недостаток в донорах. Национальный регистр доноров костного мозга в России пока лишь формируется. Вместе с тем в мире и у нас в стране начало развиваться новое направление — так называемая гаплогенетическая трансплантация стволовых клеток. Её суть в том, что стволовые гемопоэтические клетки можно брать не только от сестёр или братьев, но и других родственников. Это значительно облегчает доступ к донорам, делает трансплантацию более доступной, и многие трансплантационные центры сейчас активно развивают это направление.

— Вопросы, обозначенные в программе конференции, напрямую перекликаются с глобальными вызовами, которые сегодня стоят перед российскими врачами и системой здравоохранения в целом. Внедрение стационарных замещающих технологий, взаимодействие пациентских организаций с врачами и органами управления здравоохранением, лекарственное обеспечение пациентов в условиях современного мегаполиса и т.д. Есть ли сегодня понимание, каким образом будут решаться эти задачи?

— Прежде всего необходимо наладить более тесное общение и сотрудничество между врачами и пациентами в области реформирования отечественного здравоохранения, защиты прав пациентов и медицинских сотрудников, обеспечения равноправного доступа к вы-

сказки медицинской помощи жизненно необходима координированная работа врачебного и пациентского сообщества в диалоге с органами управления здравоохранения и исполнительной властью как для обоснования необходимых размеров финансовых затрат, так и для налаживания маршрутизации пациентов, выстраивания этапов гематологической помощи, позволяющих достигать максимальных результатов при использовании ограниченных ресурсов.

— Отдельным блоком на конференции будет обсуждаться тема «Новые перспективы в гематологии». О каких заболеваниях и каких методах терапии пойдёт речь? Насколько они перспективны с точки зрения использования в нашей стране?

— В рамках обсуждения перспектив в гематологии эксперты конференции прежде всего обсудят новые подходы в лечении таких заболеваний, как множественная миелома, хронический лимфолейкоз и другие лимфо- и миелоидные новообразования. Во-первых, потому что они значительно ограничивают продолжительность жизни пациентов. Во-вторых, потому что для их лечения появилось значительное количество лекарственных средств с иными, чем классические цитостатические препараты, механизмами действия. В-третьих, из-за того, что обеспечение этими инновационными лекарственными средствами практически целиком ложится на

торы (леналидомид). Эти препараты включены в федеральную программу лекарственного обеспечения.

Что касается третьей линии терапии, то предпочтительным является лечение лекарственными средствами, доказавшими в клинических исследованиях свою эффективность после применения бортезомиба и леналидомида. К таким препаратам относится иммуномодулятор третьего поколения (помалидомид) и моноклональное антитело (даратумумаб). Доказано, что помалидомид эффективен при рецидивах после терапии с использованием схемы бортезомиб + леналидомид, содержащейся в программе лечения. Даратумумаб зарегистрирован в России совсем недавно и пока опыта его применения в нашей стране нет. Что касается остальных недавно зарегистрированных в РФ лекарств для терапии множественной миеломы, то последовательность их применения ещё предстоит определить. Эту непростую научно-практическую задачу ставят перед собой эксперты во всём мире, обсудят её и участники нашей конференции. Работу в этом направлении продолжат эксперты в рамках обновления Национальных рекомендаций по терапии множественной миеломы.

Огромные успехи достигнуты в лечении хронического лимфолейкоза (ХЛЛ). Внедрение в клиническую практику новых лекарственных препаратов, например ингибитора тирозинкиназы Брутона — ибрутиниб, позволило преодолеть рефрактерность к лечению такой неблагоприятной формы заболевания, которой является ХЛЛ с делецией 17-й хромосомы. Ранее начало лечения ХЛЛ ибрутинином, его комбинации с новыми представителями класса моноклональных антител и ингибиторами белков семейства BCL-2, подавляющих программируемую гибель клеток, позволяют надеяться на увеличение продолжительности жизни этих пациентов.

Внедрение в программы терапии рефрактерных и рецидивирующих форм лимфомы Ходжкина инновационного моноклонального антитела брентуксимаба ведотина уже в этом году позволило трём пациентам провести аллогенную трансплантацию костного мозга, что даёт надежду на их излечение. Особенно важно отметить, что эти пациенты преимущественно молодые люди работоспособного возраста и использование данного препарата является для них единственным шансом, поскольку другие лекарственные средства уже неэффективны. Применение брентуксимаба ведотина, начиная со второй линии терапии, даст возможность проведения не только аллогенной, но и аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, а значит, увеличит вероятность сохранения жизни пациентов.

В заключение я хотел бы отметить, что на конференции запланировано вручение премий имени профессора К.Абдулкадырова молодым гематологам — врачам и учёным. Надеемся, что данная премия позволит повысить мотивацию молодых специалистов к достижению практических и научных успехов в гематологии, продолжить достойную смену и продолжить традиции Санкт-Петербургской гематологической школы, внёсшей весомый вклад в развитие мировой гематологии.

Беседу вела Ирина СТЕПАНОВА, корр. «МГ».



К.Абдулкадыров с коллегами во время празднования его 80-летнего юбилея

сокоэффективным дорогостоящим препаратам и технологиям лечения.

Улучшение результатов лечения приводит к значительному росту числа пациентов за счёт увеличения продолжительности жизни, а необходимость постоянного приёма инновационных дорогостоящих препаратов приводит к нарастанию финансовой нагрузки на бюджет здравоохранения. Появление новых препаратов, позволяющих преодолеть резистентность к стандартной терапии, вселяет оптимизм в гематологов, однако стоимость этих препаратов не позволяет внедрить их в широкую практику в течение ряда лет. Чтобы сделать такую терапию доступной в предсказуемые сроки, необходимо внедрение специальной программы по онкогематологии с горизонтом в 3-5 лет.

Другим важным обстоятельством является проводимая в настоящее время оптимизация системы здравоохранения, направленная на перенос основных объёмов оказания медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап и минимизацию расходов. В этих условиях для сохранения качества

региональные бюджеты, а лечение это является дорогостоящим. Есть ещё и в-четвёртых, в-пятых и т.д. Несомненно, не меньшее внимание будет уделено и другим заболеваниям системы крови и костного мозга, где также возникает большое количество проблем, требующих разрешения.

Отмечу, что все новые и потенциально эффективные подходы терапии обязательно рассматриваются врачебным сообществом как перспективные с точки зрения использования на базе отечественных учреждений, поскольку в нашей стране накоплен достаточный опыт применения инновационных препаратов в лечении онкогематологических заболеваний.

Например, сложно было представить, что некогда «космические» с точки зрения эффективности препараты для лечения множественной миеломы буквально через несколько лет после выхода на рынок станут доступными для врачей и пациентов. Сегодня в России уже стандартно при первой и второй линии терапии применяются ингибиторы протеасом (бортезомиб) и иммуномодуля-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 83 (2113)

(Продолжение. Начало в № 84 от 08.11.2017.)

Постабстинентный период
Абстинентное состояние сменяется нарастающей дисфорией с повышенной агрессивностью, неуправляемостью. Патологическое влечение к наркотику отличается крайней интенсивностью и аффективной насыщенностью.

Дифференциальный диагноз
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина, галлюциногенов.

Синдром отмены алкоголя, бензодиазепинов, барбитуратов.

Передозировка кофеином.
Делирий, в том числе холинолитический.
Панические расстройства.
Шизофрения.
Гипертиреозидизм.
Острая порфирия.
Аффективное, шизоаффективное расстройство.

Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов

Формирование синдрома зависимости несколько отлично от других видов зависимости. Психическая может сформироваться быстро (антихолинергические препараты, диссоциативные анестетики), а может и достаточно длительно (ЛСД), при употреблении некоторых растительных серотонинергических галлюциногенов (псилоцибин, мескалин) формирование синдрома зависимости не описано.

Патологическое влечение к некоторым галлюциногенам (ЛСД, фенциклидин) формируется иногда уже после нескольких инъекций. Но возможно эпизодическое введение наркотиков в течение года и более.

Физическая зависимость при употреблении галлюциногенов проявляется в виде нерезких соматовегетативных нарушений.

Многие лица, употребляющие серотонинергические галлюциногены, самостоятельно прекращают употребление через какое-то время. Но у определённой части больных развивается тяжёлый синдром зависимости с ростом толерантности, медико-социальными последствиями.

Антихолинергические и диссоциативные галлюциногены отличаются тем, что даже при ещё формирующемся заболевании могут проявиться последствия употребления ПАВ – грубые психоорганические расстройства вследствие перенесённых психотических состояний.

Синдром отмены
Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7–10 дней, переходящие в выраженное астено-апатическое состояние. Постабстинентные расстройства не описаны.

Дифференциальный диагноз
Шизофрения.
Шизоаффективное расстройство.
Депрессивный эпизод с психотическими расстройствами.

Органическая нарколепсия.
Острая интоксикация каннабиноидами.
Деменции различной этиологии.
Гипнагогические галлюцинации в структуре наркологических или психических заболеваний.

Алкогольная интоксикация.
Немедицинское употребление антидепрессантов, других «аптечных» препаратов.

Синдром зависимости, вызванный употреблением табака

Начальная (первая) стадия табачной зависимости

За эпизодическим курением, продолжающимся, как правило, несколько месяцев, следует систематическое употребление никотина, во время которого формируются основные синдромы и симптомы табачной зависимости. Развивается психическая зависимость от табака, выражающаяся обсессивным (навязчивым) влечением к никотину, которое может даже

Диагностика и лечение
синдрома зависимости

Федеральные клинические рекомендации

отвлечь человека от работы, направить его энергию на удовлетворение своего желания. Формируется патологическое влечение к никотину, проявляющееся «желанием курить», ощущением, что оно повышает настроение, улучшает самочувствие. Изменяется реактивность на действие никотина: увеличивается количество выкуриваемых сигарет (папирос), в пределах 10–15 штук в день, исчезают защитные реакции (психосоматическая диссоциация), наблюдавшиеся при первых пробах табака, изменяется форма его потребления – с группового на одиночное курение. Физическая зависимость при первой стадии табачной зависимости отсутствует. Отсутствуют также признаки психических, соматических или неврологических изменений организма. Как правило, пациенты в этой стадии к врачам не обращаются, больными себя не считают, оправдываясь пресловутым «хочу – курю, хочу – не курю», не чувствуют отрицательных последствий действия никотина на здоровье.

Во второй (средней, субкомпенсированной) стадии к специфической симптоматике присоединяется физическая зависимость от табака. Толерантность к никотину сначала продолжает расти, затем достигает «плато» – максимальной переносимости – до 30–60 сигарет в день. Усугубляются проявления синдрома патологического влечения – желание закурить возникает при любом изменении внешней ситуации, после незначительной физической или интеллектуальной нагрузки и др. Появляются труднообратимые соматические расстройства – бронхит, фарингит, колебания АД, изжога, чувство общего дискомфорта, кроме того, присоединяются аффективные колебания, повышенная раздражительность, нарушения сна; может снизиться трудоспособность.

Во второй стадии формируется большинство симптомов заболевания. Ко всем вышеперечисленным проявлениям присоединяются следующие:

1. Табачный абстинентный синдром (ТАС). При длительном воздержании от курения табака (24–48 часов) появляются первые признаки синдрома отмены, проявляющиеся преимущественно неврозоподобными расстройствами и аффективными нарушениями. Клинически абстинентный синдром проявляется слабостью, недомоганием, головной болью, тошнотой, иногда – рвотой, рассредоточенностью, суетливостью, беспокойством, идеаторной заторможенностью или, наоборот, появлением ментизма с тревожными опасениями, элементами дереализационной симптоматики, гипотимией, тоскливостью и т.д. В последующем присоединяются бессонница, тревога, больной не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости, появляются симптомы депрессии, в это время держится потливость и внутренняя напряжённость. Отличительной особенностью табачного (никотинового) синдрома отмены является нелинейная зависимость между тяжестью отдельных симптомов и количеством потребления никотина. Так, аффективные нарушения в случае массиво-

утяжелаться. Этим во многом и определяется врачебная тактика: добиться полного воздержания от никотина, исключить употребление табака в течение всей дальнейшей жизни. Длительность ТАС от 3–4 дней до 1,5 недель.

2. Постоянная или периодическая форма употребления табака – одно из проявлений болезни, при котором формируется, так скажем, наиболее привычный ритм злоупотребления никотином. Для периодического типа течения характерны «светлые» промежутки в течение дня, когда больные забывают о курении на 30–40 минут. Интенсивность курения табака при периодической форме от 15 до 30 штук сигарет (папирос) в день. Для постоянного типа течения характерно присутствие постоянной тяги к курению, несмотря на текущую деятельность. При таком типе больные выкуривают в течение дня от 30 до 60 штук табачных изделий.

3. Нарушение психической деятельности. В их структуре основное место занимают общевротические (астенические) расстройства и аффективные нарушения. Эти нарушения выражены сильнее, чем у не-

Таблица 9
Медицинские услуги для лечения синдрома зависимости и контроля за лечением

Приём (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста	
Обязательно	По показаниям
Приём (осмотр, консультация) психиатра-нарколога (в условиях амбулаторного лечения) Ежедневный осмотр психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара Приём (осмотр, консультация) психотерапевта Приём (тестирование, консультация) медицинского психолога	Приём (осмотр, консультация) акушера-гинеколога Осмотр (консультация) анестезиологом-реаниматологом Суточное наблюдение анестезиологом-реаниматологом (в условиях стационарного лечения) Приём (осмотр, консультация): – дерматовенеролога; – врача-инфекциониста; – невролога; – оториноларинголога; – психиатра; – психиатра подросткового; – терапевта. Осмотр (консультация) физиотерапевтом
Лабораторные методы исследования	
Обязательно	По показаниям
Анализ крови биохимический общетерапевтический	Исследование уровня психоактивных веществ в крови Определение наличия психоактивных веществ в слюне Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски Тест на кровь в моче Определение наличия психоактивных веществ в моче Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски Общий (клинический) анализ крови Анализ мочи общий
Инструментальные методы исследования	
Обязательно	По показаниям
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных Регистрация электрокардиограммы Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях Рентгенография лёгких Флюорография лёгких Описание и интерпретация рентгенографических изображений
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
Обязательно	По показаниям
	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)

Таблица 8

Признаки хронического употребления ингалянтов

Общий осмотр	Пятна клея или краски на лице, руках, одежде
	Сыпь «токсикомана» – эритематозное воспаление кожи вокруг рта и слизистых, сухая, потрескавшаяся кожа, нередко с присоединением бактериальной инфекции Следы химических или термических ожогов на лице и руках Инъецированность склер Желтушность кожных покровов Цианоз Химический запах от пациента Хронический насморк
ЦНС	Нарушения памяти Снижение сообразительности и работоспособности Отвлекаемость, неспособность сосредоточиться Нистагм Психомоторная заторможенность Светобоязнь Периферическая полинейропатия Припадки
Органы и системы	Тахикардия, аритмия, гипотензия Токсический гломерулонефрит Токсическое поражение печени Свистящее дыхание, хрипы в лёгких

максимально выраженными. Соматические последствия зачастую необратимы.

Происходит изменение реактивности организма. Это выражается в снижении толерантности; курение, как правило, вызывает неприятные ощущения, боли в области сердца, учащение пульса, повышение артериального давления, общий дискомфорт. Всё это ведёт к снижению количества употребляемых сигарет (папирос).

Постепенно снижается психическая зависимость от никотина. Комфорт от употребления табака с годами проявляется всё меньше, часто просто остаётся автоматическая привычка курить.

Физическое влечение (зависимость) проявляется в виде неглубокого абстинентного синдрома. Соматические изменения появляются во многих органах и системах. В полости рта – стоматиты, гингивиты, глосситы. В дыхательной системе – бронхиты, пневмония, бронхоэктазы, эмфизема. В сердечно-сосудистой – гипертоническая болезнь, инфаркты, облитерирующие эндартерииты. Отмечаются изменения обменных процессов – преимущественно с нарушением витаминного баланса, снижается зрение. Особенно следует отметить возможность появления предраковых и раковых состояний. Со стороны неврологии возникают описанные невриты, возможны инсульты.

Постабстинентное состояние – возникает после нивелирования острых расстройств табачного абстинентного синдрома. Оно проявляется комплексом неприятных симптомов в виде общей физической слабости, сниженным настроением, депрессиями, быстрой утомляемостью. Как правило, дополнительно отмечаются плохой сон, затруднения при работе, низкая работоспособность, навязчивые мысли о никотине и желание закурить. Процесс иногда занимает до 12 месяцев, кроме того, человек может пережить несколько эпизодов синдрома отмены.

Дифференциальный диагноз

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других видов ПАВ (ингалянты, токсические вещества, каннабиноидов и др.)

Соматические заболевания иной этиологии. **Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей**

Соответствует общим закономерностям формирования наркоманий и токсикоманий. Среди подростков, злоупотребляющих ингалянтами, значительное число лиц с признаками резидуального поражения ЦНС, примитивных лиц с ограниченными интересами.

Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Этап эпизодического употребления продолжается от 1 до 6 месяцев, реже – до года. При продолжении ингаляций постепенно формируется синдром зависимости. Ингалянты вдыхают чаще – 3-4 раза в неделю, а далее – ежедневно, иногда по несколько раз в день.

Одним из основных признаков сформировавшейся зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Появляется резко выраженное влечение к приёму органических растворителей. Толерантность к ингалянтам установить трудно, так как их трудно дозировать. Косвенно об увеличении толерантности можно судить по учащению эксцессов ингаляции (вначале 1 раз в неделю, затем 3-4 раза в неделю, а потом ежедневно), увеличению количества вдыхаемого растворителя в 4-5 раз по сравнению с первоначальным. Толерантность также зависит от способа ингаляции и умения дышать.

При хроническом злоупотреблении ингалянтами развивается токсическая энцефалопатия с признаками мозговой атрофии и хроническими двигательными нарушениями. Появляются выраженные нарушения центральной, периферической и вегетативной нервной систем (см. табл. 8). Нередко встречается полинейропатия, проявляющаяся в снижении чувствительности, ослаблении рефлексов, парестезиях кистей и стоп, онемением по типу «носков» и «перчаток», сочетающаяся с мышечной гипотрофией и акрогипергидрозом. Токсическое поражение нервных окончаний в головном мозге приводит к ухудшению зрения вплоть до слепоты, а также к звону в ушах и ослаблению слуха.

При хронической интоксикации ингалянтами возникают нарушения сердечного ритма в виде наджелудочковой тахикардии и желудочковой экстрасистолии.

Признаки токсического поражения почек выявляются преимущественно лабораторными показателями: азотемией, помутнением мочи, симптоматикой токсического гломерулонефрита. При этом пациенты часто предъявляют жалобы на боли в пояснице.

Токсическое поражение печени проявляется в виде болей в подреберье, тошноты, рвоты, субфебрильной температуры, нередко – желтушностью кожных покровов.

Синдром отмены

Формируется через 6-12 месяцев после начала злоупотребления; при сформированном синдроме зависимости возникает через 1-3 суток после последнего употребления.

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты¹

Лекарственное средство	Показания (степень доказательности)	Дозы и применение
Амитриптилин	Тревожно-депрессивные состояния, ажитация, собственно депрессивные проявления при алкогольной зависимости и наркомании (А)	25-200 мг, средняя суточная доза 75-100 мг
Имипрамин	Астено-депрессивные состояния, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, бездеятельностью в структуре постабстинентных расстройств при опийной зависимости (В). Алкогольная депрессия. Синдром отмены кокаина (В)	25-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Кломипрамин	Депрессивные состояния у больных с алкогольной зависимостью (В). В комплексной терапии постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости, зависимости от амфетаминов, кокаинизме (В). Патологическое влечение к ПАВ, проявляющееся компульсивными расстройствами и навязчивостью (В)	75-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Мапротилин	Абстинентные (С) и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией, в том числе амфетаминовая и кокаиновая зависимость (В)	25-225 мг, средняя суточная доза 50-75 мг
Миансерин	Абстинентные (С) и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В). Диссомнические расстройства у больных с алкогольной зависимостью (В)	30-90 мг, оптимальная доза – 60 мг
Пипофезин	Аффективные нарушения лёгкой и умеренной степени выраженности с преобладанием тревоги у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В)	50-200 мг, средняя суточная доза – 75-150 мг
Тразодон	Неглубокая алкогольная депрессия (В). Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений при опийной наркомании (В); зависимость от бензодиазепинов (В). В комплексной терапии постабстинентных расстройств при зависимости от амфетаминов (В). Диссомнические расстройства у наркологических больных (В)	50-600 мг, средняя суточная доза 225-450 мг
Моклобемид (препарат не используется широко в практике)	Депрессия с адинамией и заторможенностью у больных с алкогольной зависимостью (В). Неглубокие аффективные расстройства в структуре опиоидной зависимости и злоупотребления амфетаминами (В). Ипохондрические расстройства в структуре ремиссии алкогольной зависимости	300-600 мг, средняя суточная доза – до 600 мг
Пирлиндол	ААС (С). Депрессии и тревожно-депрессивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью (В). Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости (В)	50-300 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Пароксетин	Депрессивные состояния обсессивно-компульсивного, фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью (А)	10-60 мг, средняя суточная доза 10-20 мг
Сертралин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью (А). Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости (В)	25-200 мг, средняя суточная доза 25-150 мг
Флувоксамин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью (А). Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости (В)	50-200 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Флуоксетин	Депрессивные, обсессивно-фобические и компульсивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью (А). Патологическое влечение к алкоголю. Психопатические расстройства, дисфорические проявления и негативизм в отношении лечения у больных опийной наркоманией (В). Постабстинентные нарушения при зависимости от психостимуляторов (В)	20 мг, максимальная доза – 80 мг
Циталопрам	Комбинированная терапия алкогольной зависимости и наркомании (В). Алкогольная депрессия с тревогой, обсессивными и ипохондрическими расстройствами (В)	20 мг, максимальная доза – 40 мг
Эсциталопрам	См. циталопрам	20 мг, максимальная доза – 40 мг
Адеметионин	Лёгкая и умеренная депрессия при алкогольной зависимости (В)	400-1600 мг, средняя суточная доза 800-1600 мг
Венлафаксин	Депрессия у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В)	75-225-375 мг, средняя суточная доза 75-225 мг
Дулоксетин	Депрессия у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В)	60-120 мг в день

¹Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учётом иных обстоятельств

Проявляется в виде вялости, разбитости, неприятных ощущений в теле, головной боли, потливости, головокружения, тошноты, плохого сна, пониженного настроения и раздражительности. Учитывая возрастной фактор, вышеназванные проявления нередко принимаются у подростков за проявления вегетососудистой дистонии. Такие нарушения могут сохраняться в течение 3-5 суток. На 5-7-е сутки присоединяется астенодепрессивная симптоматика. На 4-5-е сутки синдром отмены может осложниться развитием острого психоза, длящегося от нескольких часов до 3 суток и представляющего собой делирий с иллюзиями, истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. В целом продолжительность синдрома отмены в условиях лечения около 2 недель.

Постабстинентный период протекает аналогично таковому при алкогольной зависимости.

Дифференциальный диагноз

Алкогольная полинейропатия.
Тромбоз мозговых вен.
Эпидуральная гематома.
Травмы головного мозга.
Отравления метанолом, монооксидом углерода.
Злоупотребление алкоголем, кокаином, каннабиноидами, галлюциногенами.

Органические заболевания мозга.

Энцефалопатии различного генеза.

Синдром зависимости, вызванный сочетанным употреблением ПАВ

Клиника употребления с вредными последствиями, синдрома зависимости и отмены, психозов зависит от преобладающего психоактивного вещества. Часты энцефалопатии, и рано развивается синдром деменции с неврологическими нарушениями.

Дифференциальный диагноз

Следует дифференцировать с аномалиями личности, при которых приём различных препаратов «компенсирует» проблемы становления личности или общение, а также с органическими расстройствами личности.

Медикаментозная терапия синдрома зависимости

Задачи терапии:

Подавление синдрома патологического влечения.

Терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ.

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения.

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного.

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

1. Назначение психофармакотерапии по показаниям.

2. Назначение терапии, направленной на соматические нарушения.

3. Назначение специфических средств.

4. Проведение психотерапии.

5. Мониторинг состояния.

Клинические рекомендации

Терапия синдрома зависимости – процесс многоэтапный, комплексный, индивидуальный и длительный. Лекарственные средства, применяемые на этапах противорецидивной и стабилизирующей терапии, можно разделить на 3 группы:

Психотропные препараты: применяют как в психиатрии, так и в наркологии.

Специфические препараты: применяют преимущественно в наркологии.

Системные (соматические) препараты: применяют в терапии, наркологии.

Психотропные препараты

Антидепрессанты

Применение антидепрессантов считается терапией выбора при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ (см. табл. 10).

(Продолжение следует.)



Ориентиры

Инновации в медицине — результат кластерного сотрудничества

Восемь клиник разного профиля, завод медицинских изделий, инновационные предприятия, внедряющие свои разработки в медицинскую практику, – так выглядит фундамент Курганского медкластера, ядром которого является ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г.А.Илизарова» Минздрава России. По оценкам специалистов, у кластера огромный потенциал для развития, как территориальный, так и функциональный (возможность сотрудничества с новыми участниками и предприятиями региона). Проект кооперации клиник, производств и бизнеса под названием «Курганский медицинский кластер» официально стартовал в 2014 г., но предпосылки для его создания появились 5 лет назад, когда назрела необходимость импортозамещения, используя ресурсы промышленных предприятий Зауральяского региона. Возникло понимание, что диалог между медицинскими узкопрофильными клиниками Кургана даст толчок к повышению уровня оказания медицинской помощи населению в целом по области.

«Уникальный для региона проект кластерного сотрудничества был призван объединить ряд клиник разной специализации, объединённых территориальным соседством и общностью деятельности. Сейчас в медкластере успешно реализуются механизмы совместной работы бюджетных клиник», – говорит директор управляющей компании медицинского кластера НП «Центр кластерного развития Курганской области» **Сергей Сухарев**. Свою состоятельность медицинский кластер уже доказал на примере работы научно-клинической лаборатории множественной, сочетанной и боевой травмы Центра Илизарова. Лаборатория базируется на двух клинических базах – Центр политравмы (Курганская больница № 2) и Госпиталь МЧС УМВД России, которые, в свою очередь, имеют тесную взаимосвязь с травматолого-ортопедическим отделением № 15 Центра Илизарова. Сюда попадает группа пациентов с высокоэнергетической травмой, которая сопровождается не только повреждениями скелета, но и внутренних органов. После оказания экстренной хирургической помощи пациент, нуждающийся в высокотехнологическом лечении, попадает в Центр Илизарова, а на реабилитацию – в следующее звено кластера.

Следующим положительным примером сосуществования двух учреждений стала Лаборатория детской травмы, объединяющая ресурсы Курганской областной детской больницы имени Красного Креста и Центра Илизарова. В состав лаборатории входят как врачи из Центра Илизарова, так и травматологи-ортопеды детской больницы имени Красного Креста. Тесное взаимодействие в рамках общей лаборатории позволило упростить процедуру перевода маленьких пациентов с тяжёлыми травмами, ортопедическими патологиями и системными заболеваниями скелета непосредственно в Центр Илизарова. Уже сейчас можно говорить, что процесс своевременного выявления и предотвращения прогрессирования сложных ортопедических патологий у детей и подростков Зауралья выведен на новый уровень.

Стоит подчеркнуть, что кластер как экономически важная инфраструктура в системе регионального здравоохранения ключевой целью ставит приток пациентов в Курган из всех уголков России и зарубежья. Курганский медицинский кластер уже ведёт работу по созданию подкластера медицинского туризма на своей базе. Возникает резонный вопрос – зачем пациентам из других регионов и стран приезжать в Курган? Ответ очевиден: во-первых, здесь уже есть положительный и уникальный для России 30-летний опыт Центра Илизарова в оказании ортопедической помощи иностранным гражданам. С 1983 по 2016 г. в ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г.А.Илизарова пролечено 1304 иностранных пациента из 82

стран мира. Основным фактором, делающим центр привлекательным для иностранцев, является уникальность технологии чрескостного остеосинтеза по Илизарову с величайшим в мире опытом лечения по не самым распространённым заболеваниям. РНЦ «ВТО» уже выступил с инициативой в Минздрав России о создании рабочей группы по развитию медтуризма в стране. Во-вторых, союз разнопрофильных клиник города в рамках кластера максимально упрощает маршрутизацию пациента. По прогнозам специалистов, приток пациентов – важная составляющая для экономики региона, это даст толчок развитию малого и среднего бизнеса, привлечёт инвестиции.

«Социальный проект создаёт значимый и чётко определённый заказ для планов бизнеса. В нашей области всё взаимосвязано! Простой пример – появление большого потока инородородных пациентов требует развития инфраструктуры в виде гостиниц, ресторанов и других услуг, организуемых малым и средним бизнесом. Новые медицинские разработки дают новые возможности для лечения тех патологий, за которые раньше мы даже и не брались, это, в свою очередь, стимулирует бизнес на создание новых изделий, их испытание и постоянное усовершенствование. То есть всё находится в очень плотной взаимосвязи, но мы исходим из социальной значимости как первичной. Медицинский кластер даёт толчок к развитию медицинской отрасли, что резко повышает уровень сервиса и комфорта для нашего конечного потребителя – пациента. Ведь экономический успех – это ключевой инструмент для шага вперёд и в социальной политике», – отметил **директор Центра Илизарова доктор медицинских наук Александр Губин**.

На базе Центра Илизарова успешно работают два малых инновационных предприятия – ООО «Высокие медицинские технологии» и Открытая лаборатория илизаровских биотехнологий. В основу создания инновационных предприятий легли инженерно-технические разработки РНЦ «ВТО». Стоит отметить, что данные малые инновационные предприятия были первыми подобными структурами в своей отрасли – НИИ травматологии и ортопедии. Полученные малым инновационным предприятием гранты позволили направить средства на развитие таких проектов, как роботизированный аппарат Илизарова нового поколения. Данное устройство предназначено для удлинения длинных трубчатых костей. Представляет собой автономный аппаратно-программный комплекс, состоящий из 6 автоди-стракторов и программируемого блока управления с источником питания. Данное устройство позволяет производить удлинения длинных трубчатых костей по заранее заданному алгоритму в автоматическом режиме с минимальным участием человека. По замечанию



А.Губин

специалистов, сейчас основная работа ведётся в направлении повышения уровня надёжности и размера двигателей автодистрактора. Цель – осуществлять управление дистракцией дистанционно, с использованием интернет-технологий. В планах – создание обратной связи и контроля, чтобы лечащий врач получал информацию о сбоях и работе дистрактора. Отметим, что автоматическая система позволяет создать очень высокую дробность растяжения костной ткани, то есть дистракции. Для этого установлены микромоторы, которые самостоятельно растягивают кость. После установки аппарата пациент может покинуть клинику.

Уже более 3 лет малое инновационное предприятие «Высокие медицинские технологии» ведёт разработки в сфере электронной ромодуляции, перспективного метода, позволяющего восстановить утраченную функцию нервной системы пациента. Основан он на процессе воздействия слабыми импульсами электрического тока на участки головного или спинного мозга, периферические нервы. Для осуществления такого воздействия производится имплантация (погружение в тело пациента) источника электрических импульсов и соединённых с ним металлических электродов. Электроды размещаются непосредственно в местах, где необходимо проводить стимуляцию.

В настоящее время в арсенале «Высоких медицинских технологий» три вида электростимуляторов – первый позволяет восстановить функцию спинного мозга, второй – функцию периферической нервной системы, и третий, самый передовой, для электростимуляции диафрагмы и восстановления функции дыхания.

«За последнее десятилетие количество выживших пациентов с крайне тяжелой травмой шейного отдела позвоночника существенно возросло. Это связано с высоким уровнем реанимационных действий и внедрением новых методов лечения в медицинскую практику. Как правило, эти пациенты в результате травмы частично или полностью утрачивают дыхательную функцию. Мы разработали электростимулятор, который позволяет заменить ритмы дыхания на внешние. Стимулятор имплантируется либо на диафрагмальный нерв, либо в случае глубоких поражений непосредственно на диафрагму. Прибор успешно прошёл апробацию на животных и в скором времени мы ждём первых пациентов», – сказал директор ООО «Высокие медицинские технологии» кандидат медицинских наук Андрей Кобызев.

Кластер даёт уникальную возможность работать инженерам и медицинским работникам сообща. Так, в 2015 г. на базе клинических и клинико-лабораторных подраз-

делений Центра Илизарова и научно-производственных мощностей ООО «Предприятие «Сенсор» была создана лаборатория научных исследований биомеханики и инжиниринга. Уже в первые месяцы существования лаборатория продемонстрировала высокую эффективность работы – учёными и инженерами был разработан и изготовлен уникальный исследовательский комплекс – стенд для измерения жёсткости моделей костной биомеханической системы с аппаратом внешней фиксации. С его помощью можно оценить недостатки и преимущества различных аппаратов внешней фиксации для каждого конкретного случая травмы. Это помогает врачу в поиске оптимального метода лечения пациента и даёт возможность максимально точно спрогнозировать результат. Не меньший интерес представляет и другая разработка специалистов



С. Сухарев

лаборатории – система динамического вытяжения позвоночника (Halo dynamics), предназначенная для реабилитации пациентов с различными патологиями опорно-двигательного аппарата.

Одним из важных достижений кластерного подхода в курганской медицине является внедрение в клиническую практику Центра Илизарова нового совместного продукта – биосовместимого имплантата пальца для оссеоинтеграции, изготовленного по аддитивным технологиям на 3D-принтере. Данное ноу-хау – это результат взаимодействия Центра Илизарова, курганского ООО «Предприятие «Сенсор», а также инженерного центра УрФУ им. Б.Н.Ельцина.

«Эти новые мировые технологии. На «Сенсоре» находится мозговой центр, который занимается вопросами 3D-моделирования, биомеханики. Мы работаем с врачами и патентовали эти новые решения. А изобретение происходит на базе Уральского государственного университета, где создан региональный инженеринговый центр. У них в наличии имеются уникальные установки лазерного спекания», – отметил **директор ООО «Предприятие «Сенсор» доктор технических наук Виктор Кузнецов.**

В будущем планируется заменить всю технологию производства имплантатов на импортозамещающую. Приоритетным для российской промышленности является направление создания собственных мельниц, способных измельчить материал до 5 микрон. Ресурсная база в материалах для титановых имплантатов в стране в избытке. Решение использовать

ресурсы предприятия «Сенсор» было не случайным, завод обладает мощным технологическим потенциалом и современным оборудованием, а для изделий медицинского назначения это имеет основополагающее значение.

По прогнозам специалистов, полученные результаты внесут серьёзный вклад в решение проблемы индивидуального протезирования населения в результате травм и костных патологий. Отметим, что новый инновационный имплантат используется в оссеоинтеграции – альтернативном методе протезирования. Суть методики в том, что в костную часть культы ампутированного сегмента конечности вживляется титановый имплантат, на который, в свою очередь, нанизывается протез. Эта шведская методика аналогична зубному протезированию. Однако исследования биомехаников показали, что оссеоинтеграция культей конечностей имеет ряд особенностей и способ крепления, а также сплав самого имплантата должен существенно отличаться от зубных протезов. Именно это стало отправной точкой для совместных исследований предприятия «Сенсор» и Центра Илизарова.

«Для того, чтобы развивать такую сложную отрасль, как травматология и ортопедия, необходимо развивать параллельно различные медицинские изделия очень сложного строения. Во многом эффективность этих устройств связана со знаниями по инженерии и материаловедению, именно по этому мы обратились к гуру в этой отрасли – предприятию «Сенсор». Для достижения самых смелых задумок необходима совместная работа – инженеры, техники должны по максимуму интегрироваться в работу клиники. В новых изделиях должны учитываться все нюансы – от пожеланий младшего медперсонала, до хирургического опыта ортопедов и разработок биоинженеров», – подчеркнул директор Центра Илизарова доктор медицинских наук Александр Губин.

Актуальность и востребованность данной технологии для медицины очень высока. Центр Илизарова известен не только по всей России, но и за её пределами. Метод Илизарова помогает практически безнадёжным больным, даже в случаях полной потери конечности. Но бывают ситуации, когда необходимо заместить часть сегмента каким-то имплантатом полностью. Однако стандартные методы протезирования крайне неудобны для человека и с точки зрения биомеханики работают плохо. Аддитивные технологии позволяют погрузить имплантат в кость, вывести его наружу. И именно к этой наружной части крепится непосредственно система протеза. Такой подход позволяет создать нормальную биомеханическую цепь.

В курганском Центре Илизарова были удачно проведены экспериментальные исследования приживаемости имплантата, полученного посредством аддитивных технологий. И полгода назад уже была проведена первая операция по оживлению биосовместимого имплантата в культю пальца пациента. Операция прошла успешно, и он уже активно использует оперированную кисть в быту.

Как отмечают специалисты, современные требования к имплантатам – это прочность, инертность, безопасность для организма. Основное преимущество аддитивных технологий – возможность создания у титанового имплантата той шероховатости, которая необходима для обеспечения внедрения имплантата в кость и дальнейшей надёжной фиксации. Этим курганское производство существенно отличается от европейской медицины. На западе запущено серийное производство данных имплантатов для оссеоинтеграции. Курганские врачи и инженеры предлагают индивидуальный подход к каждому пациенту, высокую степень живления имплантата в кость за счёт шероховатости при 3D-печати и более низкую стоимость в сравнении с зарубежными аналогами.

Наталья РЕЗНИК.



КУРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР

Одна из самых серьёзных наших проблем – болезнецентрическая (нозоцентрическая) модель отечественного здравоохранения. Усилия медицинских работников направлены в основном на диагностику и лечение болезней, а не на сохранение и укрепление здоровья. Так учат и студентов-медиков. У нас плохо сформулирована, вернее, утрачена идея здоровья как базовой национальной ценности, основы нравственного, социального и демографического благополучия общества.

Здоровье людей не является экономической и этической ценностью. А профилактическая медицина, к сожалению, сведена к зачаточному уровню. Деклараций, красивых лозунгов и программ хоть отбавляй, а воз и ныне там. Необходимо перейти от негативной для страны болезнецентрической модели к здоровьесцентрической системе здравоохранения. Давайте вместе поразмышляем об этом.

О бедной профилактике замолвите слово

В нашей медицине выделяются две, казалось бы, независимые и неравнозначные подсистемы: бурно развивающаяся клиническая и худосочная профилактическая. Проблемы охраны (не лечения, а именно охраны!) здоровья волновали умы и сердца великих докторов всех эпох и народов. Ещё Гиппократ, Гален, Авиценна и другие титаны врачебного искусства отстаивали два предназначения врачевания: сохранять здоровье и лечить болезни.

В настоящее время отношения врач – больной обычно строятся по принципу субъект-объектного подхода. Врач полностью доминирует над пациентом, планируя и проводя лечебно-диагностические мероприятия. Проблема может быть успешно решена только с позиций здоровьесцентрической медицины в рамках субъект-субъектного, а лучше сказать личностно ориентированного, индивидуального подхода к каждому пациенту. Это предполагает активность и ответственность человека (врача и больного), который сознательно старается беречь и укреплять собственное здоровье и здоровье окружающих.

Пропаганда и создание реальных возможностей для выбора населением здорового образа жизни требуют срочного принятия законодательных и нормативно-правовых актов, изменения политики на федеральном и региональном уровнях, объединения усилий государства, общества, бизнес-структур, религиозных конфессий, инициативных групп и отдельных граждан. Нужно вносить грамотные изменения и в Федеральные государственные образовательные стандарты.

Справедливости ради отметим...

В последние годы были приняты важные документы, направленные на формирование здорового образа жизни и повышение мотивации людей к сохранению и укреплению здоровья. Вот ряд федеральных законов: «О присоединении и ратификации Рамочной конвенции по контролю табака ВОЗ в Российской Федерации» (№ 51 от 24.04.2008); «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 от 21.11.2011); «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (№ 15 от 23.02.2013).

Кроме того, утверждены «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.» (№ 2128 от 30.12.2009); «Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 г.» и план мероприятий по её реализации. Также разработана «Информационно-коммуникационная стратегия по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 г.».

В 2012 г. принята Государственная программа «Развития здравоохранения», включающая подпрограмму № 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Приоритетные направления: обеспечение безопасной и комфортной физической и социальной среды обитания человека,

Акценты

Здоровьесцентрическая медицина

Опыт кафедры ЮНЕСКО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова

мотивирование населения к сохранению здоровья и формирование ответственности за него.

Большую роль в пропаганде здорового образа жизни играют информационно-коммуникационные кампании (социальные ролики, телепередачи, радиозаписи, печатная продукция, публикации в социальных сетях). Например, весьма популярен федеральный интернет-портал takzdorovo.ru. Только в 2015 г. его посетили 3,5 (!) млн человек.

Во многих регионах страны активно развивается волонтерское движение и проводятся массовые профилактические акции, например День донора, Всемирный день сердца, Всемирный день здоровья, Всемирный день отказа от курения, Всемирный день борьбы с инсультом.

В гуще событий

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова не остаётся в стороне от добрых традиций и начинаний. Так, открытая более 10 лет назад кафедра ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» совместно с другими кафедрами нашего университета занимается здоровьесцентрической медициной, в частности профилактикой распространения ИППП, ВИЧ/СПИДа и наркомании средствами образования, первичной охраной репродуктивного здоровья, превентивной профилактикой хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний.

В соавторстве с коллегами иных кафедр нашего вуза коллектив кафедры ЮНЕСКО выпустил целый ряд учебников, учебно-методических пособий, научных и популярных статей. Базовая монография «Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний» написана под редакцией академиков РАН Н.Ющука и И.Маева, профессора РАН К.Гуревича. Несомненные достоинства книги – доступный язык, обзор обширной информации и новых исследований российских и зарубежных учёных.

Кафедрой ЮНЕСКО проведён ряд конференций и секций на конференциях, посвящённых вопросам социального сиротства, биомедицинской этики и права, ВИЧ/СПИДа, ИППП, туберкулёза. Совместно с кафедрами инфекционных болезней и клинической психологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова мы учим школьников здоровому жизненному стилю и профилактике социально обусловленных заболеваний. Основная задача – первичная профилактика употребления психоактивных веществ и рискованного сексуального поведения средствами образования. Кафедра ЮНЕСКО также участвует в

совершенствовании гуманитарного образования будущих и практикующих врачей. Среди целей этой работы назовём следующие: формирование основ духовно-нравственной культуры и психологического здоровья врача, деонтологически грамотного отношения к пациенту на основе принципов биоэтики; развитие созидательной гражданской позиции и готовности к участию в волонтерском движении.

Реализуя эти цели, мы стараемся обучать студентов санитарно-просве-

щения студентов здоровьесцентрической медицине.

Вот пример нашей работы. К наиболее значимым профилактическим усилиям относятся проекты и мероприятия, основанные на стратегии «снижения вреда». Она направлена на сокращение вредных последствий наркозависимости без категорического отказа от психоактивных веществ или другого рискованного поведения (скажем, предоставления и получения платных сексуальных услуг). Вероятность

инфицирования, передозировки наркотиков и прочих негативных эффектов снижается при использовании стерильного инструментария, раздаче информационных материалов, доступа к экспресс-тестам на ВИЧ и т.п. Однако есть и немало противников таких программ, вызывающих весьма серьёзные и обоснованные возражения.

Как же студенту медицинского вуза разобраться в столь сложной и актуальной теме, вызывающей неоднозначную реакцию общества? По нашему мнению, в этом помогают ситуационно-ролевые (деловые) игры. Суть метода состоит в импровизированном разыгрывании ситуации, моделирующей какую-либо деятельность, и возникающих в ходе неё проблем. Несколько человек играют роли отдельных персонажей. Одна и та же ситуация может разыгрываться несколько раз, чтобы дать возможность всем участникам побывать в разных ролях.

Использование ситуационно-ролевых (деловых) игр целесообразно для разъяснения особенностей, положительных и отрицательных аспектов программ «снижения вреда». Так, участников игры разделяют на три группы: «адвокаты», «оппоненты» и «судьи». Выступая по очереди, первые приводят аргументы «за», вторые – «против», а судьи выносят вердикт («приговор»).

Продуктивные споры разгораются вокруг того, что считать главным направлением борьбы с наркозависимостью, инъекционным путём заражения вирусным гепатитом и ВИЧ/СПИДом. «Адвокаты» защищают либеральные взгляды: «свободную любовь» и желание получать «кайф» запрещать бесполезно, поэтому нужна пропаганда так называемого безопасного секса с бесплатной раздачей «чистых игл, шприцев и презервативов». «Оппоненты» же отстаивают консервативные позиции: ратуют за воспитание традиционных морально-нравственных ценностей, на основе которых формируется здоровьесберегающая модель сексуального и репродуктивного поведения.

«Судьями» выступают молодые люди, как правило, 17-20 лет. Рассуждая со свойственным этому возрасту мироощущением и восприятием жизни, они обычно признают, что замена «тяжёлых» наркотиков более «лёгкими» и бесплатное распространение стерильного инструментария побуждают непременно воспользоваться ими, по выражению студентов, «на халяву». Программы «снижения вреда», с одной стороны, уменьшают вероятность инфицирования и передозировки при употреблении наркотиков, но с другой – дают своего рода «индულгенцию» и порождают иллюзию защищённости, тем самым разжигая опасный интерес к психоактивным соединениям и беспорядочным интимным связям.

Деловая игра помогает аудитории осознать простые истины: «Нельзя потакать влечению к наркотикам»; «Если много половых партнёров, то и много риска, независимо от средств защиты»; «Никакой контрацептив стопроцентно не гарантирует защиты от ИППП и ВИЧ-инфекции»; «При моногамных супружеских отношениях риск заражения минимален»; «Настоящие чувства и верность любимому – естественная защита от СПИДа».

Интеллектуально одарённые студенты зачастую делают и глубокие обобщения. Программы «снижения вреда» сравниваются с симптоматической терапией, устраняющей конкретные клинические проявления болезни. А полный отказ от вредных пристрастий соответствует здоровому образу жизни и сродни этиопатогенетическому лечению, воздействующему непосредственно на причины и механизмы возникновения заболевания. Отсюда вывод: этиопатогенетическое лечение лучше симптоматической терапии.

Знаменательно, что в результате деловой игры ряд «адвокатов» соглашается со своими «оппонентами». С нашей точки зрения, это свидетельствует о несомненном психолого-педагогическом эффекте, переоценке ценностей и формировании активной личностной позиции.

Итак, в деле пропаганды здорового образа жизни наиболее перспективны активные методы обучения, проблемно-проектные формы лекционных и практических занятий со студентами-медиками. В образовательные программы целесообразно включать модули, направленные на укрепление нравственного и психологического здоровья, развивающие умение проводить культурно-просветительскую работу по сохранению физического, психического и духовного здоровья, включая первичную профилактику зависимого и рискованного поведения, ИППП и ВИЧ/СПИДа. И, наконец, главное: изучение анамнеза, этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики и терапии конкретных заболеваний не должно заслонять собой центр учебного и лечебного процесса – личность и здоровье пациента! Это и есть наш путь от болезнецентрической к здоровьесцентрической медицине.

Завершить хотелось бы на оптимистической ноте словами президента нашего университета академика РАН Н.Ющука: «Ныне в нашей жизни пропагандируется культ материальных благ, и в студентах «прорастают» практицизм и настрой на коммерцию. Может, это и неплохо. Но забывать об истинном призвании врача нельзя – нужно любить больного, быть готовым к самопожертвованию. Тогда всё будет: и слава, и почёт, и достаток».

Константин ГУРЕВИЧ,
заведующий кафедрой ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни –
залог успешного развития»,
доктор медицинских наук,
профессор РАН.

Константин ЗОРИН
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни –
залог успешного развития»,
кандидат медицинских наук.

Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

Применение артроскопических технологий в травматологии и ортопедии вывело специальность на качественно новую ступень развития. Низкая травматичность, широкие диагностические и лечебные возможности, относительная техническая простота и возможность быстрого обучения привели к широкому распространению артроскопии в клиниках России.

Главные вопросы на сегодня

Первое исследование в этой области было представлено на 41-м Немецком конгрессе хирургов в 1912 г. Отсчёт отечественной артроскопии ведётся с конца 1960-х годов. А современные артроскопические методики в практику российского здравоохранения начали внедряться в 1990-е годы. В настоящее время для артроскопической хирургии доступны практически все суставы человека. И главные вопросы на сегодняшний день – определение возможностей и расширение границ её применения как диагностического и лечебного средства.

Проведение этой технологии показано при свежих травмах коленного сустава с повреждением внутрисуставных структур, в том числе сопровождающимся гемартрозом. Однако имеются противопоказания – наличие сопутствующих внесуставных (внутренней боковой связки) и внутрисуставных (тела Гоффа) повреждений. Проведение операции на таком фоне с большой вероятностью приведёт к развитию осложнений.

Всесторонняя оценка клинических данных и результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, МРТ) позволяет чётко выделить группу пострадавших, которым выполнение лечебно-диагностической артроскопии обеспечит положительный эффект и не приведёт к развитию осложнений. В настоящее время общепризнаны следующие показания для срочной артроскопии:

Острые разрывы менисков (до 2 недель после травмы). Молодым пациентам при наличии технической возможности рекомендуется выполнение реконструкции повреждённого мениска. Пострадавшим среднего и пожилого возраста более предпочтительна резекция повреждённой и дегенеративно изменённой частей мениска. Участки дегенерации следует убирать для предотвращения повторных разрывов. В то же время с учётом роли менисков в нормальном функционировании сустава и профилактике развития артроза необходимо стремиться к максимальной их сохранности.

Повреждения суставного (гиалинового) хряща. Надёжных достоверных клинических признаков повреждения суставного хряща не существует. Поэтому особую значимость приобретает анализ механизма травмы и данных МРТ до операции, а также интраоперационная диагностика. Из всего разнообразия вариантов нарушения целостности хрящевого покрова суставной поверхности хирургическому лечению подлежат лоскутные разрывы с отслойкой, фибрилляции и нестабильные участки. При этом для закрытия образовавшегося дефекта рекомендуется применять методики стимуляции образования фибрино-хрящевого регенерата.

Костно-хрящевые переломы структур коленного сустава могут быть следствием нескольких видов травм: отрыв фрагмента надколенника при его вывихе, прямой удар в область коленного сустава, резкая боковая деформация (вальгусная, варусная). Специфических симптомов этих повреждений нет. При образовании крупных фрагментов может быть полезна рентгенография. МРТ позволяет

оценить количество и величину осколков, соотношение хрящевого и костного компонента, локализацию, величину и функциональную значимость дефекта. Большие фрагменты функционально значимых участков подлежат рефиксации. Мелкие следует удалять во избежание формирования свободных внутрисуставных тел.

Передняя крестообразная связка – основной пассивный стабилизатор коленного сустава. Долгое время её свежий разрыв (менее

границы применения, совершенствуется техники и методики, способствует развитию традиционной хирургии травмы.

Особое место заняла артроскопическая ортопедия. Глубокое изучение патологической анатомии, патофизиологии и биомеханики заболеваний опорно-двигательной системы, последствий и осложнений травм, развитие средств диагностики позволяют с помощью артроскопических технологий при минимизации хирургической

являются следствием травмы. Наиболее ярко их наличие проявляется блокадой сустава. Из неспецифических симптомов можно отметить боль, рецидивирующий синовит, ограничение движений. Артроскопическая санация сустава с удалением свободных тел, бесспорно, эффективное малотравматичное средство ликвидации всех проявлений данной патологии.

Рассекающий остеохондрит (болезнь Кёнига) чаще всего поража-

етроскопия, как правило, не даёт положительного эффекта.

Артррит – показание для экстренной операции

При наличии септического очага внутри сустава или развитии реактивного синовита показано проведение артроскопии. В зависимости от интраоперационных находок возможно проведение некр-, секвестрэктомии, одномоментного лаважа, аспирационного или про-

Врач и пациент

Артроскопия расширяет свои возможности

Её применение при лечении повреждений и заболеваний коленного сустава становится более эффективным

14 суток после травмы) безотнositельно к другим сопутствующим повреждениям служил показанием для срочной артроскопии, как минимум диагностической. Однако серьёзные ретроспективные исследования показали большое количество осложнений при фактическом отсутствии выигрыша во времени по сравнению с отсроченной операцией из-за удлинения сроков реабилитации. Поэтому в настоящее время рекомендуется проведение реконструктивной операции в отсроченном порядке при наличии клинических признаков нестабильности.

Задняя крестообразная связка имеет очень сложную структуру и располагается интраартикулярно, но экстрасиновиально. Изолированные повреждения практически не встречаются и являются результатом тяжёлых травм. Хирургическое восстановление её преследует цели предотвращения заднего смещения голени с нарушением биомеханики движений в коленном суставе. Артроскопическая реконструкция задней крестообразной связки, как правило, выполняется параллельно с другими хирургическими восстановительными процедурами.

Внутрисуставные переломы требуют идеальной репозиции. Поэтому одна из наиболее перспективных тенденций в травматологии – миниинвазивная артроскопически контролируемая репозиция отломков и фиксация современными имплантатами. Артроскопия позволяет значительно уменьшить травматичность доступа, обеспечивает лучший по сравнению с артротомией обзор восстанавливаемой суставной поверхности, благодаря чему повышается точность репозиции, снижается риск развития артроза и сокращается реабилитация.

Вывих надколенника в большинстве случаев наступает вследствие травматического воздействия на изменённый (дисплазия) коленный сустав. При этом возможно формирование отрывного перелома (костно-хрящевое повреждение), разрыва связки медиального удерживателя надколенника. Крупные осколки подлежат фиксации, мелкие – удалению. Медиальный удерживатель надколенника следует сшивать для профилактики развития рецидивирующего и привычного вывиха надколенника.

Своё законное место

Таким образом, срочная артроскопическая хирургия активно занимает своё место в отечественной травматологии, расширяет

агрессии добиваться максимального устойчивого долговременного результата.

Гонартроз (деформирующий артроз, остеоартроз) согласно современным патогенетическим представлениям в своей основе имеет дегенерацию гиалинового хряща. На начальных этапах при наличии клинических признаков морфологические изменения с большой достоверностью выявляются при помощи МРТ. В зависимости от этиологии в большей или меньшей степени параллельно развиваются деструктивные процессы в других внутрисуставных образованиях. Артроскопические технологии позволяют затормозить развитие дегенеративных процессов. Многие исследователи отмечают положительный эффект санационной артроскопии. Разрабатываются методики замещения повреждённого хряща. Однако эффективность внутрисуставных процедур снижается при наличии внесуставных причин развития артроза или хронической нестабильности сустава.

Хронический или рецидивирующий синовит как полиэтиологичная проблема требует крайне осторожного подхода при определении показаний к артроскопической операции. Только комплексная диагностика с точным выявлением внутрисуставной причины (изменения менисков, свободные или инородные тела, повреждение гиалинового хряща и др.) позволяет надеяться на купирование гиперпродукции выпота после проведения лечебно-диагностической артроскопии. Частичная или тотальная синовэктомия должна выполняться с учётом того, что новообразованная синовиальная оболочка обладает худшими биологическими и механическими свойствами.

Контрактура очень часто является следствием рубцово-спаечного процесса как внутри сустава, так и вне его. Показанием для артроскопической операции иссечения (рассечения) спаек является артрофиброз, синдром инфрапателлярной контрактуры, циклоп-синдром. В некоторых случаях возможно развитие ограничения движений вследствие сужения межмышечкового пространства или наличия фиксаторов после предшествующей операции. Иссечение (рассечение) спаек, удаление (замена, перемещение) фиксаторов, нотч-пластика позволяют восстановить амплитуду движений в суставе.

Свободные внутрисуставные тела (суставные мыши) формируются в результате дегенеративных дистрофических процессов или

ет медиальный мыщелок бедренной кости у подростков (юношей) и имеет чёткую стадийность. Локализация очага в функционально значимых зонах служит показанием к хирургическому лечению. Артроскопические процедуры на ранних стадиях применяются с профилактической целью – ревизия и тоннелизация. На поздних стадиях проводят рефиксацию или костную аутопластику. При сохранении целостности суставного хряща следует стремиться к ретроградным артроскопически ассистированным манипуляциям под рентгенконтролем.

Синовиальные складки (супра-, инфра-, медиопателлярная) коленного сустава имеются в норме и могут служить причиной болевых ощущений или функциональных нарушений в случае острой или хронической травмы, а также аномалии развития. Наибольшее клиническое значение имеет медиопателлярная складка. Её повреждение, гипертрофия, рубцевание или ятрогенное перерождение требует артроскопической коррекции: рассечения на разных уровнях, частичной резекции или полного иссечения. Гипертрофия медиопателлярной складки у детей довольно часто является причиной «беспричинных» болей. Патология других складок в клинической практике встречается реже.

Болевой синдром переднего отдела коленного сустава относительно часто встречается у девушек раннего постпубертатного периода и, как правило, связан с дисбалансом или дисплазией в пателлофemorальном сочленении. Сухожильно-мышечное напряжение вызывает травматизацию хряща, что может служить толчком к развитию артроза. При ревизии могут быть обнаружены участки хондромалиции. Однако попытки частичной резекции хряща приводят к прогрессированию артроза пателлофemorального сочленения со всеми вытекающими отрицательными последствиями. Выделяют разновидности переднего болевого синдрома – синдром избыточной латеральной компрессии. Он возникает при сочетании нескольких факторов: диспластическое латеральное смещение надколенника, избыточный вальгус сустава, ослабление медиального удерживателя надколенника, ослабление медиальной головки четырёхглавой мышцы бедра. Дифференциальная диагностика должна быть направлена на установление вклада каждого элемента, а лечение – на устранение истинной причины болевого синдрома. Ар-

точно-промывного дренирования. В любом случае местное лечение не заменяет общего и является его надёжным и эффективным дополнением. Дренажная система, установленная артроскопическим методом, имеет существенные отличия от традиционного открытого дренирования и требует более тщательного контроля за каналами поступления и выведения дренажной жидкости.

На трёх направлениях

Развитие артроскопии в современных условиях идёт в нескольких направлениях. Первое – совершенствование проверенных методик, инструментов, имплантатов с целью облегчения работы персонала, получения более качественного результата. Второе – разработка новых оригинальных технологий. Третье – адаптация имеющихся средств к выполнению новых задач. Четвёртое (на основе предыдущих трёх) – расширение анатомии применения артроскопических технологий.

На сегодняшний день сущность артроскопии полностью отвечает современным тенденциям мировой хирургии: низкая травматичность, малая инвазивность, высокая эффективность, сокращение сроков послеоперационного восстановления.

Однако следует понимать, что даже самая современная хирургическая технология является только первым звеном в длинной цепочке выздоровления. Особую значимость приобретает восстановительное (реабилитационное) лечение. Ведь конечный результат в подавляющем большинстве случаев зависит от адекватности реабилитации имеющейся патологии и проведённого оперативному лечению. Диапазон возможностей реабилитологии постоянно расширяется, внедряются новые технологии на основе обратной связи с применением биокомпьютерных систем. Но только на основе единства взглядов на этиопатогенез различных патологических состояний всех участников лечебного процесса, преемственности на всех этапах лечения, строгой последовательности проведения лечебных мероприятий возможно достижение качественного устойчивого положительного результата лечения.

Николай НЕЛИН,
доцент кафедры травматологии,
ортопедии и военно-полевой
хирургии Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.

Гипотезы

Спинальная
стимуляция

В своё время много говорили о врождённых и глубоко запятанных инстинктах, подкорке и подсознании, но лишь в наше время учёные получили арсенал исследовательских методов и инструментарий исследования живого и работающего мозга, познающего и решающего те или иные задачи. Через век после выявления первой полусотни корковых полей они в какой-то мере трансформировались в нейросети, стимуляция и восстановление которых сегодня даёт весьма ощутимые результаты.

Свою лепту в изучение мозга вносит также молекулярная биология, с помощью которой разбираются «по косточкам» клеточные ансамбли сетей и ферментативно-белковое их функционирование. Очень много было написано об эпигенетике, представляющей собой химическую модификацию ДНК без нарушения последовательностей её «букв» ген-кода. Изменение касается присоединения к ДНК метильных групп-CH₃, влияющего на активность генов, что позволяет менять даже инстинкты. Эпигенетические изменения могут передаваться следующим поколениям, что в своё время трактовалось как «проникновение» ламаркизма в биологию. Теперь, когда с механизмом метилирования разобрались, бесплодные споры наконец-то прекратились.

Но ДНК, как показали в Университете Эмори в Атланте (США), может модифицироваться путём присоединения-CH₃ к иной букве

ген-кода. Это изменение встречается намного реже, нежели уже известное: пиковая частота не превышает 25/миллион букв и то на фоне стресса (мышей заставляли плавать до изнеможения, что приводило к четырёхкратному увеличению числа-CH₃). Если эпигенез первого типа часто затрагивает гены, кодирующие протеины, то новооткрытая модификация затрагивает межгенные регуляторные последовательности. Пока новый механизм открыт у мышей, но вполне возможно, что он имеется и у людей. У мышей наблюдалась количественная инверсия, заключающаяся в снижении числа «новых» метильных групп в случае активации нейрональных генов, индуцированной под действием стрессов.

Трудно сказать, является ли переживаемый женщинами оргазм стрессовым состоянием, однако хорошо известно, что аноргазмия приводит к истощению нервно-психической сферы. Исследователи Ратгерского университета (США) ещё в 1985 г. обратили внимание на то, что женщины и девушки в момент оргазма меньше ощущают боль (на 75%, если быть точным). Развитие техники позволило им провести опыты по изучению этого интересного феномена, в которых приняли участие 10 гетеросексуальных женщин, испытывавших оргазм, лёжа в «катушке» функционального МРТ (фМРТ, одной из испытуемых, испытывавших в ходе обследования два оргазма, было 74 года). Картины-имиджи мозговой активности выводились на дисплей томографа с интервалами 20 секунд.

Наиболее активными оказались нервные клетки весьма древнего ядра, расположенного в структуре, называемой «шов»-Raphe ствола мозга под мозжечком. К нему давно привлечено внимание нейробиологов, поскольку в нём лежат также клетки, синтезирующие серотонин, называемый гормоном счастья и хорошего настроения, к тому же снижающие интенсивность болевых импульсов, проходящих через ствол к большим полушариям. Учёные Ратгерского университета опровергли широко распространённое мнение о том, что мозг женщин в момент оргазма «отключается». Об этом вроде бы говорили результаты опытов, проведённых в Гронингском университете (Нидерланды) с участием 13 женщин. Да, действительно активность эмоциональной коры в момент оргазма снижалась, однако она повышалась в участках мозга и коры, «отвечающих» за сенсорику, или общую чувствительность. В 2005 г. фМРТ были довольно примитивными и с низким разрешением, поэтому исследователи «дополнили» неясность МРТ-имиджей общими рассуждениями с эволюционной точки зрения и необходимости «отключения» от тревог и забот, мешающих достижению оргазма. В Ратгерском университете учёные не нашли никаких свидетельств дезактивации разных областей мозга в момент оргазма, как раз наоборот – по мере возбуждения «зажигались» сенсомоторная кора и кора лобных долей, «нависающих» над глазами (орбитофронтальная), главная мишень действия дофамина

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская районная больница» Иркутская область
(местность приравнена к районам Крайнего Севера)
требуются врачи следующих специальностей:
✓ фтизиатр, терапевт, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог, офтальмолог, невролог, рентгенолог, педиатр, оториноларинголог, стоматолог, онколог, эпидемиолог, заработная плата от 45 тыс. руб.
✓ заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, заработная плата от 60 тыс. руб.
Служебная квартира, соцпакет.
Молодым специалистам выплата подъёмных в размере от 100 тыс. руб.
✓ психиатр для работы в посёлке Верхнемарково по программе «Земский доктор» (выплата подъёмных согласно программе), заработная плата от 70 тыс. руб., служебная квартира, соцпакет.
Также приглашается на работу средний медицинский персонал:
✓ фельдшеры, медицинские сёстры, лаборанты.
Заработная плата от 30 тыс. руб., служебные квартиры в посёлках и сёлах района, соцпакет.
Телефоны:
(39565) 5-77-35 (главный врач), **5-79-02** (отдел кадров).

– прилегающее ядро, лежащее под лобными долями, передний отдел поясной извилины – «центр» эмоций, – мозжечок и гиппокамп (движение и память), миндалина над ним, ядра шва и гипоталамус, отвечающий за наши «основные инстинкты».

Более реально мнение о том, что подавление болевых ощущений связано с «подготовкой» будущих мам к деторождению и формированию связи матери с ребёнком (известно, что матери по-особому реагируют на детский плач). Авторы статьи в журнале Sexual Medicine полагают, что их результаты помогут лучше понять природу ангедонии женщин, при которой те не могут получить удовольствия и сексуального удовольствия (сравни: гедонизм – стремление к удовольствиям).

Говоря о нейросетях и стремлении к получению удовольствий, в том числе и от активных движений, нельзя не сказать о спинном мозге, по которому импульсы идут в двух направлениях и перерыв которого чреват обездвиживанием. Неудивителен поэтому интерес к статье учёных из Луисвиллского университета (США), появившейся в приложении Nature, где говорится об успешном

восстановлении моторики с помощью эпидуральной стимуляции повреждённого спинного мозга и обездвиженного параплегики. Известно, что мозг покрыт тремя оболочками, самая верхняя из которых твёрдая, или dura mater. Именно на неё с целью воздействия на мозг и накладывали электроды, стимуляция с которых в пояснично-крестцовой области привела к восстановлению произвольных движений ноги. Остаётся только упомянуть, что «интервенции» продолжались 3,7 года, что, конечно же, очень долго. И всё же авторы подчёркивают наличие нейрональных адаптаций спинного мозга взрослого человека, приведших к восстановлению мышечных сокращений и движений в коленном и тазобедренном суставах. К этому можно добавить улучшение памяти у 13 пациентов, страдающих эпилепсией, с помощью слаботочной стимуляции, достигнутое в Калифорнийском университете Лос-Анжелеса (США).

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Communications.

Почему бы и нет?

Слова и ум

Согласно нейробиологам Кембриджского университета, богатство словарного запаса способствует решению абстрактных задач, что свидетельствует о достаточно высоком IQ. По ходу одного из тестов испытуемых просили объяснить значение некоторых слов (недаром мудрый Соломон говорил «словами мы познаём суть вещей»). Учёные полагают, что объём лексики влияет на когнитивные способности, нарушающиеся при депрессии, одну из причин которой нейробиологи связывают с нарушениями в гене BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor). Этот белковый фактор, производимый самим мозгом, очень важен для питания нейронов, откуда его название. Если не с депрессией, то с угасанием способностей ума в пожилом возрасте в будущем, возможно, будут справляться с помощью белка Клото (Clotho – так звали одну из трёх вершителниц судеб людей, которая пряла нить жизни). Когда мышам с моделью паркинсонизма ввели протеин, у них улучшилась работа мозга.

Эдвин Эббот (1838-1926), английский теолог и писатель, поразил соотечественников книгой «Флатландия», в которой он «убрал» 3D-топологию, оставив от объёмных тел лишь их плоские симулякры – квадрат от куба и круг от сферы. Тем самым он напомнил читателям о рассказе Платона, описавшего пещеру в далёкой Индии, на стене которой отражались плоские тени (EIDOC-образы, переведённые на латынь как симулякры) людей и животных, проходивших снаружи. Биоинженерам предстоит ещё много работы, чтобы «воспроизвести» нервные клетки и нейросети – 100 млрд первых со 100 трлн сетевых синапсов. Поэтому более реальной задачей сейчас считается создание многоцелевых чипов, с помощью которых можно создавать более эффективные процессоры. Одной из задач является «сергация» спама, забивающего почту пользователей. Сегодня ис-

кусственный интеллект «охотников за спамом», функционирующий на основе искусственного интеллекта (AI) машин успешно отсеивает 90% нежелательных «посланий».

AI успешно применяется в решении языковых проблем, одна из которых связана с заимствованиями лексики, против которых рьяно выступают пуристы. Сотрудники университетов Оксфорда, Австралии и Осло, а также Института психолингвистики Макса Планка проанализировали 81 язык Австралонезии, показав, что слова меняются при возникновении новых языков, в то время как грамматические структуры при контактах разных языков – нет. Естественно, что в ходе этих контактов появляются двуязычные люди, мозг которых одновременно процессирует два языка и более (полиглоты).

Психолингвисты «нагородили» множество легенд вокруг таких людей. Одна группа объяснений посту-

лирует наличие одного «большого языка» в мозгу человека, свободно владеющего двумя неродственными языками. Вторая не возражает против того, что мозг использует одни и те же части коры, но при этом формирует две различные нейросети. Спор научных толкований, похоже, решили специалисты Университета и института нейронаук в китайском городе Шэньчжэнь, что на границе с Гонконгом, которые «посмотрели» с помощью функционального МРТ работу мозга 14 двуязычных людей. Испытуемым предъявляли два набора английских и китайских слов (мандарин), среди которых надо было найти сходные по смыслу. Анализ изображений осуществлялся с применением статистик, учитывающих разные исходы и используемых при машинном обучении. Он выявил, что участки коры, принимающие участие в процессинге разных языков, частично перекрывают друг друга в срединных отделах затылочной коры, а также на боковых поверхностях предлобной, теменной и теменно-височной. Однако слова неродственных друг другу языков анализируются разными нейросетями.

Возможно, что, следуя природе, специалисты машинного перевода смогут создавать более эффективные процессоры. Работы в этих областях помогут нейробиологам глубже понять природу языка, слова которого в полном согласии со взглядами Платона и Павлова присущи лишь человеку. А «представительство слов в мозгу» проще детализировать, учитывая, что МРТ тоже всё время совершенствуется».

Иван ЛАРИН.

По материалам New Scientist.

Мнения

Как установили британские учёные, если человек поранится или получит травму в дневное время, он восстановится быстрее, чем если бы то же самое произошло ночью.

Дневные
раны заживают
быстрее

Для лечения ночных ожогов понадобилось в среднем 28 дней, а ожогов, полученных в светлое время суток, – 17. О своих наблюдениях рассказали врачи из Лаборатории молекулярной биологии в Кембридже, которые изучали процесс заживления ран 118 ожоговых пациентов.

Учёные объясняют это разной скоростью регенерации клеток. Лабораторные исследования показали, что клетки соединительной ткани организма по-разному работают в течение суток. Как всем известно, фибробласты играют важную роль в заживлении ран, их основной функцией является синтез компонентов межклеточного вещества, и они первыми реагируют на полученную рану, способствуя заживлению. Но эффективно работают фибробласты в основном днём, а ночью «теряют бдительность».

Один из исследователей доктор Джон О'Нил сравнил этот эффект с забегом на 100 метров: «Спринтер, стартующий из низкой стойки

с опорой на грунт, всегда обгонит того, кто начинает забег с высоко-го старта».

Как полагают исследователи, полученные данные помогут повысить эффективность ме-

тодов лечения. Активизировать работу клеток в ночное время могут некоторые гормональные препараты, такие как гидрокортизон.

Кроме того, биологические часы каждого живого организма работают по индивидуальному графику, поэтому имеет смысл заранее планировать проведение хирургических операций на то время, когда клетки пациента особенно активны.

По словам доктора Джона Блейкли из Манчестерского университета, «заживление ран пациентов обходится национальной системе здравоохранения в 5 млрд фунтов (6,5 млрд долл.), что отчасти связано с отсутствием эффективных методов лечения».

Предварительные данные исследования ещё предстоит неоднократно доказать и провести серию клинических испытаний.

Инга КАТАРИНА.

По материалам BBC.

Как показывает множество исследований, сокращая время на сон, можно сильно навредить собственному здоровью. Согласно данным британского Центра по изучению сна, среднестатистический британец спит в среднем 6,5 часов в сутки, что для подавляющего большинства людей недостаточно.

А это, в свою очередь, оказывает негативное воздействие на здоровье, всего несколько ночей плохого сна могут повлиять на уровень сахара в крови и способствовать переизданию. Также изменения могут наблюдаться даже на уровне ДНК.

Несколько лет назад в Великобритании телепрограмма Trust Me I'm a Doctor (Верьте мне, я врач) совместно с Университетом Суррея (Великобритания) провела эксперимент: участников исследования попросили на одну неделю сократить время сна всего на один час. Доктор Саймон Арчер из этого университета сообщил, что такое сокращение времени сна сказалось на работе множества генов (около 500), в том числе и тех, которые отвечают за возникновение воспалительных процессов в организме и развитие диабета.

Ясно, что недосып крайне негативно сказывается на нашем физическом здоровье. Но как недостаток сна влияет на наше психическое состояние?

Был проведён ещё один эксперимент уже совместно с Оксфордским университетом.

На этот раз привлечены к исследованию участники, которые могут похвастаться крепким сном. Их снабдили устройствами, отслеживающими фазы сна и его качество. Первые 3 ночи они должны были спать 8 часов. Следующие 3 ночи им разрешено было поспать только по 4 часа.

Каждый день участники отвечали на ряд вопросов, которые должны были выявить их психологическое состояние, изменения в их настроении и эмоциях. Также велась видеонаблюдения.

Докторант Оксфордского университета Сара Рив, руководившая экспериментом, была удивлена тем, как быстро изменилось настроение испытуемых.

«Заметно вырос уровень тревожности, тоски и стресса, также отмечались признаки психоза и рост недоверия по отношению к другим людям, — сказала она. — Учитывая, что такие изменения отмечались всего лишь после 3 ночей недосыпа, это впечатляет».

Трое из четырёх участников эксперимента признались, что им не

веденческой психотерапии, сообщили об улучшении сна, снижении уровня тоски и тревоги, также снизилась частота проявлений психоза и галлюцинаций. Это исследование демонстрирует, что не всегда бессонница является следствием психических расстройств и что именно она может спровоцировать возникновение

однако точно повысят риски их возникновения.

«Каждую ночь почти каждый третий человек на Земле испытывает проблемы со сном. Около 5-10% населения страдают бессонницей. Но многие живут с этой проблемой и справляются. Однако нарушения сна повышают риск возникновения самых разных

Выводы

Сон — залог здоровья и красоты

понравилось их состояние после четырёхчасового сна, но один участник сказал, что на него недостаток сна, в общем, не повлиял. «Эта неделя не так сильно сказалась на моём состоянии, как я опасался. Я чувствую себя хорошо — не сказать, что счастлив или, наоборот, грустен, расстроен или что-то ещё», — говорит он.

Однако тесты, которые прошёл недоспавший, говорят об обратном. Его позитивный настрой резко изменился после 2 ночей недосыпа, а негативные эмоции начали преобладать. И несмотря на то, что он чувствовал себя неплохо, появились признаки ухудшения психического состояния.

Результаты этого небольшого эксперимента совпадают с данными масштабного исследования Оксфордского университета о влиянии недостатка сна на психическое здоровье учащихся. Участие в исследовании приняли более 3700 британских студентов, жаловавшихся на проблемы со сном.

Участники исследования были разделены на две группы. Первая группа прошла 6 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии, которая должна была помочь им улучшить качество сна. Другая группа получила стандартные рекомендации при нарушении сна.

Спустя 10 недель студенты, прошедшие курс когнитивно-по-



психических проблем. После четырёхчасового сна у участников эксперимента заметно вырос уровень тревожности, тоски и стресса.

Профессор клинической психологии Оксфордского университета Дэниел Фриман, проводивший исследование, говорит, что недостаток сна провоцирует появление навязчивых негативных мыслей, которые способны привести к психическим расстройствам.

«Когда мы не высыпаемся, у нас появляется больше негативных мыслей, и мы закикливаемся на них», — говорит учёный. По его словам, несколько ночей недосыпа, конечно, вряд ли спровоцируют психические заболевания,

психических заболеваний», — говорит Фриман.

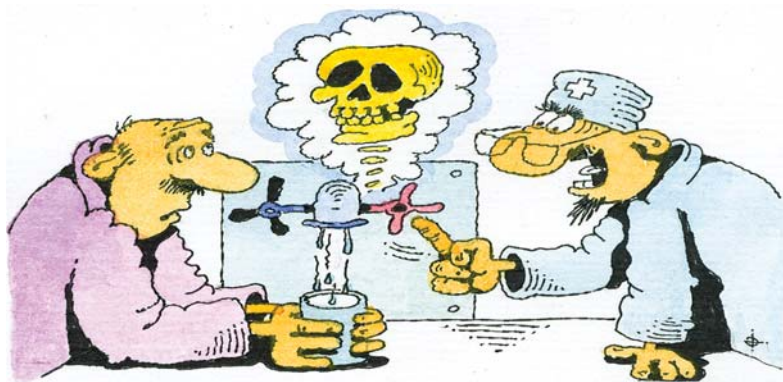
Исследование Оксфордского университета также помогает понять, что здоровый сон сам по себе улучшает самочувствие и настроение и защищает от возникновения психических расстройств. «Заработанные десятки тысяч долларов в год будут иметь меньшее влияние на способность чувствовать себя счастливым, чем один «лишний» час сна ночью», — говорит профессор Университета Южной Калифорнии Норберт Шварц.

Подготовила
Юлия ИНИНА.

По информации ВВС.

Ну и ну!

Опасная вода



Эксперты предупреждают, что водопроводная вода потенциально опасна. Дело в том, что более чем в 80% водопроводной воды в мире содержится пластик, и его частицы способны попадать во внутренние органы, подрывая здоровье.

Согласно исследованию Миннесотского университета (США), наиболее высокий уровень заражения фиксируется в США (93% воды загрязнено). Далее по списку идут Ливан и Индия. А вот самый низкий уровень загрязнения во Франции, Германии и Великобритании (72%).

В общей сложности были проанализированы 159 образцов водопроводной воды, взятые по всему миру, включая Уганду и Эквадор.

В них эксперты обнаружили микропластик — частицы пластика диаметром менее 5 мм. Врачи до сих пор не могут предсказать точный исход воздействия частиц пластика на организм. Пока известно, что микропластик поглощает токсичные химические вещества, которые потом выделяются в кишечнике.

Помимо этого, человек способен вдыхать микропластик, циркулирующий в воздухе. При попадании внутрь организма химические вещества из пластика добираются до нижней части лёгких и даже оказываются в кровотоке. Учёные подчёркивают: бутилированная вода не является безопасной альтернативой водопроводной.

Дана СЛАВИНА.

По информации MEDdaily.

Эксперименты

Сколько литров сладкой газированной воды может выпить человек за одни сутки, и как подобный напиток повлияет на организм человека? Ответы на эти вопросы решил найти 50-летний житель США Джордж Прайор. Он провёл эксперимент, в ходе которого на протяжении месяца ежедневно выпивал 10 банок Кока-колы. Таким образом он хотел узнать, какие изменения могут произойти с его телом.

кампании он набрал 10 кг. Но это не единственные негативные изменения: газировка повысила и кровяное давление Джорджа. Если в начале опыта показатели прибора были 130 на 80, то уже через месяц — 143 на 96. Почему же за такой короткий срок любимый многими напиток оказал столь негативное влияние на организм Прайора? Всё дело в содержании в нём сахара. Как бы странно для многих это ни звучало, но сахар сильнее, чем жиры, влияет на

Сладкая жизнь

Специально для своей затеи Прайор создал сайт, на котором регулярно рассказывал о том, как протекает его эксперимент. Более того, все происходящие с его внешним видом изменения он отмечал на видео. Стоит сказать, что его идея была весьма опасной для здоровья, однако мужчина с юмором отвечал, что он как отец двоих детей попытается спасти человечество от ужасной эпидемии и очередного вымирания живых существ на Земле.

Перед началом опыта Джордж весил 76,2 кг. К тому же он принял решение, что на время эксперимента не будет менять образ жизни и свой дневной рацион. Каждый день, вставая на весы, мужчина видел, что его вес стремительно увеличивается. К концу

повышение массы тела. Помимо этого, он вынуждает поджелудочную железу работать по максимуму, что приводит к повышенной выработке инсулина.

К счастью, эксперимент закончился благополучно. Джордж вернул свой прежний вес, а медицинское обследование не показало серьёзных изменений в работе организма. Но он обращает внимание на тот факт, что злоупотреблял колой лишь в течение одного месяца. А что происходит с организмом людей, которые из года в год злоупотребляют напитками, содержащими большое количество сахара?

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По информации Daily Mail.

Дословно

ВОЗ и ныне там

Американские конгрессмены утверждают, что Всемирная организация здравоохранения не предоставила убедительных доказательств того, что кофе, гербициды и мобильные телефоны содержат в себе компоненты, которые способствуют развитию онкологических заболеваний.

Сразу два комитета в конгрессе США заинтересовались решением ВОЗ о пересмотре значения глифосата — основной составляющей большинства гербицидов. Отдельные влиятельные конгрессмены заявили, что отдел по изучению онкологических болезней может готовиться к даче показаний относительно их исследования о роли канцерогена при возникновении рака. В ходе расследования будет также изучено письмо в адрес Международного агентства по изучению канцерогенов (IARC).

Офис IARC расположен в городе Лион (Франция). Агентство является частью ВОЗ, однако обладает определённой самостоятельностью. Последние несколько лет оно работало над оценкой влияния отдельных субстанций, входящих в состав кофе, мяса, прошедшего дополнительную переработку, и мобильных телефонов на возникновение злокачественных опухолей. Ряд экспертов заявили, что данные отчёта IARC противоречат сами себе. Но в Международном агентстве по исследованию рака настаивают на том, что в своей работе они применяют исключительно научные методы, их монографии ценят в научных кругах всего мира, и они никаким образом не вовлечены в конфликты интересов. Вместе с тем конгрессмены США убеждены, что они имеют полное право проверить то, насколько объективны результаты исследований IARC. Они объясняют это фактом того, что организация использует деньги США, а значит, американские граждане оплачивают работу этих учёных и имеют право убедиться в отсутствии ангажированности международного агентства.

Олег КУЗЬМИН.

По информации Daily Mail.

Угроза

Новая Эбола?

В Уганде зафиксирована вспышка смертельного вируса, похожего на Эболу. Речь идёт о вирусе Марбург, который убивает до 88% инфицированных, что делает его одним из самых опасных в природе.

На данный момент в Уганде пострадали только 5 человек, но международные эксперты уже бьют тревогу. Если упустить момент, вспышка перерастёт в настоящую эпидемию. Дело в том, что два летальных случая зарегистрированы рядом с кенийской границей.

Этот вирус похож на вирус Эбола, вызывающий геморрагическую лихорадку и убивший в 2014-2015 гг. около 11 тыс. человек. Впервые о вирусе Марбург заговорили в 1967 г., когда работники одной исследовательской лаборатории в Германии заразились от обезьян. Инфекция передаётся с укусами летучих мышей и обезьян, однако может распространяться и среди людей через сперму и кровь.

Также известны случаи инфицирования после контакта с заражённой одеждой, постельным бельём. Вирус провоцирует сильное кровотечение, лихорадку, рвоту, приступы диареи. Инкубационный период составляет 21 день, и лекарства от него пока нет. При этом медицинское сообщество встревожено новостями о вспышке чумы на Мадагаскаре, которую уже окрестили самой тяжёлой за последние 50 лет.

Роман МАЛИНОВСКИЙ.

По информации The Conversation.

Восточная легенда гласит: «Очень давно, одна молодая мамочка, недавно явившая свету своего первенца, решила спросить у мудреца, когда же начать воспитание и развитие своего ребёнка? И в ответ услышала, что опоздала с вопросом ровно на 9 месяцев». Надо полагать, с этим мудрецом согласятся многие современные специалисты: медики и педагоги. Действительно, во многом ход физического и интеллектуального развития ребёнка будет определяться тем, что смогли дать ему мама и папа, как они его ждали, рожали, кормили, с чем и как играли.

Первые «тренировки» – во время беременности

Хорошо, если до зачатия мама вела подвижный образ жизни и правильно питалась, а в период беременности имела возможность заниматься адаптированной к своему новому состоянию гимнастикой, плаванием, устраивать разгрузочные дни и есть здоровую пищу. Уже внутриутробно малыш может получить первые свои «тренировки», которые разовьют мышечный слой, вестибулярный аппарат, укрепят связки. Это поможет ему в его первой большой и очень серьёзной работе – появлению на свет, то есть прохождению по родовым путям. Все знают, что хорошо прошедшие роды – залог благополучного развития ребёнка. Учёными уже давно доказана теснейшая взаимосвязь между степенью физического, психического и интеллектуального развития. Эта связь особенно сильна в первые 3 года жизни маленького человека. Поэтому если совсем правильно подходить к вопросу о времени начала интеллектуального, а, как следствие, и речевого развития, то делать это необходимо ещё до зачатия.

Как поступить родителям, озабочившимся этой проблемой после рождения наследника? Прежде всего не расстраиваться и не вздыхать об упущенной возможности, а сразу же подумать, что можно предпринять для развития двигательной активности ребёнка в соответствии с его возрастом. Если крохе ещё нет 6 месяцев и с точки зрения педиатра и невропатолога у него не наблюдается никаких особенностей в развитии, можно подумать о грудничковом плавании, о неотделимых от плавания закаливающих процедурах и о динамической гимнастике.

Нырять раньше, чем ходить

Природа наделила деток чудесными адаптационными возможностями. Оказывается, до полугода при попадании воды на личико

Здоровая жизнь

Много двигаемся — крепче мышцы и больше ума

Это ещё раз подтверждают занятия с малышами в бассейне



Раннее плавание и закаливание – тоже своего рода искусство

они инстинктивно задерживают дыхание. Это позволяет маме и папе научить нырять своего ребёнка раньше, чем плавать и ходить. Конечно, и безусловно, искусству раннего плавания, закаливания, динамической гимнастике и «маминому» массажу должен научить специалист. Это может быть медицинская сестра из поликлиники, патронирующая малыша, или инструктор одного из бассейнов, в которых проходят такие занятия. Раннее плавание и закаливание даст возможность ребёночку меньше болеть, а если и случится такая неприятность, как ОРЗ, то более легко справиться с ней. Лучше не прерывать водные занятия – это даст возможность родителям более полноценно адаптировать ребёнка к реальной жизни, то есть укрепить корсетные мышцы, развить рабочий объём лёгких, укрепить связочный аппарат, стимулировать развитие пищеварительной системы, способствовать развитию вестибулярного аппарата в частности, а малышу – возможность воспринимать воду, как ещё одну среду для общения с миром, и ра-

сти на радость маме с папой здоровым, сильным, выносливым и умным. Человеческий ребёнок появляется на свет, имея всего 20 зрелых мозговых клеток (для сравнения: у котёнка зрелых клеток в структурах мозга к моменту рождения – 80). За такой, на первый взгляд, «несправедливостью» скрывается великая мудрость, позволяющая постепенно формировать сложный человеческий мозг, впоследствии выполняющий удивительные интеллектуальные и творческие задачи. Так как созревание центральной нервной системы не может протекать отдельно от развития организма в целом,

стимуляция развития общей моторики способствует развитию интеллекта и речи.

Примерно к году вес малыша уже не позволяет выполнять весь комплекс динамической гимнастики. Но это не значит, что следует лишить ребёнка его любимых движений, без которых он не может нормально существовать.

Все мы знаем, как цепко хватается даже грудной малыш за пальчик мамы, пытаясь подтянуться. Для ребёнка более старшего возраста можно установить дома миниатюрный спортивный комплекс. Конечно, это определённый риск. Поэтому необходимо позаботиться о безопасности юного гимнаста, то есть о мягких матах на полу, чтобы приземление в неудачном случае штурма высоты произошло безболезненно, да и высота перекладины должна быть изначально минимальной. Полагаю, излишне говорить, что лучшей страховкой будут сильные и ласковые мамы или папыны руки. Пока родители не уверены в крепости рук маленького спортсмена, необходимо ограни-

чить его доступ к перекладине в отсутствии взрослых. Окрепнув, чадо будет уверенно висеть на заборе, деревьях, турниках на спортивных площадках и на всех дверях в доме.

Следующее излюбленное движение деток – это качание. Монтируя спортивный комплекс, сразу желательно повесить качели. Качание на них – один из самых чудесных способов проведения времени у малышей. К тому же можно будет иметь дома дополнительный «громоотвод» в периоды ранних кризисов созревания, плохой погоды, да и просто дурного настроения.

С восторгом и завистью

Здесь уместно вспомнить, с каким восторгом и завистью весь двор смотрел на малыша, у отца которого было детское креслице на велосипеде? Катание – любимое развлечение едва ли не всех детей и взрослых. Оно очень похоже на качание, только с той разницей, что, катаясь, надо соблюдать равновесие. Не следует лишать ребёнка этого чудесного движения. Катайте его на велосипеде, пока он не может ездить самостоятельно. Вместе с ним катайтесь с горки на санках. Постарайтесь как можно раньше поставить ребёнка на лыжи (это можно сделать приблизительно к 4 годам).

Во время совместных игр на свежем воздухе важно не обходить такое движение, как вращение. Можно покрутить ребёнка, взяв его за руки, или изобразить самолёт, вращая ребёнка и держа его за руку и ногу. Наконец, просто покатайте на карусели. И качели, и катание, и вращение подготавливают к умению сохранять равновесие. Все дети любят балансировать на пенёчке, на камешке, пройти по дощечке через лужу или канаву. Даже имея выбор, идти по сухой части тротуара, обходя широкую лужу, или по бордюру, ребёнок выберет второй вариант, к великому неудовольствию и недоумению взрослого.

Удивительно, но именно самые любимые движения ребят – кача-

ние, катание, вращение, сохранение равновесия – развивают вестибулярный аппарат. Все эти движения жизненно необходимы растущему человечку.

Даже маленькие детки любят прыгать у мамы на руках. Подрастая, они не теряют любви к прыжкам.

Синтезом всех вышеперечисленных движений является лазание. Оно во многом отражает уровень владения своим телом. Как только малыш начинает свободно передвигаться по своему спортивному комплексу, можно быть уверенным, что ни одна лесенка, турник, забор или дерево, находящиеся на игровой площадке, не будут обойдены его вниманием. Здесь, помимо радости за успехи ребёнка, важно запастись ещё и терпением. Поскольку детальное обследование двора – дело хлопотное, и ребёнок будет с завидным постоянством являться домой перепачканным с головы до пят. Для совершенствования навыков всегда требуется время и постоянная практика. Лучше отвести для активных прогулок отдельную одежду.

Играя со своими детками, объясняя постоянно свои действия, родители добьются не только ловкости, смелости и решительности в их поведении, но и того, что рано или поздно малыш повторит сказанное старшими слово. Важно повторять названия действий, направлений, движений, предметов, окружающих ребёнка. Развитие речи, внимания и памяти будет идти параллельно с развитием его двигательной способности, общей моторики.

Подводя итог в нашей беседе, хотелось бы особо подчеркнуть, что заботиться о своевременном развитии ребёнка необходимо задолго до его рождения. И с первых недель жизни разговаривать с ним, играть, развивая слух и внимание, стимулировать его двигательную активность, тем самым укрепляя его речь.

Мария МОСКАЛЫК,
логопед.

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Вехи

Пример приграничного сотрудничества

Здесь лечили людей и разбирали послевоенные завалы

Балтийская центральная районная больница, одна из старейших медицинских организаций региона, отмечает юбилей – ей исполняется 70 лет. В 1947 г. под городскую больницу в Балтийске был определён один из немногих уцелевших от разрушения во время боёв за Пиллау жилой дом на улице Зелёной. В одной части разместилось родильное отделение, в другой – стационар на 50 коек. Подвал заняли пищеблок, прачечная, автоклавная, баня. Персонал больницы, прибывавший в Балтийск по направлениям и комсомольским путёвкам, работал в тесном сотрудничестве с врачами военно-морского госпиталя.

«Процесс организации проходил в тяжелейших условиях, – рассказал руководитель медицинского учреждения Владимир Пикалов. – Не хватало сотрудников, медикаментов, расходных материалов, люди дежурили по 2-3 суток, не выходя из отделения. Телефона не было, связь с госпиталем осуществлялась через нарочного. Пациентов доставляли на грузовике-полупортке, другого

транспорта не было. Помимо работы в больнице за медработниками был закреплён участок по разборке завалов».

Через 2 года в структуру горбольницы добавилась служба скорой помощи, началось строительство больничного городка. В 1953 г. было сдано первое здание, в котором сегодня располагается поликлиника. Трёхэтажный

лечебный корпус введён в строй в 1964 г.

Со временем больница, ставшая районной, приросла новыми помещениями и службами. Появились боксы для автомашин, на 2-м этаже лечебного корпуса заработало хирургическое отделение, было обновлено освещение.

Более 20 лет Балтийскую ЦРБ возглавляет В.Пикалов. За это время капитально отремонтирована поликлиника, за счёт средств Министерства обороны РФ построено новое здание детской поликлиники и женской консультации. В рамках программы модернизации здравоохранения в 2006-2013 гг. проведён капитальный ремонт хирургического, терапевтического, педиатрического отделений и здания детской поликлиники,

получено 4 автомобиля скорой медицинской помощи.

В последние годы продолжается укрепление материально-технической базы ЦРБ. Полностью современным оборудованием оснащена клинично-диагностическая лаборатория. Открыты кабинеты врача общей практики в Приморске, на Балтийской косе, в посёлке Севастопольском.

По поручению главы региона Антона Алиханова, данного в ходе рабочего выезда в муниципалитет в апреле этого года, из областного бюджета направлено более 14 млн руб. на реконструкцию 1-го этажа лечебного корпуса и устройство пандуса для машин скорой помощи.

«Сегодня мы разрабатываем проектную документацию по капитальному ремонту физиопроцедурного

корпуса, а также благоустройству подъездных путей и прилегающей территории, – сообщил В.Пикалов. – За счёт средств медицинской организации регистра тура взрослой поликлиники переоборудована под стандарты проекта «Бережливая поликлиника».

Помимо этого, в рамках международного сотрудничества заключено соглашение о партнёрстве с целью разработки и подачи совместной проектной заявки в программу приграничного сотрудничества «Литва – Россия 2014-2020», а также дальнейшей реализации программ повышения качества и доступности медицинской помощи в городах Балтийске и Шилале Таурагского уезда Литовской Республики.

Инна СЕРГЕЕВА.
Калининградская область.

