

Медицинская

20 сентября 2017 г.
среда
№ 70 (7788)

Газета®

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

Итоги

Каким было лето для наших детей?

Уже можно делать чёткие выводы



Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека подведены итоги телефонных горячих линий консультирования россиян по вопросам организации детского отдыха. А глава Роспотребнадзора Анна Попова провела селекторное совещание «Об итогах летней оздоровительной кампании 2017 г.».

За это время наши сограждане могли получить консультацию специалистов по вопросам организации детского отдыха как по горячей линии территориальных управлений ведомства, так и в консультационных пунктах для потребителей при центрах гигиены и эпидемиологии.

Врач всегда рядом

Поступило более 20 тыс. обращений. Лидировали вопросы по медицинской документации, необходимой при направлении ребёнка в летнюю оздоровительную организацию. Много было консультаций, связанных с требованиями к организации питания детей. На третьем месте оказалась тема акарицидных обработок территории летних лагерей от клещей.

Также россияне обращались за разъяснением норм санитарного законодательства и требований к организации детского отдыха. Большое количество консультаций оказалось по вопросам вакцинации детей, выезжающих в оздоровительные организации, и организованных перевозок.

Количество обращений за советами по вопросам организации летнего отдыха детей и подростков показало актуальность и востребованность данного направления деятельности, отмечают в Роспотребнадзоре. Служба продолжит практику горячих линий по этим вопросам.

Как сообщили в Роспотребнадзоре, случаев групповых заболеваний в лагерях не было. По итогам летней оздоровительной кампании выраженный оздоровительный эффект отмечен у 96,4% отдыхающих детей, отметили в ведомстве.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!



Анна ПОПОВА,
главный государственный
санитарный врач РФ:

Важная тема – это участие образовательных учреждений в системе противодействия эпидемиям.

Стр. 4

Наталья ЧАНЧИКОВА,
директор красноярского Центра
ядерной медицины ФМБА России:
Наша первая задача – поставить новые технологии на поток, чтобы они стали для врачей обычными методами.

Стр. 5



Галина ЗОЛЬНИКОВА,
министр здравоохранения
Оренбургской области:

Человек, работающий в первичном звене, сопровождает и хранит пациента на протяжении его жизни – это высокая миссия.

Стр. 6

Начало

Молочное питание получают все дети Алтая

В рамках программы поддержки малообеспеченных семей Министерства здравоохранения Алтайского края начало выдачу детского питания медицинским организациям. Для этого закуплено 67 тыс. кг сухой адаптированной молочной смеси на общую сумму 19,9 млн руб. Выдача будет производиться на всей территории региона – его бесплатно получают более 6 тыс. малышей из малообеспеченных семей.

– Детские молочные смеси – очень специализированные продукты, которые должны производиться из сырья высочайшего качества с соблюдением строгих стандартов. Состав таких продуктов регламентируется многими нормативными документами как российского, так и международного уровня, – отмечает заместитель министра здравоохранения края Елена

Кравец. – Молочная смесь, которой будут обеспечены маленькие жители, содержит в своём составе важные функциональные компоненты. Она рекомендована для здоровых детей с рождения до года и адаптирована с учётом их потребностей.

Завод, на котором изготавливается молочная смесь, уже более 50 лет занимается производством продуктов для детского питания и производит смеси из молока, полученного на собственных фермах. Наличие своей сырьевой базы позволяет не закупать и не использовать сухое молоко. Смеси, каши, молочная продукция готовятся только с использованием живого молока, не подвергнутого излишней термической обработке. Это позволяет продуктам лучше усваиваться.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Алтайский край.

Перемены

В Челябинской областной клинической больнице № 3 проведена первая высокотехнологичная эндоваскулярная операция на головном мозге. Благодаря этой технологии стало возможным лечение пациентов с аневризмами сосудов головного мозга.

Как известно, церебральная аневризма – одно из самых опасных заболеваний в нейрохирургии, которое отличается своей непредсказуемостью и высокой смертностью как у взрослого населения, так и у детей.

Швов и шрамов нет

Открытые оперативные вмешательства, применяемые ранее, отличались значительной травматичностью и включали трепанацию черепа. Пациенты длительное время находились на стационарном лечении и имели повышенный риск инвалидизации.

«Через сосуд специальным инструментом мы подошли к аневризме,

уложили в неё покрытые платиной спирали, и она не будет разрываться. На второй день пациент уже встал и ходил. Нет швов и шрамов», – рассказал нейрохирург областной клинической больницы № 3 Роман Радых.

Мария ХВОРОСТОВА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | **Мониторы пациента**



- Динамическое наблюдение за состоянием пациентов
- Выбор конфигурации и параметров мониторинга
- Просмотр и хранение событий и данных наблюдения

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

Новости

Рекордное снижение младенческой смертности

Как сообщил министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов, впервые на Кубани показатель младенческой смертности снизился до исторического минимума и достиг 3,8 на тысячу родившихся живыми, что также ниже среднероссийского значения (5,3).

Евгений Фёдорович напомнил, что в крае увеличилась продолжительность жизни. Этот показатель сегодня – 72,9 года, что выше среднероссийского уровня.

За минувший период этого года по сравнению с аналогичным прошлым годом на Кубани уже заметно улучшились важные показатели. Так, на 25% снизилась смертность от туберкулёза, на 7% – от болезней системы кровообращения и на 4% – от болезней органов пищеварения.

Ольга ЛЫЖНИК.

Краснодар.

Конференция врачей УЗИ

В Южно-Сахалинске состоялась научно-практическая конференция, посвящённая новейшим достижениям в области лучевой и ультразвуковой диагностики. Участие в мероприятии приняли ведущие российские специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, врачи сахалинских медицинских учреждений – специализированных отделений и центральных районных больниц.

В настоящее время служба лучевой диагностики в государственных учреждениях здравоохранения региона представлена двумя аппаратами магнитно-резонансной томографии, 14 компьютерными томографами, 34 флюорографами, 71 кабинетом рентгенографии, также каждая медицинская организация оснащена современными УЗ-аппаратами.

Главный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Министерства здравоохранения Сахалинской области Елена Кушнарченко считает, что уровень оснащения сахалинских больниц специализированным оборудованием достаточно высок, сейчас необходимо работать над созданием глобальной сети рентгенологических исследований.

Ежегодно в Сахалинской области выполняется порядка 490 тыс. рентгенологических исследований и 50 тыс. – компьютерно-томографических. По мнению московских специалистов, эти данные полностью совпадают с общероссийской статистикой и подтверждают соблюдение в регионе современных стандартов диагностики.

В ближайшее время парк техники будет дополнен: до конца года в Сахалинской областной клинической больнице появятся МРТ и ангиографическая система. Также в ряде учреждений, в том числе районных, будут установлены 4 компьютерных томографа и столько же рентгеновских комплексов, в Томаринской ЦРБ – маммографический аппарат.

Подспорьем в решении задач службы является и кадровый вопрос. Ежегодно в область привлекаются десятки специалистов по лучевой, ультразвуковой диагностике. В островную медицину приходят как молодые врачи, так и специалисты с большим опытом. В планах – создание общества специалистов по ультразвуковой диагностике, в котором будет совершенствоваться методологическая база, производиться обмен опытом, обучение различным методикам врачей из районов.

Николай ИГНАТОВ.

Южно-Сахалинск.

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

Профилактика

По пути на работу или по своим делам, в общем, как говорится, на ходу смогут сделать прививки против гриппа москвичи: возле станций столичного метро и рядом с двумя станциями Московского центрального кольца откроются мобильные пункты вакцинации против этой инфекции.

«Мы с 4 сентября по 29 октября открываем на 26 станциях Московского метрополитена мобильные прививочные пункты, которые будут работать до 29 октября в будние дни с 08:00 до 20:00, в субботу с 09:00 до 18:00, в воскресенье с 09:00 до 16:00. Такие же пункты будут работать с 11 сентября у двух станций – Крюково в Зеленограде и МЦК, – сообщил на пресс-конференции заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погодин.

В вакцинации примут участие более 100 медицинских работников из 20 учреждений столицы. Им выделят специально оборудованные санитарные машины, рядом с которыми выставят флажки. Кроме того, в подземке запустят звуковые объявления, а в вестибюлях станций появятся плакаты с информацией о местах вакцинации.

«В прошлом году во время прививочной кампании против гриппа вакцинацию прошли около 34 тыс. сотрудников Московского метрополитена – это около 70% от всех наших сотрудников. В их числе более 4 тыс. машинистов», – говорит первый заместитель начальника метрополитена по стратегическому развитию и клиентской работе Роман Латыпов. Планируется, что в этом году прививки сделают

Прививки — попутно

На вакцинацию в столице возлагают большие надежды



Мобильные медицинские пункты становятся привычными на улицах столицы

примерно 38 тыс. сотрудников подземки.

В 2016 г. кампания по вакцинации против гриппа около станций метро прошла с большим успехом. Тогда мобильные передвижные пункты дежурили у 24 станций метро. С 5 сентября по 1 ноября прививки там сделали более 117 тыс. человек. Всего же против гриппа себя обезопасили более 4,3 млн москвичей.

Мобильная вакцинация проводится для всех совершеннолетних граждан с их письменного согласия. При себе нужно иметь паспорт. Перед прививкой все проходят медицинский осмотр. Терапевты и инфекционисты определяют возможные противопоказания, измеряют температуру и артериальное давление. Все привитые против гриппа получают сертификаты.

Сделать прививку можно не только около метро, но и в городских поликлиниках. Необходимая вакцина отечественного производства уже получена, а сама вакцинация продлится до ноября.

В Департаменте здравоохранения напоминают, что позаботиться о своём здоровье необходимо заранее, так как защитный эффект проявится только через 10–12 дней после прививки и продлится около года. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость снижается, если прививки сделали не менее 40% горожан. В прошлом году от гриппа привились более 48% москвичей.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Cito!

Тенденции

Новые машины для службы «03»

В ближайшее время учреждения здравоохранения Прииртышья получат 21 автомобиль скорой медицинской помощи. Новые «скорые» будут приобретены за счёт резервного фонда Правительства РФ.

Согласно распоряжению председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева, по которому в этом году будет закуплено 1150 автомобилей скорой помощи для 75 субъектов России, на эти цели выделено 3 млрд руб. Спецтранспорт будет приобретён напрямую у крупнейших российских производителей: автозавода «ГАЗ» и Ульяновского автомобильного завода.

Как сообщили в Министерстве здравоохранения Омской области, сейчас проводится аукцион на

приобретение 12 машин скорой медицинской помощи, из которых 10 – класса С, с реанимацией. Автомобили приобретаются по поручению губернатора Виктора Назарова, который поставил задачу в этом году обновить парк машин, оснащённых всем необходимым для проведения срочных реанимационных мероприятий. «Мы направим дополнительно 50 млн руб. на приобретение современных реанимобилей в полной комплектации. Два из них будут специально предназначены для оказания неотложной медицинской помощи детскому населению. Задача номер один – закрыть потребность в таких автомобилях в этом году», – подчеркнул губернатор.

Стоит отметить, что в прошлом году также по решению губернато-

ра из средств областного бюджета было выделено 40 млн руб. на приобретение 20 санитарных автомобилей повышенной проходимости для бюджетных учреждений здравоохранения муниципальных районов, пострадавших от паводка, и для ЦРБ, у которых спецтранспорт был с высоким износом автомобилей «скорой».

Планомерное обновление автопарка «03» позволит медикам Прииртышья более эффективно справляться с задачами, которые возложены на эту службу. Новые машины «скорой» медики получат до конца года.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Однако

По итогам проведённых рейдов поликлиник страны активисты Общероссийского народного фронта подготовили своеобразный список самых нелепых оправданий управленческих провалов в медицинских учреждениях.

На основе поступивших в ОНФ оценок и жалоб граждан активисты регулярно выезжают на места, откуда поступают сигналы граждан. Инспекторы отмечают, что проблемы везде схожи: очереди на запись и приём к врачам, некомфортные условия, грубость персонала, плохая работа регистратуры. В поиске «крайнего», некоторые главные врачи приводят самые разнообразные и порой абсурдные объяснения:

В Иркутской городской детской поликлинике № 6 на жалобы родителей, что очередь за талоном приходится занимать с самого раннего утра, администраторы медицинского учреждения отвечают,

Самые нелепые оправдания

что инфоматы из строя выводят дети. Подобные оправдания в детских поликлиниках активисты ОНФ слышат в 30% случаев.

«И так во многих регионах. Стоит новая техника, даже не включённая ни разу, где-то вся в пыли, где-то бережно прикрытая простынкой. Государство потратило деньги, закупило, доставило. Бери и пользуйся! Но многим проще работать по старой, пускай и безобразно неудобной и неэффективной, системе записи – вручную», – комментирует координатор проекта ОНФ «Народная оценка качества» Виктор Рожков.

В каждой второй поликлинике активисты ОНФ сталкивались с проблемой нерационального использования площадей. Всех наиболее востребованных врачей распределяют в одном коридо-

ре, где пациентам тесно. Ответ администрации везде схож: «Так сложилось!».

В городской поликлинике № 11 (Омск) пациентов заставляли принести с собой одноразовые шприцы, перевязочные материалы. На вопрос активистов ОНФ, почему так происходит, активисты получили один из самых популярных у чиновников ответов: «Не может быть!».

В городской поликлинике № 1 (Таганрог) эксперты ОНФ обнаружили большую очередь в регистратуру, запись к врачам растягивалась на неделю. Главный врач объяснил происходящее так: «Вы неудачно зашли!». Похоже, пациенты поликлиники тоже каждый день «неудачно заходят». Решить проблему оказалось просто – достаточно было перенастроить систему электронной записи на приём.

Руководство поликлиники № 8 (Смоленск) уверяло экспертов ОНФ, что каждую неделю отвозит в Минздрав анкеты с мнениями граждан об оказанных услугах. Однако активисты нашли ящик с оценками закрытым и опломбированным, покрывшимся пылью. С таким же случаем активисты ОНФ столкнулись и в поликлинике № 1 (Уфа).

В Иркутской городской поликлинике № 15 в туалете была полная антисанитария. По словам главного врача, местные жители регулярно уносят мыло, сиденья от унитаза, а как-то раз утащили даже сливной бачок, ухитрившись пронести его мимо охраны...

«Цель проекта ОНФ «Народная оценка качества» – выстроить рабочую модель обратной связи между чиновниками и простыми

гражданами. Такую задачу поставил и Президент РФ. Только владея целостной картиной, зная общественное мнение и отстроив канал обратной связи, власть может решать существующие проблемы качественно», – подчёркивает координатор проекта ОНФ Виктор Климов.

Результаты более полутысячи проведённых активистами ОНФ проверок выявили главную причину, которая носит системный характер. Это неэффективное и порой просто неграмотное управление, нежелание администрации слышать мнения людей, учитывать их потребности и пожелания. Большинство же организационных проблем можно решить без существенных затрат с помощью компетентного управления и применения успешного опыта коллег.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Москва.

Дословно

Медицинский туризм в развитии

Объём российского рынка выездного медицинского туризма оценивается Минздравом и Ростуризмом примерно в 13 млрд руб., заявил журналистам глава Федерального агентства по туризму РФ Олег Сафонов.

«Очень многие медицинские услуги, такие как операции на сердце, офтальмология, ортопедия, в нашей стране значительно дешевле при том же уровне качества, нежели на территории других стран. Это очень популярное направление и значительный рынок», – сказал руководитель Ростуризма. По его словам, этот рынок активно растёт за счёт граждан так называемых высокоразвитых стран и стран СНГ.

Ранее, весной этого года, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отметила, что поток российских пациентов, выезжающих за границу для получения медицинской помощи, в 2016 г. значительно сократился, а выездной медицинский туризм, напротив, растёт. Однако баланс пока ещё не в пользу отечественной медицины – в прошлом году из страны на лечение выехали 80 тыс. человек, а приехали за российскими медуслугами всего 13,5 тыс. иностранцев. Речь идёт, в частности, о гражданах Израиля, Германии и Великобритании.

Статистические данные, которыми оперируют СМИ, – самые разные. Так, за 5 месяцев 2017 г. число иностранных медицинских туристов в Россию выросло, как сообщал Минздрав, на 40 тыс.

человек. А, по оценкам Российской ассоциации медицинского туризма, уже за 11 месяцев 2016 г. нашу страну посетили более 19 тыс. зарубежных медтуристов. Самой востребованной у иностранцев оказалась стоматология – за этими услугами приехали 44% пациентов.

Так или иначе, факт остаётся фактом: медленно, но верно, медицинский туризм в нашу страну нарастает. И это не случайно. Лечение на Северном Кавказе, например, в ближайшем будущем станет вдвое дешевле, чем в Европе. Это станет возможным благодаря созданию здесь уникального инновационного медицинского кластера, проект которого презентовали на недавнем экономическом форуме в Санкт-Петербурге.

«Реализовав этот проект, мы не только снизим поток россиян, выезжающих на лечение в зарубежные клиники, но, уверен, сможем создать и обратный поток. К нам на Северный Кавказ поедут иностранцы для лечения, – заявил недавно первый заместитель министра РФ по делам Северного Кавказа Одес Байсултанов. – По нашим подсчётам, которые мы делали совместно с международными экспертами, качественное лечение в нашем регионе медицинскому туристу при одинаковых условиях обойдётся в 2-2,5 раза дешевле, чем в Европе».

Заместитель министра отметил, что одним из главных конкурентных преимуществ нашей медицины станет соединение в комплексе медицинского университета, университетской клини-

ки и научно-исследовательского центра, что позволит предложить услуги мирового уровня. По словам О.Байсултанова, реализация проекта начнётся в 2018 г., основные объекты будут готовы через 5 лет.

Медицинский кластер будет создан в Малокарачаевском районе Карачаево-Черкесии в районе Кисловодска, концепция строительства разработана австрийской компанией СОЛВЕ групп. Проект реализует Корпорация развития Северного Кавказа, курирует Минкавказ России. Стоимость оценивается в 162,1 млрд руб., из них 40 млрд будет выделено из бюджета.

Жители Кавказа и других регионов России смогут получить высокотехнологичную медицинскую помощь на уровне клиник Израиля и Германии. Проект медкластера представили на экономическом форуме в Санкт-Петербурге. По последним данным, его стоимость составит 162,1 млрд руб.

Создатели центра задачей проекта в Минводах ставят полное импортозамещение. На базе научного комплекса планируется вести разработки и производство различных медицинских препаратов.

Ввод уникального медицинского кластера позволит не только приблизить высокотехнологичную медпомощь к региону. Проект Корпорации развития Северного Кавказа рассчитывает привлечь на лечение в Россию иностранцев.

**Константин БЕЗНЕГ,
МИА Сити!**

Акценты

Врачу эти нормы не указ

Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом педиатра участкового, терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), невролога, оториноларинголога, офтальмолога и акушера-гинеколога, адресованы не врачу практического звена или пациенту. Они необходимы организаторам здравоохранения для проведения соответствующих расчётов.

Как пояснили в Минздраве России, врач должен уделять пациенту столько времени, сколько необходимо с учётом состояния его здоровья. А утверждённые в 2016 г. нормы были сформированы на основании проведённых Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения

впервые за несколько десятков лет хронометрических исследований. Данные нормы превышают ранее действовавшие в Советском Союзе, а также больше средних норм, установленных во многих других государствах, например в Великобритании, Испании, Германии, Швейцарии.

Кроме того, в Минздраве отметили, что одновременно с увеличением временных норм приёма Министерством здравоохранения РФ был предпринят целый ряд мер для увеличения времени, которое врач уделяет непосредственному общению с пациентом. Так, в работу врача активно внедряются информационные технологии, автоматизирующие подготовку различных документов; перераспределены функции между врачом и средним медработником, инициирован проект «Бережливая поликлиника», в рамках которого совершенствуется внутренняя логистика работы медорганизаций; отменён целый ряд форм медицинских документов.

**Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!**

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

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

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: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

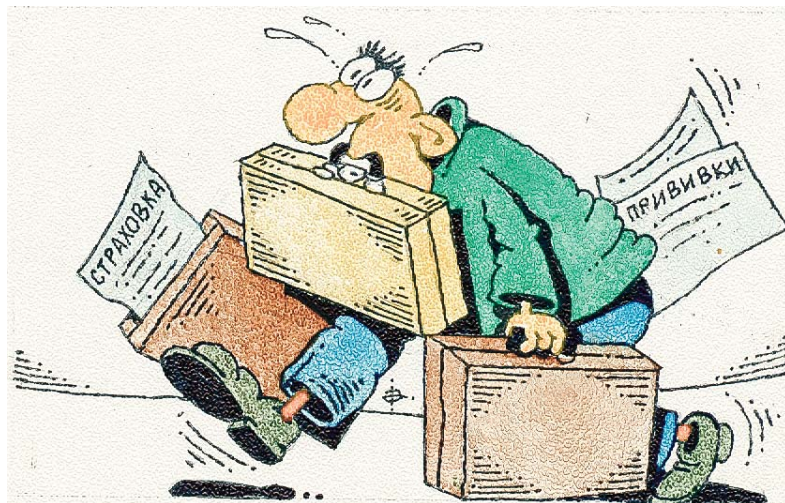
Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.**

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

Санитарная зона

Информация об инфекциях за рубежом для российских туристов, выезжающих за границу, и о случаях заболеваний среди наших соотечественников должна быть достоверной, считают в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и принимают соответствующие меры.

У Роспотребнадзора инфекции под присмотром



В Роспотребнадзор продолжают поступать обращения от российских туристов, заболевших энтеровирусной инфекцией в Турецкой Республике, сообщают в ведомстве. В связи с этим руководителем службы Анной Поповой проведено совещание с представителями Всероссийского союза страховщиков (ВСС) и крупнейших страховых компаний.

Особо подчёркнуто, что законодательством о туризме и законодательством о защите прав потребителей на туроператоров и турагентов возложена обязанность по обеспечению безопасности оказываемых туристских услуг.

Участники страхового рынка выразили готовность в целях обеспечения безопасности российских туристов принимать дополнительные меры, связанные с передачей информации об угрозах безопасности здоровью туристов, в том числе за счёт механизмов саморегулирования и путём совершенствования договорной базы с туроператорами.

На совещании принято решение о проработке Всероссийским союзом страховщиков совместно с Роспотребнадзором алгоритма обмена сведениями о количестве страховых случаев, связанных с инфекционными заболеваниями туристов.

В целях защиты прав российских потребителей туристских услуг Роспотребнадзором направлено территориальные органы поручение об оказании необходимой консультационной и правовой помощи российским туристам, пострадавшим от действий туроператоров и турагентов.

За вторую половину августа 2017 г. в Роспотребнадзор в целом обратилось более 1700 граждан с жалобами на нарушение их прав в сфере выездного туризма. Около 1200 случаев непосредственно связано с организацией отдыха в Турецкой Республике. По результатам рассмотрения поступивших обращений сотрудниками службы оказана помощь в составлении свыше 200 претензий в адрес туроператоров.

Около 11% страховых случаев – это инфекционные заболевания. В экзотических странах можно подхватить опасный недуг, несвойственный для нашего региона проживания. Который пошатнёт не только здоровье – но и затраты на выздоровление серьёзно «подкосят» семейный бюджет.

**Иван САВРАНОВ,
МИА Сити!**

Москва.

Кстати

Роспотребнадзор отправил в Турцию с официальным визитом группу своих представителей – эпидемиологов, специалистов по коммунальной гигиене и инфекционистов. Они на месте изучат ситуацию с распространением вируса Коксаки на побережье Анталии.

В ходе визита специалистами ведомства будут проверены отели, на которые приходится больше всего обращений пострадавших от энтеровирусной инфекции, проинспектирована организация противоэпидемических мероприятий, включая обеззараживание воды бассейнов. А также специалисты посетят, как планируется, инфекционные стационары. По результатам поездки будут подготовлены рекомендации по организации мероприятий для снижения угрозы безопасности и здоровью отдыхающих, в том числе на следующий туристический сезон.

О намерении Роспотребнадзора и Ростуризма провести инспекцию на курортах Турции в связи с вирусом Коксаки главный санитарный врач РФ Анна Попова заявила в кулуарах недавнего Восточного экономического форума во Владивостоке. Говоря о лабораторной диагностике, она отметила: «Пока эти вопросы абсолютно не прозрачны и не ясны – как это происходит, кому ставится какой диагноз и на каком основании».

Что касается туроператоров, которые не уведомили должным образом туриста об имеющейся угрозе, то к ним будут применены строгие меры, заявила руководитель Роспотребнадзора.

**Валерий СУВОРИН,
МИА Сити!**

Угрозы

Грипп нагрянет с востока

Ожидается три его коварных штамма

Официальный старт прививочной кампании против гриппа в стране дала на стенде Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на полях Восточного экономического форума (ВЭФ) главный государственный санитарный врач РФ Анна Попова. В рамках ВЭФ-2017 работала сессия-2017 «Пандемическая готовность как условие устойчивого экономического роста в Азиатско-Тихоокеанском регионе», состоялось подписание меморандума о взаимопонимании между Дальневосточным федеральным университетом и Роспотребнадзором.

Вакцинироваться
надо всем

Глава Роспотребнадзора, как сообщили в ведомстве, подчеркнула, что выбор ВЭФ в качестве площадки для старта прививочной кампании против гриппа неслучаен – эта инфекция приходит в Россию с восточных рубежей страны, первыми под удар попадают регионы Дальнего Востока. В эпидемическом сезоне 2017-2018, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в Северном полушарии Земли будут циркулировать три штамма гриппа, один из которых ранее не циркулировал широко, и иммунитет к нему у россиян не сформирован.

За счёт средств федерального бюджета для нужд Минздрава России закуплено 58,5 млн отечественной вакцины, включающей все три актуальных штамма. По данным Государственной корпорации по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции «Ростех» в рамках госпоставок этого года профилактических вакцин от гриппа для нужд Минздрава будет отгружено на 29% больше объёма прошлого года. С опережением графика завершены поставки вакцин для взрослого населения в рамках первого этапа реализации госкон-



Если не сформирован иммунитет против гриппа...

тракта. Почти 20 млн доз вакцины «Совигрипп» уже поступили в государственные медучреждения для бесплатной сезонной иммунизации против гриппа и ОРВИ.

Оптимальным временем проведения прививок против гриппа является период с сентября по ноябрь, напоминает Роспотребнадзор. Важно, чтобы иммунитет после проведённой прививки против гриппа успел сформироваться до начала эпидемического подъёма заболеваемости.

Не случайно прямо во время Восточного экономического форума в первый же день работы прививочного кабинета на стенде Роспотребнадзора прививку от гриппа с актуальными штаммами сделали себе более 60 человек, включая высоких гостей ВЭФ, журналистов и представителей организаторов форума. Среди поддержавших акцию и призвавших защитить себя от гриппа – министр природных ресурсов и экологии Сергей Донской, руководитель Федерального агентства по туризму Олег Сафонов, директор Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Министерства здравоохранения Сергей Муравьёв и другие, решившие показать важность и нужность этой процедуры на собственном примере. Всем им выдан сертификат установленного образца.

В расчёте на помощь вузов

Вузы должны помогать в борьбе с распространением эпидемий, в частности в Азиатско-Тихоокеанском регионе, заявила на конференции «Усиление роли женщин для экономического роста и развития» на ВЭФ-2017 А.Попова. «Важная тема – тема участия образовательных учреждений в системе противодействия эпидемиям. Формирование общих для всех навыков и практик, чтобы были общие методы и подходы, – тут есть о чём говорить», – сказала глава Роспотребнадзора.

В подтверждение этому на стенде ведомства в рамках ВЭФ состоялось подписание Меморандума о взаимопонимании между Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Дальневосточным федеральным университетом. Со стороны Роспотребнадзора документ подписала А.Попова, со стороны ДВФУ – исполняющий обязанности ректора ДВФУ Никита Анисимов.

Меморандум предусматривает разработку и создание новых медицинских технологий, в том числе способствующих повышению качества жизни, а также создание совместного научно-исследовательского центра по изучению проблем биологической безопасности и санитарно-эпидемиологического благополучия населения в

Азиатско-Тихоокеанском регионе. Стороны займутся разработкой новейших методов проведения научных исследований и экспертизы, а также разработкой и адаптацией передовых научно-образовательных технологий с целью повышения качества подготовки специалистов в области санитарно-эпидемиологического благополучия. Уже в 2018 г. во Владивостоке на базе ДВФУ будет открыт учебный центр Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора для повышения квалификации и дополнительного профессионального образования специалистов в области диагностики инфекционных болезней с помощью молекулярно-диагностических методов.

Открытие учебного центра – это начало большой совместной работы Роспотребнадзора с ДВФУ, в рамках которой будут реализованы совместные научно-исследовательские и образовательные программы для развития международного сотрудничества в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения со странами Азиатско-Тихоокеанского региона. При помощи научных разработок ЦНИИ эпидемиологии в России качественно диагностируются более 200 инфекций, включая социально значимые.

Дальневосточный центр по подготовке специалистов в области эпидемиологии и биологической безопасности – это уже шестой региональный образовательный центр ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. Учебные центры института функционируют в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Новосибирске, а также в Киеве. Всего с 2001 по 2016 г. на базе института было проведено более 350 циклов обучения врачей, обучено свыше 3700 специалистов. Кроме того, 232 иностранных специалиста получили повышение квалификации в области диагностики инфекционных и паразитарных болезней.

На базе института функционируют 8 всероссийских референс-центров по мониторингу социально значимых инфекций и 11 научно-исследовательских лабораторий. Лабораторную базу ЦНИИ используют ВОЗ и ЮНИСЕФ для проведения собственных курсов по специализации и повышению квалификации в области молекулярной диагностики инфекционных заболеваний.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Решения

Приближая
высокие
технологии

Открытие молекулярно-генетической лаборатории на базе Приморского краевого перинатального центра стало долгожданным событием не только для сотрудников медучреждения, но и для тысяч пациентов ЛПУ со всего региона. Оперативно и предельно точно выявлять скрытые инфекции организма, сложные мутации генов, риски наследственных и иных заболеваний – всё это далеко не полный перечень того, что стало возможным благодаря современным технологиям.

Структура нового подразделения представлена двумя направлениями: методом проточной цитометрии и методом ПЦР-диагностики. Как отмечают эксперты, у лаборатории есть все шансы стать одной из самых прогрессивных в Приморском крае.

– С введением передовых методов молекулярно-генетической диагностики теперь в стенах нашего учреждения мы предоставляем полный спектр исследований любой категории сложности, – рассказывает заведующая лабораторией Елена Слюсарева. – Мы рады предложить нашим настоящим и будущим пациентам в дополнение к клинко-диагностическим и бактериологическим видам обследования новейшие методы проточной цитометрии и ПЦР-диагностики.

Проточная цитометрия, иначе её называют микроскопия в потоке, – современная высокотехнологичная методика клеточного анализа, позволяющая помимо количественного состава смотреть ещё и морфологию клеток. Как отмечает Е.Слюсарева, это даёт большие возможности в плане диагностики заболеваний.

Высококвалифицированный же метод полимеразной цепной реакции уникален тем, что позволяет проводить не только диагностику различных патологических процессов, но и оценивать эффективность лечения.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Проекты

Общероссийская общественная организация «Лига защитников пациентов» приступила к реализации программы для тех, кто оказывает медицинскую помощь – «Лояльность к пациентам».

Конфронтация между пациентами и системой здравоохранения растёт, недовольство граждан качеством и доступностью медицинской помощи остаётся стабильно очень высоким, считают в этой организации. Государство и медицинское сообщество предлагает возложить на пациентов всё больше ответственности, начиная с состояния их здоровья, включая оплату услуг, а также дополнительную имущественную (за неправильный образ жизни и пр.) и даже уголовную ответственность (за нападение на врачей, а она уже есть). Всё это отталкивает пациента от российской медицины.

«Мы предлагаем резко изменить этот вектор, – сообщается на сайте программы. – Мы полагаем, что только проявление лояльности к пациенту способно вызвать лояльность пациентов. То есть это чуть ли не единственный путь снижения общего накала эмоций и конфликтов. Мы считаем, что

Проявите доброжелательность к пациенту

Он должен знать о своих правах, болезнях и лечении

доверие общества к здравоохранению можно вернуть, только проявив лояльность. Под лояльностью мы понимаем совокупность доброжелательности, законности, этичности и профессионализма. Для бизнеса лояльность пациентов – ключ к успешности! Но нужно научиться быть лояльным самому!»

Участники программы должны следовать её условиям и договору. «Лояльность – доброжелательное, этичное, законное и профессиональное отношение к лицам, которые нуждаются в медицинской помощи (в вашей помощи), обратились за ней или получают её, – напоминает Лига защитников пациентов. – Это намного больше, чем сертификация услуг. Мы помогаем вам сделать вашу работу с пациентами лучше благодаря нашему опыту защиты прав пациентов с 2000 г. Мы предлагаем решения, которые помогут вашей организации снизить конфликтность и усилить взаимное доверие между вашими врачами и пациентами. Вряд ли существует



Лояльность – этичное, законное и профессиональное отношение к лицам, которым нужна помощь

сейчас большой дефицит, чем дефицит доверия, а без доверия порой невозможно помочь больному. Эта программа позволяет начать процесс восстановления доверия в самой болезненной сфере общества – в медицине».

Лига уточняет, что создание программы не значит, что эта организация «переходит на другую

сторону правоотношений и начинает работать против пациентов».

«Наоборот. Мы делимся опытом с теми, кто оказывает помощь, как раз, чтобы они лучше смогли учесть интересы пациентов в своей работе, но в конфликтах мы так и останемся на стороне пациентов, – поясняется в сообщении. – Это позволит нам и впоследствии по-

мочь вам делать работу лучше для пациентов и уменьшит число неприятных ситуаций».

«Нельзя информировать против воли. Спросите пациента, что он хочет знать о своих правах, болезнях и лечении. Вы обязаны его информировать, но только если он просит об этом. Подписание согласия – это завершение информирования, а не оно само. Объём полноты информирования определяет пациент, – разъясняют разработчики программы. – Не пользуйтесь зависимостью пациента для извлечения дохода. Это может привести к признанию сделки кабальной и ничтожной».

Лига защитников пациентов предлагает врачам подписать с пациентом соглашение о распределении рисков, если ситуация этого требует. А на каждой страничке истории болезни предложить пациенту расписаться в форме – «Ознакомлен» и/или «Согласен», превратив медицинские документы в являющийся договор.

Валентия КАЗАЦКИЙ.
МИА Сити!

В течение пяти лет спроектирует, построит, оснастит современным специализированным оборудованием Центр ядерной медицины на острове Русский и подготовит для него персонал АО «Русатом Хэлскеа». Концессионное соглашение об этом подписали на Восточном экономическом форуме (ВЭФ) госкорпорация «Росатом» и администрация Приморского края. Стоимость центра – около 2,5 млрд руб.

Об этом сообщили все ведущие информационные агентства страны и другие СМИ. Но почему-то забыли упомянуть, что до 70-х годов теперь уже прошлого века уровень развития ядерной медицины в нашей стране соответствовал уровню США, Японии и развитых стран Европы...

Обеспечит доступность, закроет потребности

«Наша дочерняя проектная компания приступает к реализации проекта, – сообщил журналистам в кулуарах ВЭФ генеральный директор управляющей компании «Росатома» в области ядерной медицины «Русатом Хэлскеа» Денис Чередниченко. – Мы провели предпроектные работы, сейчас приступаем к проектно-изыскательским работам на площадке будущего центра и закладке необходимого оборудования в производство, чтобы оно уже было готово к окончанию стройки».

Основополагающей частью центра станет ускоритель – циклотрон, на котором будут нарабатываться необходимые радиоактивные изотопы. По словам Д.Чередниченко, прежде всего будет нарабатываться фтордезоксиглюкоза – биологический аналог глюкозы, молекула, содержащая в своём составе радионуклид фтор-18. Раковые опухоли гораздо интенсивнее остальных тканей организма потребляют глюкозу, это позволяет зарегистрировать при помощи метода позитронно-эмиссионной томографии скопления раковых клеток в теле пациента. «Кроме того, в рамках радионуклидной терапии будет использоваться радиоактивный йод-131, который будет поставляться с нашего предприятия в Обнинске в Научно-исследовательский физико-химический институт имени Карпова» – добавил директор «Русатом Хэлскеа».

Новый центр, как планируется, начнёт функционировать к концу 2020 г. и закроет потребности в диагностике и лечении онкологических заболеваний на всём Дальнем Востоке, а также сможет оказывать услуги пациентам из близлежащих стран Азиатско-Тихоокеанского региона.

В составе центра – отделения радионуклидной диагностики для

Современные технологии

Ядерная медицина: надёжное будущее!

Это уникальное направление уверенно возвращается в Россию

Время ренессанса

проведения исследований современными методами: комбинированным методом позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) и методом однофотонной эмиссионной и компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ), а также отделение радионуклидной терапии, использующее радиофармпрепараты. Это позволит обеспечить максимальную доступность современных ядерных технологий в области медицины, повысить качество диагностики и эффективность лечения онкологических заболеваний, их выявляемость на более ранних стадиях и, как следствие, сократить смертность.

Ежегодно в центре смогут проходить обследование почти 6 тыс. человек. Предполагается, что основная часть медицинских услуг жителям Приморского края будет оказываться в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счёт средств Фонда обязательного медицинского страхования.

Как сообщил журналистам губернатор Приморья Владимир Миклушевский, подписано также российско-японское соглашение, согласно которому обе страны будут участвовать в производстве радиофармпрепаратов. «Сейчас мы

привозим сюда препараты контейнерами, специальным безопасным самолётом из Хабаровска, – отмечает руководитель края. – Но изотопы так устроены, они живут очень мало. Поэтому мы довозим примерно 30%. Соответственно, цена одного исследования в три раза выше, чем могла бы быть. После строительства центра финансирование исследований будет за счёт ОМС».

В настоящее время мы наблюдаем стремительно возрождающийся интерес к применению ядерных технологий, особенно в медицине. Россия входит в число стран-лидеров по производству сырьевых медицинских изотопов. Работает программа по созданию в регионах центров ядерной медицины, основу которых составляет высокоточная современная диагностика онкологических, кардиологических и

в израильских или европейских центрах.

Ближайшая перспектива: что нас ждёт?

Современная медицина требует нового подхода, видно, что в России хватает опытных специалистов. И сейчас необходимо, считают эксперты, в кратчайшие сроки интегрировать все направления ядерной медицины в стране, нужно подумать о том, чтобы эта отрасль стала более активно развиваться внутри страны. К тому же есть очень неплохой экспортный потенциал для целого ряда радиофармпрепаратов.

Строительство центра ядерной медицины в Приморском крае госкорпорация «Росатом» рассматривает как пилотный проект, который в дальнейшем может быть реализован в других регионах России. «Есть планы по Краснодару, Перми, Калининграду, разговариваем и с другими регионами, ведём диалог и в странах СНГ», – сообщил журналистам Д.Чередниченко.

Сеть таких центров ядерной медицины охватит Тамбов, Орёл, Липецк, Курск, Брянск. Эти области для построения «узлов» ПЭТ-сети выбраны не случайно – они расположены недалеко от следа Чернобыльской аварии, а значит, здесь особенно нуждаются в мониторинге состояния здоровья. Планируется также запуск центров в Новосибирске, Самаре, Екатеринбург, Калуге, Оренбурге, Перми, Ижевске.

Развивается производство актуальных медицинских изотопов, разрабатывается оборудование на основе изотопных микроисточников, производство томографов и терапевтических ускорителей.

В России, которая входит в число пяти крупнейших производителей сырьевых медицинских изотопов в мире, есть большая потребность в ядерной медицине, и эта потребность осознана сегодня властями. «Наша первая задача – поставить новые технологии на поток, чтобы они стали для врачей обычными методами», – говорит директор центра ядерной медицины ФМБА России в Красноярске Наталья Чанчикова. Согласимся с ней.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ориентеры

Дагестан является одним из регионов России, где проблема наследственных и редких болезней достаточно остра. Причин много, в их числе – близкородственные браки, географические и этнические изоляты. Республиканский медико-генетический центр совместно с Минздравом Дагестана нарабатывает опыт организации системы диагностики и лечебного процесса болезней накопления, среди которых одна из самых распространённых – мукополисахаридоз разных типов.

«Всего в регистре Республики Дагестан, согласно Перечню 24 нозологий редких (орфанных) заболеваний, зарегистрировано 198 пациентов, из них 126 – дети, – рассказывает главный врач медико-генетического центра Айшат Ахлакова. – Пациентов с болезнями накопления на учёте 23. Основная доля таких заболеваний – мукополисахаридозы. Учитывая актуальность проблемы для нашего региона, приказом Минздрава республики организовано лечение таких больных в Республиканском медико-генетическом центре.

С 2016 г. нашим пациентам проводится инфузионная терапия ферментозаместительными препаратами. В дневном стационаре центра выделены две палаты. Инфузионная терапия, или капельница, как называют её сами пациенты, – длительная процедура. Она проводится в присутствии

Сделать всё возможное

На высокие результаты лечения всецело настроены врачи медико-генетического центра Дагестана



Ради здоровья и доброй улыбки своих земляков не жалеют сил и времени специалисты центра

реанимационной медицинской сестры под наблюдением врача-генетика и врача-реаниматолога. Палаты оснащены оборудованием на случай неотложных состояний во время процедуры».

В настоящее время лечение в центре получают 7 человек, в том числе один взрослый. Пре-

параты на лечение выделены по региональной программе. Благодаря активной позиции министра здравоохранения Дагестана Танки Ибрагимова в отношении оказания полной помощи пациентам с этой сложной редкой патологией при поддержке главы Дагестана Рамзана Абдулатипова удалось про-

вести эту программу в жизнь – для получения больными необходимой медицинской помощи на уровне современных стандартов.

«Мы делаем всё возможное, чтобы пациенты с орфанными заболеваниями получали необходимое лечение, – отметил министр здравоохранения Дагестана. – За прошедший период у пациентов наблюдается положительная динамика. Нежелательных явлений, аллергических реакций ни у кого нет. Ферментозаместительная терапия однозначно улучшает качество жизни и общее состояние пациентов».

«У людей теперь совсем другое настроение, ведь уменьшилась интенсивность суставных и мышечных болей, повысилась двигательная активность, – рассказывает заведующая отделением пренатальной диагностики Республиканского медико-генетического центра Амина Гамзатова. – Случаи ОРЗ, которыми наиболее часто страдают больные мукополисахаридозом, стали реже. В целом выросли параметры физического развития у всех детей.

Наша главная задача на перспективу состоит в том, чтобы процедуры стали непрерывными и доступными, ведь пока такое лече-

ние могут получать не все. Но мы надеемся, что скоро и эти задачи будут решены».

По словам врача, родители таких маленьких пациентов уже объединились в своеобразное братство. Они образованные, ответственные, понимают сложность и серьёзность заболеваний и не сидят сложа руки. Налажена связь друг с другом – и если кто-то узнаёт новое, сразу же делится. Кроме того, семьи всегда поддерживают связь с врачами, что очень важно для положительного эффекта лечения. А детки – очень разумные и весёлые.

«Во время первой инфузии мы стараемся подбодрить ребёнка, дарим ему игрушку, – рассказывает А.Гамзатова. – Всё-таки малышу предстоит несколько часов лежать под капельницей. У нас проходит лечение 7-летний мальчик Ислам. Он необыкновенный, такой смешливый, артистичный, с чувством юмора. Когда Ислам приходит на процедуры, повсюду слышен смех, и для нас это самая большая награда, когда пациенты улыбаются».

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Накануне

Первая Глобальная министерская конференция Всемирной организации здравоохранения «Остановить туберкулёз в эпоху устойчивого развития: многосекторальный подход» пройдёт 16-17 ноября 2017 г. в Москве.

Сегодня туберкулёз является ведущей инфекционной болезнью, уносящей жизни людей во всём мире. С ним связаны глубокие экономические и социальные последствия. Продолжается кризис общественного здравоохранения, вызванный туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

Хотя с 2000 г. мировые усилия позволили спасти 49 млн человек, напоминает ВОЗ, мероприятия и инвестиции крайне недостаточны, чтобы положить конец эпидемии туберкулёза. Необходимы межсекторальные усилия высокого уровня, и меры в отношении туберкулёза могут служить показателем осуществления повестки дня в области устойчивого развития.

К участию в конференции приглашены: министры здравоохранения и министры других ведомств (например, финансов, социального развития, юстиции), в том числе от 40 стран с наибольшим бременем туберкулёза и туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью; руководители организаций ООН, учреждений по вопросам развития и региональных органов; неправительственные организации, в том числе конфессиональные организации, представители институтов гражданского общества, представители обществ и лица, столкнувшиеся

Остановить туберкулёз — задача нашего времени

Конференция ВОЗ по этой проблеме пройдёт в Москве



Эмблема Первой глобальной министерской конференции ВОЗ

с проблемой туберкулёза, а также научные и исследовательские учреждения, благотворительные фонды и частные организации.

Конференция призвана ускорить осуществление странами Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулёза с принятием неотложных мер в отношении недостаточного доступа к медико-санитарной помощи и формирующейся кризисной ситуации вследствие распространения МЛУ-ТБ для достижения целевых показателей Стратегии по ликвидации туберкулёза. Они установлены Всемирной ассамблеей здравоохранения и Целями в области

устойчивого развития (ЦУР) Организации Объединённых Наций.

Итоги конференции на уровне министров будут приняты к сведению Совещанием высокого уровня по туберкулёзу Генеральной Ассамблеи ООН в 2018 г.

Ожидаемые итоги, достижению которых будет привержена конференция, включают:

- всеобщий охват медицинской помощью и профилактикой в связи с туберкулёзом;
- реформы систем и использование в полной мере инновационных инструментов с целью оптимизировать качество комплексной, сосредоточенной на людях медицинской помощи и профилактики и обеспечить доступ, никого не оставляя без внимания;
- устойчивое финансирование всеобщего охвата медицинской помощью, социальной защиты и развития;
- устойчивое финансирование, особенно из внутренних источников, для обеспечения доступа к медицинской помощи и профилактике на основе всеобъемлющих систем здравоохранения и социальных систем, ослабляющих факторы риска и последствия болезни;
- соблюдение справедливости, этических норм и прав человека;

– справедливые и основанные на соблюдении прав человека меры, приоритизирующие контингент лиц, затронутых бедностью, болезнями, стигматизацией и маргинализацией, включая глобальные усилия в отношении ситуации мигрантов и особых рисков, которым подвергаются другие уязвимые группы населения, например заключённые;

– научные исследования и инновации;

– расширение и обеспечение адресности финансирования и активизация укрепления потенциала для содействия быстрым достижениям в научных исследованиях и инновациях;

– мониторинг и оценка прогресса;

– отслеживание прогресса в направлении решения задачи 3.3 и других задач в рамках ЦУР, влияющих на эпидемию туберкулёза, и создание или укрепление цифровых систем для сбора, хранения и анализа крупных объёмов дезагрегированных данных;

– мероприятия по устойчивости к противомикробным препаратам, безопасности в области здравоохранения и МЛУ-ТБ;

– подход к решению проблемы МЛУ-ТБ как к чрезвычайной ситуа-

ции и угрозе безопасности в области здравоохранения, в том числе в рамках глобальной повестки дня в отношении;

– усиление мер в отношении туберкулёза и ВИЧ-инфекции;

– оказание комплексной медицинской помощи всем, кто затронут туберкулёзом и ВИЧ, с особым упором на устранение случаев смерти от туберкулёза среди лиц, живущих с ВИЧ;

– синергия между мерами в отношении туберкулёза и неинфекционных заболеваний;

– синергичные и совместные действия против туберкулёза и неинфекционных заболеваний и их факторов риска.

На конференции будет подписана Московская министерская декларация по туберкулёзу с чёткими обязательствами стран ускорить действия по ликвидации туберкулёза и достижению целевых ориентиров ЦУР к 2030 г. Эта декларация будет принята к сведению Совещанием высокого уровня по туберкулёзу Генеральной Ассамблеи ООН в 2018 г.

Напомним, что 22 мая 2017 г. председателем 70-й ассамблеи Всемирной организации здравоохранения избран министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. В этом качестве глава Минздрава проработает год и проведёт выборы нового главы ВОЗ.

Всемирная ассамблея здравоохранения – высший руководящий орган ВОЗ. В 2017 г. кандидатуру председателя ассамблеи выдвинул Европейский регион организации.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Инициатива

Добро пожаловать в профессию!

В Оренбуржье проводят посвящение в доктора молодых коллег

В городской детской клинической больнице Оренбурга состоялась церемония посвящения в профессию молодых врачей – выпускников педиатрического факультета Оренбургского государственного медицинского университета.

Ведущая детская больница областного центра приняла хорошее пополнение – в коллектив влились 17 детских врачей. В студенческие годы они совмещали постижение профессии с занятием наукой, спортом, работали в стройотряде. Сегодня большинство из них приступают к работе в участковой службе, есть также узкие специалисты.

Руководитель регионального Минздрава Галина Зольникова обратилась к молодым педиатрам с добрыми напутствиями. Она отметила:



Главный врач Салим Чолоян обещает молодым коллегам: «Будет интересно!»

аккредитация выпускников показала, что новые кадры имеют хорошую подготовку. К теоретическим знаниям прибавится практический опыт, поможет наставничество коллег.

– Появляется новая когорта амбулаторных врачей, обладающих современными знаниями, внедряющих новые подходы, – подчеркнул министр. – Человек, работающий в первичном звене, сопровождает и хранит пациента на протяжении его жизни – это высокая миссия. Дорогие коллеги, вы познаете, какое это счастье – спасать жизни, дарить радость избавления от недуга.

Главный врач больницы Салим Чолоян заверил, что у его молодых коллег впереди интересная работа. В учреждении активно развиваются информационные технологии, реализуется проект «Бережливая поликлиника», проводятся выезды специалистов на территории области.



Министр здравоохранения Галина Зольникова: «Ставьте амбициозные задачи!»

Сотрудники провели символическую церемонию посвящения новичков в доктора: надели на молодых коллег белые врачебные халаты, вручили подарки, цветы. А министр Г.Зольникова подарила им ноутбук с программным обеспечением, необходимым для педиатров, и заверила, что через год снова встретится с ними и будет рада убедиться, что все остались верны избранной профессии.

В областном Минздраве ожидают улучшения ситуации с обеспеченностью медицинскими кадрами. В 2017 г. успешно прошли первичную аккредитацию 415 выпускников Оренбургского государственного медицинского университета, в том числе 220 – лечебного факультета и 97 – педиатрического. Они имеют право работать на должностях участковых врачей. Кроме того, в этом году 289 человек завершили подготовку в интернатуре, из них 99 врачей различных специальностей – по целевому набору.

Наталья ЧЕПУРГИНА, внешт. корр. МГ.

Оренбург.

Фото автора.

Кагры

Первый раз в... медицинский класс

Почти 90% выпускников поступают в медвузы

Узнать о профессии врача не понаслышке, а на собственном опыте могут ребята одной из надымских школ, поступившие в этом году в медицинский класс. В течение двух лет они будут детально знакомиться с профилактической и клинической медициной, в том числе с особенностями работы системы арктического здравоохранения и современными методами охраны здоровья населения.

Проект реализуется в Надымском районе уже второй год и на сегодня охватывает около 40 школьников. Стартовал он по инициативе районного Департамента образования при активном участии Ямальского центра медицинской профилактики, Надымской центральной районной больницы и одной из медико-санитарных частей.

В этом году на школьной линейке зародилась новая замечательная традиция: директор школы Татьяна Цвентарная вручила обучающимся обоих медицинских классов памятные значки. Змея, обвившая чашу, символизирует знания, которые ребятам придётся добывать в упорном труде. Несомненно, скучать юным медикам не придётся – ведь помимо основной школьной программы каждую неделю для них будут проходить занятия в различных медучреждениях.

– По опыту прошлого года могу сказать, что такой про-

ект действительно нужен и очень востребован, – отмечает главный врач Ямальского центра медицинской профилактики Сергей Токарев. – К примеру, наш центр активно привлекает ребят к социально-профилактической работе и осознанному волонтерству, здесь они обучаются современным методам профилактики заболеваний, участвуют в проведении обследований. Школьники активно задействованы в профориентационных мероприятиях, а с другими детьми говорят на их языке по принципу «равный обучает равного». Подростки приходят к нам с горящими глазами, задают десятки вопросов, стараясь вникнуть в самую суть. Я очень надеюсь, что большинство учеников посвятят себя медицине и, получив образование, через несколько лет вернутся на родной Ямал готовыми специалистами – нашими коллегами.

Классы с медицинским уклоном есть и в других муниципалитетах Ямала. Четвёртый год работает такой проект в Новом Уренгое, и можно с уверенностью сказать, что идея себя оправдала – почти 90% выпускников профильных классов поступают в медицинские вузы. Часть из них – по целевому набору, а значит, после окончания учёбы молодые специалисты вернутся в родной город.

Александр МЕЩЕРСКИЙ. Надым.



В коллектив детской больницы влились 17 выпускников медицинского университета

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 67 (2097)

Лихорадка – защитно-приспособительная неспецифическая реакция организма, возникающая при действии пирогенов и проявляющаяся повышением температуры тела вследствие перестройки центров терморегуляции на новый уровень функционирования. Наиболее частыми причинами лихорадки являются инфекционные заболевания, вызванные разными микроорганизмами.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
A01.0	Брюшной тиф
A20	Чума
A21	Туляремия
A22	Сибирская язва
A23	Бруцеллёз
A27	Лептоспироз
A28.2	Экстраинтестинальный иерсиниоз
A36	Дифтерия
A39	Менингококковая инфекция
A49.9	Бактериальная инфекция неуточнённая
A69.2	Болезнь Лайма
A70	Инфекция, вызываемая Chlamydia psittaci
A75	Сыпной тиф
A78	Лихорадка Ку
A84	Клещевой вирусный энцефалит
A92.3	Лихорадка Западного Нила
A95	Жёлтая лихорадка
A98.3	Болезнь, вызванная вирусом Марбург
A98.4	Болезнь, вызванная вирусом Эбола
A98.5	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
A99	Вирусная геморрагическая лихорадка неуточнённая
B20-B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
B27	Инфекционный мононуклеоз
B54	Малярия неуточнённая
B99	Другие и неуточнённые инфекционные болезни
J00-J06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей
J10-J18	Грипп и пневмония
J20-J22	Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей
R50	Лихорадка неясного происхождения

Классификация лихорадки

По степени повышения температуры тела (см. табл. 1):

- субфебрильная лихорадка;
- фебрильная лихорадка;
- гиперпирексия.

Таблица 1

Лихорадка по степени повышения температуры тела

Уровень лихорадки	Температура тела
субфебрильная	37-37,9°C
фебрильная	38-40,9°C
умеренная	38-38,9°C
высокая	39-40,9°C
гиперпирексия	41°C и выше

По типу температурной кривой:

- *постоянная лихорадка* – характеризуется стабильно повышенной температурой тела с минимальными суточными колебаниями в пределах 1°C (встречается в разгар брюшного тифа, сыпного тифа, Ку-лихорадки);
- *послабляющая (ремиттирующая) лихорадка* сопровождается суточными

колебаниями температуры тела свыше 1°C, но не более 2°C, при этом её снижение не достигает нормальных величин (характерна для орнитоза, бруцеллёза, туберкулёза, может быть при сыпном тифе);

- *перемежающаяся (интермиттирующая) лихорадка* отличается правильной сменой высокой и нормальной температу-

Оказание скорой медицинской помощи при лихорадках инфекционного генеза
Федеральные клинические рекомендации

ры тела с суточными колебаниями в 3-4°C (при малярии);

- *гектическая (истощающая) лихорадка* – лихорадка с очень большими суточными колебаниями (3-5°C), со снижением температуры тела до нормальной или субнормальной (сепсис);
- *возвратная лихорадка* характеризуется правильной сменой периодов высокой температуры тела (с критическим её снижением до нормы) и нормальной температуры; продолжительность периодов лихорадки и апирексии – несколько дней (возвратный тиф);
- *волнообразная лихорадка (ундулирующая)* имеет постепенное нарастание температуры до высоких цифр и затем постепенное её снижение до субфебрильной или нормальной, с повторением циклов (жёлтая лихорадка, рецидивы инфекций – брюшной тиф, лептоспироз, псевдотуберкулёз);
- *неправильная (атипическая) лихорадка* отличается большими суточными размахами, разной степенью повышения температуры тела, неопределённой длительностью (может быть при орнитозе, инфекционном мононуклеозе);
- *извращённая (инвертированная) лихорадка* проявляется более высокой утренней в сравнении с вечерней температурой тела (может быть при сепсисе, воспалительных очагах).

При некоторых нозологических формах характер температурной кривой типичный, свойственный данному заболеванию (инфекции), имеет решающее значение для диагностики, например при малярии.

По продолжительности:

- кратковременная (до 5 дней);
- продолжительная (до 2 недель);
- длительная (более 2 недель).

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика

В первичной диагностике лихорадочного состояния важно:

1. Собрать **анамнез** заболевания, в том числе **эпидемиологический** (уточнить сведения о контактах с больными, выезде за пределы региона, страны, контактах с животными, парентеральных вмешательств, нападении кровососущих насекомых, источниках питьевой воды, пищевой анамнез).
2. При выявлении фебрильной лихорадки важно своевременно заподозрить инфекционные заболевания, на которые распространяются *Международные медико-санитарные правила* (ММСП), такие как: чума; геморрагические лихорадки – жёлтая лихорадка, контагиозные геморрагические лихорадки Эбола, Ласса, Марбург; лихорадка Западного Нила. В распознавании этих инфекций **эпидемиологический анамнез** имеет решающее значение.

При опросе и осмотре пациента необходимо:

- ✓ Оценить *продолжительность лихорадки*:
 - состояния с кратковременной лихорадкой – продолжительностью до 5 дней (ОРВИ, грипп)
 - инфекции с продолжительной лихорадкой – до 2 недель (осложнения при ОРВИ, гриппе; брюшной тиф, сыпной тиф, орнитоз и др.)
 - длительная, более 2–3 недель, лихорадка инфекционного генеза (брюшной тиф, бруцеллёз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, ВИЧ-инфекция).
- ✓ *Определить характер температурной кривой и темпы повышения температуры тела:*

- быстрый подъём температуры тела до фебрильного уровня в течение первых суток (иногда часов) от начала заболевания характерен для гриппа, менингококковой инфекции, лептоспироза, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, малярии, лихорадки Западного Нила, бруцеллёза, инфекционного мононуклеоза и др. При быстром повышении температуры тела, как правило, отмечается озноб
- постепенное повышение температуры тела до фебрильного уровня наблюдают, например, при брюшном тифе (в течение 6 дней), сыпном тифе (в течение 4 дней).
- ✓ Уточнить *скорость снижения* температуры тела:
 - *кризис* – быстрое (в течение нескольких часов) падение температуры тела характерно для малярии, крупозной пневмонии, сыпного тифа и др.
 - *лизис* – медленное постепенное снижение температуры тела в течение нескольких дней типично для брюшного тифа, скарлатины, бруцеллёза, туляремии и др.
- ✓ Оценить температурную реакцию на приём жаропонижающих средств:
 - неэффективны при брюшном тифе, сыпном тифе, лептоспирозе, инфекционном мононуклеозе и др.
 - оказывают эффект при гриппе, ОРЗ.

При многих инфекциях тяжесть состояния пациента соответствует степени повышения температуры тела и выраженности интоксикационного синдрома. В связи с этим у больного с лихорадкой необходимо оценить проявления интоксикации:

- уточнить жалобы на недомогание, общую слабость, головную боль, боли (ломоту) в мышцах и суставах, сонливость, бессонницу;
- определить наличие и степень нарушения сознания (например, поражение ЦНС вследствие интоксикации при менингококковой инфекции, тифозный статус при брюшном и сыпном тифе; энцефалит при клещевом энцефалите и др.);
- установить наличие менингеального синдрома:
 - ✓ как проявления **менингизма** (наблюдают при выраженной интоксикации вследствие раздражения мягких мозговых оболочек, например при тяжёлой форме гриппа)
 - ✓ в сочетании с высокой фебрильной лихорадкой обязательно исключить **менингит (гнойный или серозный)**.
 - оценить состояния кожных покровов (бледность, гиперемия, цианоз, сыпь, кровоизлияния в кожу, влажность, желтуха, отёки);
 - определить артериальное давление, частоту пульса, шоковый индекс, частоту дыхания;
 - ЭКГ (по показаниям).
- ✓ Выявить другие **синдромы инфекционных заболеваний**, имеющие диагностическое значение. При этом целесообразно учитывать продолжительность фебрильной лихорадки.

Фебрильная лихорадка продолжительностью от 1 до 5 дней:

- ✓ Лихорадка в сочетании с выраженной интоксикацией (без отчётливых жалоб со стороны различных органов и систем). Лихорадка сопровождается неспецифическими признаками интоксикации – недомоганием, общей слабостью, головной болью, болями в мышцах и суставах; возможны озноб, повышенная потливость.
- Возможные причины:* грипп, брюшной тиф, первичная малярия, клещевой энцефалит (лихорадочная форма).
- ✓ Лихорадка в сочетании с выраженной интоксикацией и геморрагическим синдромом (геморрагическая сыпь – петехии, пурпура, экхимозы; энантема, кровоизлия-

ния в склеры, признаки носового, желудочно-кишечного, лёгочного кровотечения).

Возможные причины: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз, чума, жёлтая лихорадка, тяжёлая форма гриппа, контагиозные геморрагические лихорадки, инфекционно-токсический шок как осложнение разных инфекций.

NB! Менингококковый сепсис – клиническая диагностика проводится с учётом характерной геморрагической сыпи, осложнение – острая недостаточность надпочечников в результате кровоизлияния в надпочечники.

- ✓ Лихорадка в сочетании с менингеальным синдромом (сильная головная боль, рвота, вынужденное положение в кровати – с запрокинутой головой и поджатыми к животу коленями, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского).

Возможные причины:

- гнойные менингиты – менингококковая инфекция, вторичные гнойные менингиты (пневмококковый и др.);
- серозные менингиты – энтеровирусные инфекции, лептоспироз, клещевой энцефалит (менингит, менингоэнцефалит), системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), герпетическая инфекция, эпидемический паротит, лихорадка Западного Нила.

- ✓ Лихорадка в сочетании с синдромом поражения дыхательной системы и ротоглотки (ринит, осиплость голоса, першение и боли в горле при глотании, кашель, одышка; гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, увеличение миндалин с признаками воспаления; ослабленное дыхание и хрипы в лёгких, цианоз).

Возможные причины:

- ОРЗ, грипп; конъюнктивит в сочетании с фарингитом (аденовирусная инфекция); ложный круп (парагрипп, корь);
- пневмония, легионеллёз, орнитоз, Ку-лихорадка, чума (лёгочная форма), туберкулёз;
- тонзиллит: дифтерия, инфекционный мононуклеоз, ангина, туляремия (ангинозная форма).

- ✓ Лихорадка в сочетании с признаками поражения почек (боли и/или болезненность при поколачивании по поясничной области, уменьшение/отсутствие выделения мочи, гематурия, острая почечная недостаточность).

Возможные причины: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз, малярия, жёлтая лихорадка, контагиозные геморрагические лихорадки.

- ✓ Лихорадка в сочетании с экзантемой При обнаружении экзантемы у больного с фебрильной лихорадкой в первую очередь необходимо исключить её инфекционный генез. Следует учитывать,

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

что многие инфекционные заболевания, протекающие с экзантемой, представляют эпидемическую опасность (антропонозы). Обнаружение у больного типичной для той или иной инфекции экзантемы может иметь решающее значение в клинической диагностике. Это особенно важно при инфекционных болезнях с закономерным возникновением сыпи в первые дни заболевания. При менингококковом сепсисе, например, выявление характерной геморрагической сыпи позволяет клинически поставить диагноз менингококковой инфекции.

У больных с лихорадкой сыпь может быть одним из проявлений аллергической (токсико-аллергической) реакции, например на приём медикаментов.

Фебрильная лихорадка продолжительностью более 5–7 дней:

– осложнения ОРВИ и гриппа, брюшной тиф, сыпной тиф, инфекционный мононуклеоз, острая ВИЧ-инфекция, бруцеллёз, орнитоз, Ку-лихорадка, легионеллёз, псевдотуберкулёз.

При фебрильной лихорадке инфекционного генеза продолжительностью более недели существенное диагностическое значение приобретают другие характерные синдромы заболевания:

– *увеличение печени и селезёнки* (не характерно для ОРВИ, гриппа, острой ВИЧ-инфекции);

– *увеличение периферических лимфатических узлов* – регионарный лимфаденит или полилимфаденит (инфекционный мононуклеоз; аденовирусная инфекция, острая ВИЧ-инфекция, бруцеллёз, псевдотуберкулёз, сепсис; чума, туляремия (бубоны); ангина);

– *пневмония* (орнитоз, Ку-лихорадка, легионеллёз, лёгочная форма чумы; туберкулёз; вторичная пневмония – осложнения гриппа, ОРВИ и других инфекций);

– отсутствие значимого эффекта от приёма жаропонижающих средств (исключение: грипп и ОРВИ).

При проведении дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний с синдромом лихорадки необходимо исключить наличие:

– сепсиса (обнаружение первичного очага инфекции (клинически или анамnestически), наличие выраженного синдрома интоксикации, фебрильная лихорадка с повторными ознобами, сыпь, увеличение печени и селезёнки, признаки метастатического поражения органов и тканей, и др.;

– туберкулёза (фебрильная лихорадка характерна для милиарного, внелёгочного-туберкулёза); целенаправленно тщательно собрать анамнез жизни и эпидемиологический анамнез;

– инфекционно-воспалительных очагов (холангит, пиелонефрит, аднексит, синусит, поддиафрагмальный абсцесс и др.);

– лихорадки неинфекционного генеза (системные заболевания соединительной ткани, злокачественные опухоли, лимфо-пролиферативные заболевания, тепловой удар и др.).

На основании клинических, анамнестических и эпидемиологических данных сформулировать предварительный нозологический диагноз; при невозможности предположить этиологию заболевания допускается диагноз «Лихорадка неясного происхождения».

Оценить степень тяжести заболевания с учётом сопутствующей патологии, возраста пациента.

Выявить осложнения заболевания. Определить показания к госпитализации больного (клинические и эпидемиологические) и условия транспортировки.

Определить необходимость оказания реанимационной помощи и её объём.

При инфекционных заболеваниях, сопровождающихся фебрильной лихорадкой, относительно частым осложнением является инфекционно-токсический шок (ИТШ). Это разновидность шока, при котором пусковым фактором служит инфекция, приводящая к системным реакциям организма, сопровождающимся тяжёлыми расстройствами гемодинамики, нарушением микроциркуляции и перфузии тканей кровью.

ИТШ осложняет инфекционные заболевания преимущественно бактериальной природы, но иногда и другой этиологии

Основные характеристики сыпи и инфекционно-воспалительных поражений кожи при некоторых инфекционных заболеваниях с лихорадкой

Инфекция, время появления сыпи (дни болезни)	Локализация сыпи, закономерность высыпания	Характеристика сыпи и динамика её претвращения	Вторичные изменения на коже после исчезновения сыпи
Корь 3-4-й дни	По всему телу, этапность высыпания: 1-й день – лицо, 2-й день – туловище и руки, 3-й день – ноги	Обильная пятнисто-папулёзная пурпурного цвета с неровными краями, сливается Исчезает в таком же порядке, как и появляется	Бурая пигментация, отрубевидное шелушение
Краснуха 1-3-й дни	По всему телу, в течение нескольких часов, характерна сыпь на спине, ягодицах	Обильная мелкопятнистая бледно-розового цвета круглой или овальной формы, не сливается	Нет
Скарлатина 1-2-й дни	По всему телу, в течение нескольких часов	Обильная точечная розеолёзная сыпь розового или красного цвета на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в крупных естественных складках, бледный носогубный треугольник	Крупнопластинчатое шелушение на ладонях и подошвах, отрубевидное в других местах
Ветряная оспа 1-й день	По всему телу (включая волосистую часть головы), нередко в полости рта, повторные «волны» подсыпаний	Множественные розеола-папулы розового цвета через несколько часов образуют пузырьки (везикулы) размером 1-6 мм. При проколе пузырьки спадаются. Через 1-2 дня они подсыхают с образованием корочек, отпадающих на 2-3-й неделе	Нет
Брюшной тиф 8-10-й день	Живот, поясница, реже грудь, спина, конечности; появление сыпи «волнами» на протяжении лихорадочного периода (подсыпание)	Единичные розеола розового или бледно-розового цвета с чёткими краями, овальной формы, часто розеола-папулы	Нет
Псевдотуберкулёз; Кишечный иерсиниоз 1-7-й дни	Симметрично в области суставов, на сгибательной поверхности конечностей, боковых участках туловища, сгущается в естественных складках кожи; появляется одновременно	Множественные точечные розеола красного цвета на нормальном фоне кожи; могут быть пятнистыми, пятнисто-папулёзными, уртикарные элементы; часто эритема и отёк на кистях, стопах, лице и шее (симптомы «капюшона», «перчаток» и «носков») Узловатая эритема (при рецидивах)	Бурая пигментация с последующим шелушением, отрубевидным на туловище, пластинчатым на кистях и стопах
Сыпной тиф, болезнь Брилла-Цинссера 4-6-й день болезни	Боковые поверхности туловища, грудь, сгибательные поверхности конечностей; появляется в течение 1-2 дней	Обильная розеолёзная. Розеола бледно-розовые или пурпурные от 1 до 3-5 мм с нечёткими краями. Часто образуются петехии вторичные (в розеолах) или первичные (вне розеола)	Нет
Менингококковый сепсис (менингококкемия) 1-й день (через несколько часов от начала заболевания)	Дистальные участки конечностей, ягодицы, в тяжёлых случаях – на туловище, редко на лице; повторные высыпания в течение нескольких дней	Множественные геморрагические элементы с цианотичным оттенком, звёздчатой формы, выступающие над уровнем кожи, размером от 2-3 мм до нескольких см	Развитие некрозов с отторжением некротизированных участков, образование рубцов
ГЛПС 3-5-й день болезни	Боковые поверхности груди, подмышечные впадины, внутренние поверхности рук, бёдер; в течение 1-го дня	Необильная петехиальная, в отдельных случаях кровоизлияния в слизистые оболочки, склеру	Пигментация
Сибирская язва с 1-го дня	Открытые части тела – голова, шея, руки; достигает максимального развития через 3-5 дней	Единичные сибиреязвенные карбункулы, инфильтраты пурпурного цвета, окружённые широким отёком кожи. В центре плотная чёрная корка, вокруг неё пузырьки с кровянистым содержимым, безболезненные	Рубец
Рожа 1-й день	Лицо, волосистая часть головы, нижние конечности, реже другая локализация; развивается в течение 1-2 дней	Очаг воспаления ярко-красного цвета, горячий и болезненный при дотрагивании, с приподнятым в виде валика краем, внедряющимся в нормальную кожу в виде «языков пламени»	Шелушение, пигментация
Болезнь Лайма 1-й день болезни (начало заболевания с появления эритемы)	На месте присасывания клеща, чаще на коже туловища, конечностей; вторичные (дочерние) эритемы на любых участках кожи; размеры эритемы увеличиваются («ползучая» эритема)	Мигрирующая эритема, размер от 3 до 10 см (60 см); ярко красного цвета по периферии, бледнеет в центре («кольцевидная»)	Пигментация, шелушение

(вирусной, риккетсиозной, протозойной). Высокий риск развития ИТШ имеют генерализованные инфекции, сопровождающиеся бактериемией (менингококковая инфекция, брюшной тиф, чума и др.). Важная роль в патогенезе ИТШ отводится микробным токсинам (чаще эндотоксинам, реже – экзотоксинам), определяющим развитие патогенетического каскада шока. Возможно развитие шока при локализованных инфекциях (дифтерия, дизентерия), при которых токсины в кровь поступают из первичного очага.

Клинические проявления стадий ИТШ представлены в таблице 3.

Подозрение на **инфекционное заболевание** служит основанием для направления больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

Отдельные нозологические формы Брюшной тиф

Брюшной тиф (возбудитель – бактерия *Salmonella enterica* серотип typhi) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, бактериемией, увеличением печени и селезёнки, поражением лимфатического аппарата кишечника (преимущественно тонкой кишки).

Опорные клинические признаки:

– постепенное начало заболевания (постепенно и неуклонно повышается темпе-

ратура тела и одновременно усиливается интоксикация);

– высокая (фебрильная) лихорадка к 5-7-му дню заболевания;

– головная боль в сочетании с бессонницей;

– вялость, заторможенность;

– при тяжёлой форме возможна оглушённость, спутанность сознания;

– относительная брадикардия;

– язык утолщён, кончик свободен от налёта;

– бледность кожи, скудная розеолёзная сыпь (с 7-го дня болезни);

– увеличение печени и селезёнки (к 5–7-му дню болезни);

– укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области (симптом Падальки);

– вздутие живота.

К наиболее опасным *осложнениям* относятся кишечное кровотечение, перфорацию кишки, ИТШ, инфекционно-токсический миокардит.

Эпидемиологический анамнез: следует установить в течение 1-1,5 месяцев до начала заболевания возможный контакт с больными брюшным тифом или лихорадками с высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями (низкий санитарно-гигиенический уровень, жаркий климат; дефекты водоснабжения, неис-

правности канализационной системы) и т.п. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель, пути передачи инфекции – водный, пищевой, контактно-бытовой.

На вызове: обязательная госпитализация в инфекционный стационар, транспортировку осуществляют на носилках.

При подозрении на кишечное кровотечение или перфорацию язвы кишки показана срочная госпитализация, бережная транспортировка, холод на живот (пузырь со льдом).

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (возбудители – арбовирусы, относящиеся к роду Hantavirus, *чаще – вирусы Hantaan, Puumala*) – острая природно-очаговая инфекция, протекающая с интоксикационным и геморрагическим синдромами, поражением почек и других органов.

Опорные клинические признаки:

– острое начало;

– высокая (фебрильная) лихорадка с выраженной интоксикацией;

– боль в поясничной области, снижение диуреза;

– последовательное развитие олигоанурического и полиурического периодов заболевания;

– гиперемия лица, шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив;

Диагностические признаки стадий инфекционно-токсического шока

Таблица 3

Клинические признаки	Стадии инфекционно-токсического шока		
	I (ранняя, компенсированная)	II (выраженная, субкомпенсированная)	III (поздняя, декомпенсированная)
Температура тела	Высокая фебрильная, гиперпирексия; может быть потрясающий озноб	Гипотермия (субнормальная температура тела, возможно критическое снижение)	Гипотермия (ниже 36°С)
Артериальное давление (АД)	Нормальное с низким пульсовым давлением; может быть умеренная гипотензия	Снижение систолического давления до 90 мм рт.ст. и ниже	Критическое падение систолического давления (ниже 50 мм рт.ст.)
Пульс	Тахикардия, не соответствующая степени повышения температуры тела	Тахикардия нарастает (более 100 уд/мин), пульс слабого наполнения, может быть аритмия	Дальнейшее увеличение частоты пульса, пульс может быть нитевидным
Шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений в минуту к величине систолического давления)	0,7-1,0	1,0-1,4	1,5 и выше
Сознание	Беспокойство, возбуждение, может быть подавленность, тревожность	Заторможенность, апатия	Спутанное сознание, сопор, кома
Жалобы, связанные с интоксикацией	Миалгии, головная боль, боли в животе, пояснице + жалобы, обусловленные нозологической формой	—	—
Кожные покровы	Кожа обычной окраски, тёплая сухая; может быть бледная – «бледная гипертермия» или гиперемирована Возможна геморрагическая сыпь как признак нозологической формы (менингококкемия, ГЛПС, лептоспироз)	Кожа бледная холодная, влажная; акроцианоз; кровоизлияния в кожу (и слизистые оболочки) – ДВС-синдром	Кожа холодная с землистым оттенком, диффузный цианоз; цианотичные пятна на туловище и конечностях; кровоизлияния в кожу (и слизистые оболочки) – ДВС-синдром
Частота дыхания	Дыхание учащённое	Усиление одышки, дыхание с участием вспомогательных мышц	Усиление одышки, аритмия дыхания
Снижение темпа мочеотделения	Менее 25 мл/ч	Менее 1,0 мл/ч	Анурия

– геморрагическая сыпь, кровоизлияния в склеры, кровотечения.

Осложнения: ИТШ, острая почечная недостаточность, отёк лёгких, разрыв почки, кровоизлияния в мозг, надпочечники, миокард и другие органы, кровотечения, вторичные пневмонии.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в природных очагах ГЛПС за 1-7 недель до начала заболевания; источниками инфекции для человека служат животные (преимущественно грызуны); уточнить возможность контактного пути заражения – профессиональная деятельность больного, связанная с контактом с инфицированными объектами внешней среды (водой, почвой), реже – с больными животными; воздушно-пылевого пути – вдыхание пыли с выделениями грызунов; алиментарного – употребление в пищу продуктов и воды, которые могут быть загрязнены выделениями грызунов.

На вызове: больные ГЛПС подлежат госпитализации в инфекционный стационар, при невозможности в случаях, осложнённых ОПН, – в любой стационар, где есть условия для проведения гемодиализа. Транспортировка пациентов должна быть осторожной, на носилках с матрацем (предупреждение усиления болевого синдрома, нарушения гемодинамики, развития спонтанных субкапсульных разрывов коркового вещества почки и кровоизлияния в околопочечную клетчатку).

Грипп

Грипп (возбудители – вирусы рода *Influzavirus*, серотипы А, В, С) – острая инфекция, характеризующаяся лихорадкой, выраженными симптомами интоксикации и воспалением слизистой оболочки верхних дыхательных путей с преобладанием трахеита.

Опорные клинические признаки:

- острое начало заболевания;
- высокая лихорадка, повышение температуры тела в первые часы/сутки заболевания;
- выраженная интоксикация (сильная головная боль, боль в глазных яблоках, боли в мышцах);
- першение в горле, саднение за грудиной, сухой болезненный кашель;
- трахеит.

При тяжёлой форме:

- менингеальные симптомы (менингизм);
- геморрагический синдром (петехиальная сыпь на коже, слизистых оболочках, носовые кровотечения, возможно кровохарканье).

Осложнения: острая дыхательная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность с развитием отёка лёгких,

ИТШ, отёк-набухание головного мозга; часто вторичные инфекции – пневмонии, синуситы, отит. Грипп может вызвать обострение имеющихся у больного хронических заболеваний.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным гриппом или с внезапно заболевшим лихорадящим больным в течение предполагаемого инкубационного периода (1-3 дня); пребывание в регионе с высокой заболеваемостью гриппом в пределах инкубационного периода заболевания; учитывается осенне-зимний сезон подъёма заболеваемости.

На вызове: обязательная госпитализация беременных, лиц пожилого и старческого возраста, больных с тяжёлой сопутствующей патологией. При транспортировке следить за проходимостью дыхательных путей, проводить аспирацию слизи и мокроты.

При оказании помощи больному гриппом персоналу рекомендуется пользоваться средствами индивидуальной профилактики (маски).

Дифтерия

Дифтерия (возбудитель – бактерия *Corynebacterium diptheriae*) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся фибринозным воспалением преимущественно слизистых оболочек с образованием плёнчатого налёта, явлениями интоксикации, поражением сердечно-сосудистой, нервной систем, почек.

Опорные клинические признаки дифтерии ротоглотки:

- фебрильная лихорадка, при токсической форме – высокая;
- умеренная боль в горле при глотании;
- гнусавый голос;
- умеренная с цианотичным оттенком гиперемия слизистой оболочки ротоглотки;
- отёчность миндалин и окружающих тканей;
- **плёнчатый фибринозный налёт** – плотный грязно-серый с чётко очерченными краями, выступает над поверхностью миндалин, с трудом снимается с кровоточивостью подлежащей слизистой оболочки;
- ✓ **локализованная форма** – налёт на миндалинах (плёнчатая – миндалины полностью покрыты налётом; островчатая – налёты в виде плотных островков белого или серовато-белого цвета)
- ✓ **распространённая и токсическая формы** – налёт распространён за пределы нёбных миндалин на нёбные дужки, мягкое и твёрдое нёбо, стенки глотки.
- отёк шейной клетчатки (безболезненный, тестоватой консистенции) – признак **токсической формы** дифтерии (I, II, III степени);

- ✓ **I степени** – отёк до середины шеи
- ✓ **II степени** – до ключиц
- ✓ **III степени** – распространяется ниже ключиц.
- кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки – **при геморрагической форме**.

Опорные клинические признаки дифтерии гортани (дифтерийного крупа):

- хриплый, сиплый или беззвучный голос;
- «лающий» или беззвучный кашель;
- одышка, сопровождающаяся чувством нехватки воздуха, шумное дыхание, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, втяжение податливых частей грудной клетки;
- цианоз;
- асфиксия – может наступить мгновенно;
- тахикардия;
- лихорадка субфебрильная (или нормальная температура тела).

Осложнения дифтерии: миокардиты; параличи и парезы; стеноз гортани (ОДН); токсический нефроз; ИТШ.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным дифтерией или пребывание в эпидемическом очаге дифтерии в сроки инкубационного периода (за 2-10 дней до начала заболевания); отсутствие прививки от дифтерии. Сезонные подъёмы заболеваемости наблюдаются в осенне-зимний период.

На вызове: больных дифтерией госпитализируют в инфекционный стационар. При распространённой и токсической формах дифтерии ротоглотки и дифтерийном крупе – транспортировка на носилках. При дифтерии дыхательных путей – ингаляция увлажнённого кислорода через носовые катетеры, по показаниям интубация трахеи, трахеостомия, ИВЛ.

Инфекционный мононуклеоз

Инфекционный мононуклеоз – острое инфекционное заболевание, вызванное герпесвирусом 4-го типа – *Эпштейна-Барр* (ВЭБ), протекающее с лихорадкой, тонзиллитом, увеличением лимфатических узлов, печени, селезёнки и своеобразными изменениями гемограммы.

Опорные клинические признаки:

- острое начало;
- лихорадка, возможна длительная фебрильная, не купируется жаропонижающими средствами;
- генерализованный лимфаденит с выраженным увеличением и болезненностью шейных лимфоузлов;
- тонзиллит (возможен с плёнчатыми налётами);
- увеличение печени и селезёнки;
- сравнительно редко желтуха (гепатит).

Осложнения: паратонзиллиты, синуситы, отиты, пневмония, миокардит.

Эпидемиологический анамнез (малоинформативен в связи с низкой контагиозностью инфекции). Источник инфекции – больной человек и вирусоноситель, имеет значение длительный и/или тесный контакт с больным инфекционным мононуклеозом. Болеют преимущественно дети и лица молодого возраста. Инкубационный период составляет 5-15 дней, иногда до месяца.

На вызове: госпитализации подлежат больные с осложнёнными формами заболевания, длительной лихорадкой и интоксикацией.

Клещевой энцефалит

Клещевой энцефалит (возбудитель – вирус клещевого энцефалита из семейства *Flaviviridae*, рода *Flavivirus*) – природно-очаговая инфекция, преимущественно передающаяся иксодовыми клещами, протекающая обычно с лихорадкой и поражением центральной нервной системы: синдромами менингита, энцефалита, миелита или их сочетанием.

При манифестном течении различают лихорадочную, менингеальную, энцефалитическую, менингоэнцефалополиомиелитическую, полирадикулоневритическую формы болезни.

Опорные клинические признаки:

- лихорадка (фебрильная): острое быстрое повышение температуры тела до 39-41°С;
- общая слабость, недомогание, сильная головная боль;
- миалгии;
- гиперемия и одутловатость лица, шеи и верхней части груди;
- инъекция сосудов конъюнктивы;

✓ **лихорадочная форма:**

- лихорадка 2 – 5(6) дней;
- интоксикация.

✓ **менингеальная форма** – серозный менингит и интоксикация:

- рвота; светобоязнь и гиперестезия, упорная головная боль;
- ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др.

✓ **энцефалитическая форма** (очаговое или диффузное поражение головного мозга):

- признаки пареза черепных нервов (лицевого, глазодвигательного, языкоглоточного, диафрагмального и др.);
- нарушение сознания (вплоть до комы);
- двигательное возбуждение, судороги;
- гемипарезы, гемиплегии;
- нарушения дыхания, гемодинамики;
- менингеальный синдром (менингоэнцефалитическая форма).

✓ **полиомиелитическая форма (менингоэнцефалополиомиелитическая):**

- слабость, онемение в конечностях;
- вялые параличи мышц шеи, плечевого пояса, верхних конечностей, межрёберных мышц, диафрагмы;
- атрофия мышц.

✓ **полирадикулоневритическая форма:**

- парестезии, невралгии и парезы различных групп скелетных мышц и диафрагмы;
- корешковые симптомы, болезненность мышц и нервов;
- нарушение функции тазовых органов.

Эпидемиологический анамнез: указание на нападение иксодовых клещей (прикасывание, раздавливание, удаление) при посещении лесов, лесопарков, преимущественно в весенне-летний период в пределах инкубационного периода от 3 до 21 дня (в среднем 10-14 дней). Употребление в пищу сырого козьего (реже – коровьего) молока.

Осложнения: отёк мозга, острая дыхательная недостаточность.

На вызове: больные клещевым энцефалитом подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар или стационар с наличием отделения интенсивной терапии. При транспортировке больных с тяжёлыми формами необходимо предупреждение аспирации рвотных масс, воды; поддержка дыхания.

Лептоспироз

Лептоспироз (возбудители – лептоспирры рода *Leptospira*) – острая зоонозная инфекция, характеризующаяся интоксикацией, высокой лихорадкой, поражением почек, печени, нервной и сосудистой систем, мышц, развитием геморрагического

(Окончание. Начало на стр. 7-9.)

синдрома и нередко желтухи. Выделяют желтушные и безжелтушные формы.

Опорные клинические признаки:

- внезапное повышение температуры тела; фебрильная лихорадка;
- возможна двухволновая лихорадка (рецидив);
- гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер;
- боли в икрожных мышцах, болезненность при пальпации мышц;
- боли в поясничной области;
- снижение диуреза (олигурия, анурия);
- желтуха;
- увеличение печени и селезёнки;
- менингит;
- геморрагический синдром (геморрагическая сыпь на коже, кровоизлияния в склеры, желудочно-кишечные, носовые кровотечения).

Осложнения: ИТШ, острая почечная недостаточность или острая почечно-печёночная недостаточность, массивные кровотечения, миокардит, гемолитическая анемия.

Эпидемиологический анамнез: группы профессионального риска заражения – работники сельского хозяйства, мясокомбинатов, ветеринары, дератизаторы. Установить возможный контакт с грызунами (синантропные; дикие на садоводческих участках, в загородных домах), контакт с собаками; купание в непроточных водоёмах, употребление воды из открытых водоёмов в течение инкубационного периода (до 14 дней). Источники инфекции – животные (грызуны, крупный рогатый скот, свиньи, собаки). Механизм и пути заражения – контактный, алиментарный.

На вызове: больные лептоспирозом подлежат обязательной госпитализации в стационар – инфекционный, при невозможности больные с ОПН направляются в стационар, где есть условия для проведения гемодиализа. При тяжёлой форме – транспортировка на носилках.

Малярия

Малярия (возбудители – простейшие рода *Plasmodium*) – антропонозная инфекция с преимущественно трансмиссивной передачей возбудителей через укусы комаров рода *Anopheles*, характеризующаяся специфическим поражением эритроцитов и протекающая с развитием лихорадочных пароксизмов, анемии, увеличением селезёнки и печени, частым возникновением рецидивов заболевания.

В соответствии с видом возбудителя различают *falciparum* – (тропическую), *malariae* – (четырёхдневную), *vivax* – (трёхдневную) и *ovale*-малярию.

Опорные клинические признаки:

- острое внезапное начало с быстрым повышением температуры тела до 39-40°C;
- приступообразная лихорадка – правильное чередование лихорадочных приступов, повторяющихся через день при трёхдневной, *ovale* – и тропической малярии и через 2 дня – при четырёхдневной малярии;
- типичные малярийные пароксизмы продолжительностью 6-10 часов: *фаза озноба*, продолжительностью до 1-2 часов (сильный озноб, невозможность согреться, кожа бледная, холодная), *фаза жара* – от одного до нескольких часов (температура тела 40-41°C, чувство жара, кожа горячая на ощупь, гиперемированная) и *фаза пота* (критическое снижение температуры тела до нормальных цифр, профузный пот, резкая общая слабость);
- фазы озноба и жара сопровождаются признаками интоксикации:
 - ✓ головная боль, нередко рвота
 - ✓ миалгии, артралгии
 - ✓ разбитость и общая слабость
 - ✓ спутанность сознания, бред при тяжёлой форме
 - ✓ анемия
 - ✓ увеличение селезёнки и печени
 - ✓ постепенное развитие желтухи, сочетающейся с бледностью кожных покровов
 - ✓ рецидивирующее течение.

Осложнения:

- при тропической малярии у неиммунных лиц – энцефалопатия вплоть до комы, острая почечная недостаточность, острая печёночная недостаточность, сердечно-лёгочная недостаточность, массивный геморрагический синдром, острый внутрисосудистый гемолиз с возникновением гемоглобинурии

- при четырёхдневной малярии – нефротический синдром с прогрессирующей почечной недостаточностью

- при трёхдневной и *ovale*-малярии – тяжёлая анемия, спленомегалия с гиперспленизмом, разрыв селезёнки с внутренним кровотечением.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в странах с жарким климатом в течение 3 лет до начала заболевания; перенесённая в прошлом малярия (для исключения рецидива заболевания); переливание крови и иные парентеральные вмешательства в течение 3 месяцев до начала заболевания.

На вызове: больные малярией подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар, при подозрении на разрыв селезёнки – в хирургический стационар или хирургическое отделение. При тяжёлой и осложнённой форме – транспортировка на носилках.

Менингококковая инфекция

Менингококковая инфекция (возбудитель – менингококк *Neisseria meningitidis*) – острое антропонозное заболевание, протекающее с разнообразием клинических форм – от бактерионосительства и назофарингита до гнойного менингита, менингоэнцефалита и сепсиса.

К генерализованным формам относят менингококковый сепсис (менингококкемия), менингит (гнойный), менингоэнцефалит; смешанные (менингококкемия + менингит или менингоэнцефалит).

Опорные клинические признаки генерализованных форм:

- острое с ознобом повышение температуры тела;
- высокая фебрильная лихорадка (до 39-40°C и более);
- **менингококковый менингит:**
 - интенсивная нарастающая мучительная головная боль, не купируемая анальгетиками;
 - повторная рвота без предшествующей тошноты, не приносит облегчения;
 - резкая общая слабость;
 - фотофобия (светобоязнь), гиперактузия (болезненные ощущения при восприятии звуков), тактильная гиперестезия;
 - возможно психомоторное возбуждение, сменяющееся заторможенностью и нарушением сознания;
 - кожа лица и шеи гиперемирована, часто – герпетические высыпания;
 - менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др.;
 - вынужденная поза больного в кровати – лёжа на боку с запрокинутой головой и согнутыми руками и ногами («поза лгавой собаки»).

- при **менингоэнцефалите** **дополнительно:**

- очаговые неврологические симптомы;
- судороги;
- нарушение гемодинамики;
- расстройства дыхания.
- **менингококкемия (менингококковый сепсис):**
 - высокая фебрильная лихорадка;
 - выраженный интоксикационный синдром;
 - кожа бледная, цианоз;
 - геморрагическая сыпь: появляется на коже нижних, затем верхних конечностей, позднее и на туловище; крупные элементы сыпи неправильной (звёздчатой) формы, плотные на ощупь, иногда выступают над уровнем кожи, в центре быстро развивается некроз; могут быть некрозы кончиков пальцев кистей и стоп, ушных раковин и т.п.

- **молниеносная форма менингококкемии:**

- острейшее внезапное начало;
- бурное развитие с признаками инфекционно-токсического шока;
- обильная геморрагическая сыпь с тенденцией к слиянию (багрово-цианотичные пятна);
- судороги;
- протрагация, потеря сознания.

Осложнения: ИТШ, отёк-набухание головного мозга (с дислокацией), острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауса – Фридериксена), эпендиматит (вентрикулит).

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным любой формой менингококковой инфекции или пребывание в очаге в сроки инкубации (2-10 дней). Воздушно-капельный путь передачи.

На вызове: больные менингококковой инфекцией подлежат обязательной госпи-

тализации в инфекционный стационар и помещаются в боксы или полубоксы.

При генерализованных формах инфекции лечебные мероприятия носят неотложный характер. В связи с угрозой стремительного развития опасных осложнений их следует начать лечить ещё на догоспитальном этапе (см. Лечение на догоспитальном этапе) и продолжить в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Чума

Чума (возбудитель – энтеробактерия *Yersinia pestis*) – острое природно-очаговое заболевание, характеризующееся тяжёлой интоксикацией, поражением лимфатических узлов, лёгких, других органов, способностью к септическому течению. Это инфекция, подпадающая под действие Международных медико-санитарных правил и подлежащая международному санитарно-эпидемиологическому надзору.

Различают кожную, бубонную, кожно-бубонную; первично-септическую, вторично-септическую, первично-лёгочную, вторично-лёгочную формы чумы.

Опорные клинические признаки:

- внезапное начало заболевания с сильным озноба, повышения температуры тела до 39-40°C;
- на фоне высокой фебрильной лихорадки выраженная интоксикация:
 - ✓ боли в мышцах, мучительная головная боль и головокружение
 - ✓ беспокойство, суетливость, бред, галлюцинации, может быть заторможенность
 - ✓ нарушение координации движения, смазанная, неразборчивая речь
 - ✓ геморрагический синдром: кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки глаз, ротоглотки; кровавая рвота
 - ✓ снижение артериального давления, тахикардия.

- **бубонная форма чумы (наиболее частая):**

- наличие бубона – увеличение одного или нескольких лимфатических узлов (паховых, шейных, подмышечных), спянных с подкожной клетчаткой; неподвижное опухолевидное образование плотной консистенции с нечёткими контурами, резко болезненное; кожа над бубоном напряжена, красного или багрово-синюшного цвета; возможен прорыв бубона с образованием свища и истечением гноя с высокой концентрацией возбудителя;

- сильная боль в области бубона заставляет больного принимать вынужденные позы (согнутая нога, отведённая в сторону рука).

- **кожная форма:**

- болезненные некротические язвы, фурункулы, карбункулы;
- часто с бубоном в области регионарных лимфатических узлов (кожно-бубонная форма).

- **септическая форма:**

- резкое повышение температуры тела до высоких фебрильных цифр;
- возбуждение, бред, возможны признаки менингоэнцефалита;
- геморрагический синдром, проявляющийся кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки; кровотечениями;
- прогрессивное ухудшение состояния, раннее развитие ИТШ;
- наличие бубонов (**вторично-септическая форма** как осложнение бубонной).

- **лёгочная форма:**

- развитие молниеносное;
- стремительно нарастает интоксикация (лихорадка, озноб, головная боль, рвота, часто – бред);
- режущие боли в груди;
- одышка;
- тахикардия;
- кашель с мокротой: вначале прозрачная, стекловидная, вязкая, затем становится пенистой, кровянистой;
- наличие бубонов (**вторично-лёгочная форма** как осложнение бубонной);
- геморрагический синдром;
- признаки ИТШ;
- прогрессирующая острая дыхательная недостаточность.

Осложнения: ИТШ (включая бубонную форму), острая дыхательная недостаточность, массивный геморрагический синдром (кровотечения), менингоэнцефалит.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в природных очагах чумы (геологоразведочные экспедиции, археологические раскопки и т.п.; обработка шкур промысловых животных; употребление в пищу заражённого верблюжьего мяса;

контакт с больными чумой), пребывание в районах и странах, неблагополучных по заболеваемости чумой, в сроки инкубации – до 6 дней.

Источник и резервуар инфекции – грызуны; механизм заражения – трансмиссивный, переносчик – блоха. Возможны контактный и пищевой пути заражения. Источником инфекции может быть человек – больной лёгочной формой (путь воздушно-капельный) или бубонной формой чумы (при непосредственном контакте с гнойным содержимым бубона).

На вызове: при генерализованных формах инфекции и осложнённой бубонной форме лечебные мероприятия носят неотложный характер. При развитии осложнённого лечения начинают на догоспитальном этапе (см. Лечение на догоспитальном этапе) и продолжают в отделении реанимации и интенсивной терапии.

В случае подозрения на чуму больные подлежат строгой изоляции и обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Тактика оказания помощи больным строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

Сыпной тиф (болезнь Брилла – Цинссера)

Сыпной тиф (возбудитель – *Rickettsia prowazekii*) – острая антропонозная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи, характеризующаяся развитием генерализованного васкулита и проявляющаяся тяжёлой интоксикацией, фебрильной лихорадкой, розеолезно-петехиальной сыпью, поражением нервной системы.

Болезнь Брилла – Цинссера – рецидив сыпного тифа, возникающий через многие годы после первичного заболевания, характеризуется относительно лёгким течением, но типичными для сыпного тифа клиническими проявлениями.

Опорные клинические признаки:

- подъём температуры тела до 39-40°C в течение 2-3 дней;
- мучительная нестерпимая головная боль;
- бессонница;
- беспокойство, эйфория, возбуждение, раздражительность;
- нарушение сознания – нарушение ориентировки во времени и пространстве, торопливая смазанная речь, приступы буйства, делирий (при тяжёлой форме);
- одутловатость, гиперемия лица, блестящие глаза, инъекция сосудов склер («кроличьи глаза»); кровоизлияния в конъюнктиву;
- сыпь розеолезная и петехиальная на коже груди, боковых поверхностях туловища, спины, сгибательных поверхностях конечностей;
- менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского);
- тремор языка, невозможность высунуть язык за пределы нижних зубов, его толчкообразные движения (симптом Говорова – Годелье);
- сглаженность носогубной складки, нистагм;
- тахикардия, снижение артериального давления;
- увеличение печени и селезёнки.

Осложнения: острая сердечно-сосудистая недостаточность, психоз, пролежни, тромбозы, тромбозы, тромбозы.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным сыпным тифом или болезнью Брилла – Цинссера; при наличии педикулёза – контакт с больным с высокой лихорадкой неустановленной этиологии. Инкубационный период 6-25 дней. Для болезни Брилла – Цинссера – указание на перенесённый в прошлом сыпной тиф.

На вызове: больные с подозрением на сыпной тиф или болезнь Брилла – Цинссера подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар и помещаются в боксы или полубоксы. Транспортировка щадящая, на носилках, наблюдение за поведением больного.

(Окончание следует.)

Тамара АНТОНОВА,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры инфекционных
болезней и эпидемиологии.

Дмитрий ЛЮЗНОВ,
доктор медицинских наук,
заведующий кафедрой инфекционных
болезней и эпидемиологии.

**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. И.П.Павлова.**

При обследовании больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом, сахарным диабетом врачам общей практики следует определять содержание мочевой кислоты.

Гиперурикемия в клинической практике врача наиболее часто ассоциируется с подагрой – системным тофусным заболеванием, характеризующимся отложением в различных тканях кристаллов моноуратов натрия и развивающимся в связи с этим воспалением, обусловленным внешнесредовыми и/или генетическими факторами. Подагра встречается достаточно редко – в 1,3-3,7% случаев, в то время как гиперурикемия у лиц среднего и старшего возраста выявляется с большей частотой: в России – у 19,3% населения, во Франции – у 17%, в Испании – у 7%, в США – у 2% и чаще наблюдается у представителей негроидной расы.

У женщин в период менопаузы может наблюдаться повышение урикемии, достигающее уровня урикемии у мужчин того же возраста, в то время как у женщин репродуктивного возраста такая тенденция отсутствует, что подтверждает положительное влияние эстрогенов на канальцевую экскрецию уратов и повышение их почечного клиренса. Внедрение в практическую деятельность врачей медицинских стандартов и усовершенствование современных методов лабораторной диагностики позволили в целом ряде исследований выявить наличие гиперурикемии у значительного числа больных с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом, метаболическим синдромом, а также установить взаимосвязь между гиперурикемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (EULAR), гиперурикемией считается повышение содержания мочевой кислоты в сыворотке крови выше 360 мкмоль/л. Гиперурикемия может возникать вследствие повышенной продукции и/или снижения почечной экскреции мочевой кислоты. Среди причин, приводящих к повышенному образованию мочевой кислоты, следует отметить наследственные дефекты ферментов: гиперпродукцию фосфорибозил-пирофосфатной синтетазы, снижение активности гипоксантин-фосфорибозил-трансферазы; болезни накопления гликогена (тип 1, 3, 5, 7); болезни, ведущие к гиперпродукции пурина (мелопролиферативные нарушения, злокачественные опухоли, гемолиз), повышение катаболизма или снижение синтеза белка (алкоголизм, чрезмерные физические нагрузки, тканевая гипоксия), вызванные инсоляцией, интенсивной физической нагрузкой; посещение бани/сауны; приём некоторых лекарственных средств, например салицилатов (> 2 г/сут), диуретиков, леводопы, этамбутола, пиразинамида, никотиновой кислоты, циклоспорина. Гиперурикемия может явиться следствием снижения почечного клиренса уратов, обусловленного врождёнными дефектами канальцевой функции почек, а также при болезнях, которые приводят к снижению клиренса уратов, например гипотиреозе, гиперпаратиреозе, почечной недостаточности. К факторам, провоцирующим гиперурикемию, следует отнести голодание, дегидратацию.

Согласно данным клинических исследований, повышенный уровень мочевой кислоты может иметь место у больных с сердечно-сосудистой патологией: ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, артериальной гипертензией, застойной сердечной недостаточностью. Существуют различные мнения возможного влияния гиперурикемии на процессы атерогенеза. Так, известны антиоксидантные свойства мочевой кислоты и её солей,

которые обладают способностью инактивировать супероксид-анион, гидроксидные радикалы и синглетный кислород, предотвращать деградацию внеклеточной супероксиддисмутазы, что позволило рассматривать гиперурикемию как один из компенсаторных механизмов атерогенеза.

Однако имеются исследования, в которых показано, что при снижении в крови содержания ряда антиоксидантов мочевой кислоты ураты обладают прооксидантными/провоспалитель-

ных свойствами: накопление их активирует специфический фермент – митогенактивированную протеинкиназу – с дальнейшей индукцией ядерного фактора NF-kB и циклооксигеназы-2, что сопровождается локальной гиперпродукцией тромбосана A2, тромбоцитарного фактора роста (PGF), а также моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (MCP-1). При бессимптомной гиперурикемии отмечается усиленная продукция моноцитами, макрофагами, нейтрофилами, синовиоцитами и остеобластами фактора некроза опухоли альфа (TNF-α) и интерлейкинов IL-1β, IL-6 и IL-8, и этот цитокиновый дисбаланс способствует нарушению эндотелиальной функции, нестабильности уже имеющихся атеросклеротических бляшек.

Врач и пациент

Клиническое значение гиперурикемии

Она является фактором развития риска атеросклероза сонных артерий

По данным ряда исследований установлено, что гиперурикемия является маркёром раннего атеросклеротического поражения сосудистой стенки. В 2012 г. S.Takayama и соавторы провели обследование 1579 мужчин и женщин пожилого возраста и распределили их на группы в зависимости от уровня урикемии. Было установлено, что толщина комплекса интима-медиа сонных артерий увеличивалась с повышением содержания мочевой кислоты в крови как у мужчин, так и у женщин. На основании этого авторы сделали заключение, что гиперурикемия является независимым фактором риска развития атеросклероза сонных артерий у мужчин и женщин.

По данным Y. Tavil и соавторов, у больных с артериальной гипертензией и гиперурикемией показатели комплекса интима-медиа были выше, чем у пациентов с артериальной гипертензией и нормальным уровнем мочевой кислоты. В 2012 г. R.Mutluay и соавторы провели обследование 67 больных артериальной гипертензией с гипер- и нормоурикемией и обнаружили, что у больных артериальной гипертензией с гиперурикемией уровень высокочувствительного C-реактивного белка и толщина комплекса интима-медиа сонных артерий оказались статистически значимо выше аналогичных показателей по сравнению с больными с артериальной гипертензией и нормоурикемией.

Согласно опубликованным в 2008 г. результатам когортного исследования MONICA/KORA Cohort Study, установлено, что у больных ИБС повышение содержания мочевой кислоты в крови независимо от других известных факторов риска ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистой и общей смертности. Результаты исследо-

ваний позволили сделать вывод о том, что у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST повышение содержания мочевой кислоты в крови является мощным и независимым предиктором неблагоприятных исходов. Согласно результатам проведённого нами обследования 178 пациентов с инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST без гиперурикемии и с гиперурикемией, оказалось, что инфаркт миокарда у больных с гиперурикемией чаще протекал на фоне хронической

сердечной недостаточности, мерцательной аритмии, пневмонии, хронической болезни почек, подагры. Кроме того, в остром периоде у этих пациентов достоверно чаще имели место острая сердечная недостаточность, пневмония и летальные исходы. В результате клинических исследований выявлена связь гиперурикемии с наиболее известными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний – гиперхолестеринемией, гипергликемией, артериальной гипертензией. В одном из исследований, целью которого стала оценка влияния различных факторов на выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий по результатам коронароангиографии, было установлено, что уровень мочевой кислоты является более значимым фактором, определяющим степень поражения коронарных артерий, чем снижение содержания липопротеидов высокой плотности, повышение уровня артериального давления и возраст больных. Кроме того, показано, что бессимптомная гиперурикемия является независимым предиктором смертности у больных хронической сердечной недостаточностью и более значимым, чем фракция выброса левого желудочка.

В 2013 г. Z.Tang и соавторы при обследовании 133 пациентов с диастолической сердечной недостаточностью и 118 пациентов с сохранной функцией сердца, сопоставимых по возрасту и полу, показали, что мочевая кислота является независимым предиктором развития диастолической сердечной недостаточности. Результаты клинических исследований последних лет установили взаимосвязь между гиперурикемией и увеличением относительного риска развития артериальной гипертензии. Так, P.Grayson и соавторы в 2011 г. провели метаанализ, который включал 18 когортных исследований и 55 607 лиц без артериальной гипертензии на момент начала исследования с периодом наблюдения от 3 лет до 21 года, и показали, что повышение уровня мочевой кислоты на 1 мг/дл (59,0 мкмоль/л) сопровождается увеличением риска развития артериальной гипертензии на 13%.

Патогенетическая связь гиперурикемии и артериальной гипертензии продемонстрирована R.Johnson с соавторами, которые экспериментальным путём на животных установили, что умеренное повышение уровня мочевой кислоты может приводить к гломерулотубулярным повреждениям, способствующим активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и по-

вышению уровня артериального давления. Отмечено, что медикаментозное устранение гиперурикемии способствует обратному развитию имеющихся нарушений. При анализе взаимосвязи между гиперурикемией, артериальной гипертензией и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний отмечено, что у больных с неконтролируемым уровнем артериального давления гиперурикемия встречается с частотой 10-15%, у лиц с неконтролируемым артериальным давлением и одним карди-

оваскулярным фактором риска – с частотой 22-25%, и 34-37% – у больных с неконтролируемым АД и 2 факторами риска.

Роль бессимптомной гиперурикемии изучена у пациентов с метаболическим синдромом. Известно, что абдоминальное ожирение у значительного числа пациентов способствует активации синтеза адипокинов и цитокинов, что в сочетании с другими факторами приводит к развитию основных проявлений метаболического синдрома: инсулинорезистентности, атерогенной дислипидемии, различных клинических вариантов ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе. Отмечена прямая корреляция уровня мочевой кислоты со всеми компонентами метаболического синдрома, вместе с тем в большей степени эта связь выявляется с гипергликемией натошак и нарушением толерантности к глюкозе.

Гиперпродукция мочевой кислоты наблюдается у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типа. В последние годы появились высказывания о возможном влиянии нарушений пуринового обмена на патогенез СД, и гиперурикемию рассматривают в качестве вероятного предиктора СД-2. Однако особенности пуринового обмена при сахарном диабете изучены недостаточно. В большинстве исследований анализируется гиперурикемия при СД без учёта важнейших составляющих обмена мочевой кислоты, таких как суточная урикозурия, общий и фракционный ренальные клиренсы уратов, а также определение активности ключевых ферментов окисления и реутилизации пуринов. Остаётся недостаточно изученной оценка традиционного лечения сахарного диабета и его влияния на показатели пуринового обмена, а также необходимость в активной коррекции пуриновых нарушений, в том числе посредством ингибитора ксантиноксидазы – аллопуринола, который наряду с уменьшением гиперурикемии оказывает антиоксидантное и гипохолестеринемическое действие. Если при СД-1 снижение уровня мочевой кислоты достигается оптимизацией инсулинотерапии, то при СД-2 с ожирением, гиперурикемией и урикозурией выше 6,6 ммоль/л традиционная терапия не обеспечивает желаемого эффекта.

Лечение бессимптомной гиперурикемии представляет трудности и является вопросом, до конца не решённым. В арсенале медикаментозных средств имеются группы препаратов, снижающих

содержание мочевой кислоты в крови и устраняющих гиперурикемию: ингибиторы ксантиноксидазы (аллопуринол) и препараты, обладающие доказанным урикозурическим эффектом (пробенецид, сульфинпиразон, бензбромарон, фенофибрат, аторвастатин, лозартан). При определении медикаментозного лечения у больных с бессимптомной гиперурикемией и кардиоваскулярными заболеваниями, в частности артериальной гипертензией, следует назначать препараты, которые обладают

доказанным урикозурическим эффектом. К ним относятся блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы медленных кальциевых каналов.

Следует помнить, что ряд препаратов обладает способностью повышать уровень мочевой кислоты, в частности диуретики и бета-адреноблокаторы. В исследовании SHEP была выявлена взаимосвязь между уровнем мочевой кислоты, медикаментозной терапией диуретиками и риском сердечно-сосудистых осложнений. Гиперурикемия, обусловленная приёмом петлевых диуретиков, связана с тем, что они обладают способностью уменьшать почечный клиренс мочевой кислоты и её солей за счёт расстройств функции соответствующих транспортных систем почечных канальцев. При назначении бета-адреноблокаторов, которые увеличивают содержание мочевой кислоты в сыворотке крови, следует учитывать соотношение рисков сердечно-сосудистых событий, однако механизм повышения уровня мочевой кислоты на фоне лечения бета-адреноблокаторами остаётся неясным, так как эти препараты практически не влияют на почечный клиренс мочевой кислоты. В комплексной терапии эффективными являются и немедикаментозные методы коррекции гиперурикемии, включающие соблюдение низкопуриновой диеты, исключение алкоголя, курения, адекватную физическую нагрузку.

Таким образом, врачам общей практики при обследовании больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом, СД следует определять содержание мочевой кислоты в сыворотке крови до начала и в процессе лечения заболевания. Медикаментозную терапию у больного с бессимптомной гиперурикемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями следует назначать с учётом урикозурического эффекта действия сердечно-сосудистых препаратов.

Анна ГОЛИКОВА,
доктор медицинских наук,
профессор.

Раиса СТРЮК,
заведующая кафедрой,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Кафедра внутренних болезней
стоматологического факультета
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.**

Собирание анамнеза заболевания, как и осмотр пациента, относится к древнейшему способу диагностики в медицине и, добавим, самому человеческому.

Исторический взгляд

Расспросу больного всегда учили – и пока продолжают учить – будущих врачей. У корифеев медицины прошлого выяснение истории болезни по рассказу её носителя являлось высоким искусством, восхитившим точностью диагноза.

Во второй половине XIX века появляются научные и технические помощники в распознавании патологии (здесь я имею в виду заболевания головного и спинного мозга). Были изучены мозговое представительство нервных путей и центров и топическое значение их повреждений в клинике. Затем были открыты рентгеновские лучи, быстро адаптированные для диагностики, – краниография и спондилография.

Однако эти возможности объективизации диагноза нисколько не умаляют роль анамнеза в распознавании болезни.

В первой трети XX века впервые появляются инвазивные методы визуализации состояния центральной нервной системы, такие, например, как пневмоэнцефалография и вентрикулография. Но они болезненны, кровавы, опасны, поскольку чреваты серьёзными осложнениями. Прежде чем решиться на их применение, врач должен иметь концепцию диагноза и тщательно взвесить все «за» и «против» контрастных инвазивных методик нейродиагностики.

И здесь опять-таки необходимо предварительно собрать и изучить анамнез заболевания.

Но вот благодаря научно-техническому прогрессу появляются неинвазивные методы прямой нейровизуализации головного и спинного мозга, к которым, наконец, не применим принцип «поп посеге». Одна за другой в неврологию и нейрохирургию внедряются томографии: компьютерная, рентгеновская, магнитно-резонансная, ультразвуковая, позитронно-эмиссионная...

Диагностическая свобода

Врач, не прибегая к расспросу пациента, обрёл широчайшие возможности первичного диагноза.

Как всё, казалось, теперь обязательно, анамнез болезни, а с ним и общение с пациентом, стали выходить из врачебного круга. Зачем тратить время на изнурительную беседу с больным с её неопределённостью, когда в считанные минуты и – главное – не принося никакого вреда можно с исчерпывающей точностью распознать патологию, её характер, топик, размеры и массу иных признаков, так важных для хирургического вмешательства.

Нельзя не подчеркнуть, что методы неинвазивной нейровизуализации нанесли тяжёлый удар по естественному течению патологий, резко обрывая их развитие, и в этом смысле изучение анамнеза могло представляться достаточно бессмысленным.

Более того, резко участились ситуации, где анамнез болезни вообще отсутствует, его попросту нет. Я имею в виду превентивную нейрохирургию – случайное или целенаправленное выявление приобретённой или врождённой патологии ЦНС у нестрадающего человека, то есть в доклиническую стадию.

Врач получил свободу от пациента и может дистантно иметь всю необходимую информацию о его заболевании и без участия носителя решать лечебные вопросы.

Нейровизуализация открыла невиданные перспективы при-

жизненного изучения ЦНС. На основе различных модальностей МРТ созданы новые анатомия, физиология и биохимия мозга. Раскрыт патогенез и саногенез различной патологии ЦНС. Принципиально изменились возможности нейropsychологии и других нейронаук. И всё это, как и многое другое, обязано выдающимся достижениям научно-технического прогресса – методикам неинвазивной нейровизуализации.

Плоды просвещения

Однако в пылу очарования нейровизуализацией никто не задумался о её опасностях. Они

нуждаются в нашем внимании, в нашем разъясняющем и объясняющем слове.

Да, анамнез болезни претерпел изменения, но он остаётся главным знанием пациента о своей болезни. А как он необходим врачу, чтобы определить и понять патологию и уточнить её затем методами нейровизуализации, а нередко и удивиться неожиданным находкам. И сегодня в царстве томографий порой только анамнез болезни – самый простой и самый удивительный метод – может служить нитью Ариадны, выводящей к точному диагнозу.

Точка зрения

Анамнез болезни и нейровизуализация

Необходимо предотвратить обесчеловечивание медицины

проявились спустя годы, когда обрели угрожающий характер для самой сути врачевания.

Возникла проблема вредных последствий дистантизации врача от пациента. И это разобщение прежде всего коснулось искусства собирать анамнез болезни.

При этом забыли, что данная функция имеет ещё одно важнейшее значение – установление человеческого контакта с больным и проявление врачебной эмпатии, столь необходимые для успешности лечения.

Лёгкость картиночного диагноза во многом отучивает доктора от интеллектуального напряжения в его постановке. Возникает просто-таки наркотическая зависимость от высоких технологий и беспомощность при их отсутствии.

Врач теряет навыки неврологического исследования пациента, что необходимо для диагноза и в эру нейровизуализации. Гипоскиллия неизбежно приводит к профессиональной несостоятельности доктора. А в итоге – угроза обесчеловечивания медицины!

Примеры прошлого и настоящего

Я вспоминаю историю болезни железного канцлера Германии конца XIX века. У Бисмарка было слабое сердце, и он часто болел. Лучшие врачи, привлекавшиеся к его лечению, им быстро изгонялись – Бисмарк терпеть не мог их расспросов.

За короткий период он сменил более 100 (!) лечащих врачей – все они его раздражали. Не они лечили канцлера, а он подчинял их своей воле, и, может быть, именно потому не уважал.

Когда к нему явился очередной эскулап доктор Швеннингер и начал спрашивать «что» и «как», Бисмарк рассвирепел: «У меня нет времени отвечать на ваши дурацкие вопросы» и показал на дверь.

Швеннингер с достоинством ответил: «Тогда лечитесь у ветеринара». Бисмарк был поражён. Швеннингер стал его лечащим врачом и около 20 лет успешно пользовал канцлера.

Надо всегда помнить, что мы лечим себе подобных, которые вне зависимости от картинок

обычно в 16-25 лет. Но бывает и позже. Нарастание симптоматики, несмотря на массивную терапию гормонами надпочечников. Но и так, к сожалению, бывает. Сохранность брюшных рефлексов. Вот этого при развёрнутой картине заболевания быть не должно. И я начал «копать» анамнез.

– Как заболели, расскажите подробнее.

– Август, вырвался с семьёй на недельку на Волгу. После удачной рыбалки вытаскивал на берег тяжёлую лодку. В этот момент испытал ощущение, как будто что-то в голове лопнуло, – и в шее сзади

возникла боль. А наутро онемела правая рука. Через несколько дней изменился голос... Через 2 месяца всё восстановилось, кроме небольшой шаткости походки. А потом вернулось, как раз после встречи Нового Года.

Я рискнул подумать: а что, если это кровоизлияние из маленькой артерио-венозной мальформации? Первый раз под влиянием явной физической перегрузки, второй – после новогоднего перенапряжения. Такое возможно? Возможно. А на МРТ виден не очаг демиелинизации, а хроническая гематома ствола мозга. Тогда понятно, почему «бляшка» рассеянного склероза только одна (обычно очажки демиелинизации множественные), почему «бляшка» такая крупная и чётко «круглится», почему сигналы от неё неравномерны. Если я прав, спасительна только операция – удаление гематомы ствола. И в конечном итоге прогноз лучше, чем при хронически текущем с тяжёлыми обострениями рассеянном склерозе. А если я не прав, ведь есть по-своему ещё более убедительная аргументация у известных специалистов по рассеянному склерозу, то серьёзное нейрохирургическое вмешательство только усугубит состояние больного.

Вновь и вновь прокручиваю и сопоставляю данные анамнеза, клиники и технических картин. Иду к рентгенологам и нейрохирургам. Получаю поддержку. Сам интеллектуальный больной уцепился за мой диагноз. Хроническая гематома устраивает его больше, чем рассеянный склероз. Его не надо уговаривать – он за операцию. Активная позиция пациента тоже способствует решению.

Нейрохирург Александр Коналов обнаружил и очень аккуратно удалил хроническую гематому ствола. Больной быстро поправился и, избавленный от страданий, вернулся к прежней полноценной жизни.

Повезло мне с диагнозом, но главное – повезло пациенту. А на разгадку подтолкнул тщательный расспрос, который позволил уцепиться за, казалось, небольшие отклонения от типичной картины рассеянного склероза и в неврологической симптоматике, и на магнитно-резонансных томограммах.

Что делать

Методы нейровизуализации – великое благо и для врачей, и для пациентов. Надо всячески содействовать их дальнейшему развитию и внедрению в здравоохранение.

Но вместе с тем необходимо предупреждать обусловленные некритичным их применением проявившиеся негативные тенденции в медицине, ведущие к вырождению её человеческой сердцевины вследствие чрезмерной технологизации. Этого допустить нельзя! Как?!

Нужно не историческое знакомство, а основательное обучение

студентов медицинских вузов методам классической диагностики на клинических кафедрах – расспросу пациента с собиранием и анализом анамнеза болезни и жизни, физикальному и неврологическому обследованию. К сожалению, сегодня сами преподаватели часто являются поверхностными клиницистами, сменившими примат клиники на примат технологий. И именно от них распространяется опасный нигилизм – пренебрежение к методам «человеческого» распознавания. Но, конечно, следует смотреть глубже. Во врачебном образовании свершается явный перекося в сторону технологизации и математизации, который заключается в обучении им (что, бесспорно, необходимо) за счёт бездумного сокращения классического клинического образования, связанного с непосредственным общением с пациентами.

Никакие снимки и таблицы при всём их великолепии не способны заменить наблюдения больного, беседы с ним, непосредственного обследования доктором. А ведь именно эти классические клинические приёмы раньше и больше технологий формируют личность врача, его долг перед больным, его любовь к своей профессии. В конечном итоге вырастает доктор, который никогда не забудет, что лечит себе подобного, – и всегда будет относиться к пациенту с тем вниманием и заботой, с той эмпатией, которые он хотел бы сам получать, если болезнь придёт к нему.

Об этом много говорят, но формирующие учебные программы для медиков или ничего не слышат, или не способны соразмерно перестроить обучение будущих врачей. А, напротив, всё больше загоняют его в безязычные рамки вездесущих «крестиков» и «ноликов».

Ситуация уже достаточно остра, и мы обязаны не допустить её усугубления до уровня невозвратимости клинического подхода и клинического мышления у постели больного. Колокол звонит! Медицина – это прежде всего человековедение.

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

**Национальный научно-практический центр
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.**

Одним из новых направлений работы крупнейшей в стране частной медицинской компании ИНВИТРО является оказание услуг по санэпидаудиту.

Первоначально единая служба производственного контроля, отвечающая за соблюдение санитарных правил и выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, создавалась здесь исключительно для собственных нужд. В компании – более 950 медицинских офисов, и в каждом из них регулярно проводится комплексный санитарно-эпидемиологический мониторинг (примерно по 5 аудитов в день в течение 10 последних лет). Объём работ серьёзный, и опыт накоплен немалый.

Это позволило специалистам ИНВИТРО разработать и начать предлагать руководству других медицинских учреждений страны пакет услуг по проведению санэпидаудита. В него входит оценка санитарно-технического состояния и содержания помещений, правильности объёмно-планировочных решений; соблюдения противозидемического, в том числе дезинфекционно-стерилизационного, режима, дератизационных и дезинсекционных работ, утилизации медицинских отходов и благоустройства территории, условий труда медицинского персонала, защиты его от вредных физических, химических и биологических факторов.

Проект стартовал в апреле 2017 г., и сейчас уже востребован в Москве и Московской области.

Как всякое новое дело (ничего подобного в стране до этого не было) он вначале вызвал определённую настороженность и недопонимание. Поэтому ряду организаций было предложено

Помогаем жить по правилам

Такова задача проекта «ИНВИТРО Санэпидаудит»



Руководитель проекта
«ИНВИТРО Санэпидаудит»
Константин Симоненко

воспользоваться данной услугой в тестовом режиме. Специалисты ИНВИТРО побывали на месте, выявили проблемы и помогли их устранить, составив детальный отчёт о том, как необходимо организовать работу в дальнейшем.

Когда же «лёд был сломан» и начали поступать заказы, те, кто провёл у себя комплексный санэпидаудит, осознали: если бы такие нарушения обнаружил Роспотребнадзор, это вылилось бы в штрафы на сотни тысяч рублей!

Например, за неправильную организацию режимов дезинфекции и стерилизации юридическое лицо может получить штраф до 20 тыс. руб.; столько же – за недочёты в организации производственного

контроля. А штраф за ошибки в обращении с медицинскими отходами доходит до 250 тыс.!

При этом в среднем подобный аудит выявляет не менее 20 нарушений. Так, сравнительно недавно при проверке одного из медицинских центров в Московской области обнаружено 46 нарушений — причём в каждом из четырёх основных направлений: состоянии медицинского учреждения, организации контроля за соблюдением санитарных норм, обращением с медицинскими отходами, режимами дезинфекции и стерилизации.

Нередки недочёты и в сфере соблюдения прав потребителей, которые регулируются Федеральным законом «О защите прав потребителей» и Постановлением Правительства «Об оказании платных медицинских услуг населению». Аудит помогает заказчикам разобраться как в этих, так и во множестве других нормативных документов.

Что очень важно: все вопросы, связанные с соблюдением санитарно-эпидемиологических норм, решаются, как говорится, «под ключ», после чего специалисты ИНВИТРО постоянно контролируют ситуацию, гарантируя таким образом соблюдение всех норм и правил. Кроме того, клиенту предлагают застраховаться от рисков, любых непредвиденных ситуаций.

– Вариантов оказания данной услуги несколько, – говорит руководитель проекта «ИНВИТРО

Санэпидаудит» Константин Симоненко. – Первый – когда клиент покупает у нас одну или несколько услуг. Второй – это комплексный пакет, когда мы полностью обслуживаем клинику. В этом случае всё начинается с аудита: наш эксперт приезжает на территорию компании, заполняет чек-лист и на его основе составляет отчёт, в котором указано, какие требования законодательства не соблюдены, и даны рекомендации по исправлению ситуации. На предприятии обязательно должна быть база документов по санитарной безопасности и санитарным нормам. Если она есть, наши эксперты вносят в неё коррективы; если нет – разрабатывают эти документы.

Важный этап – обучение персонала. Как правило, вопросами санитарной безопасности в учреждении занимается либо штатный специалист с соответствующими образованиями, знанием, опытом, либо человек, которому эта задача досталась в дополнение к основным обязанностям. В последнем случае мы берём на себя его обучение.

Кстати, сейчас совместно с Высшей медицинской школой мы разработали образовательную программу, которая стартует в конце сентября. Задача курса – помочь ответственным лицам организовать процесс производственного контроля с полным соблюдением требований законодательства, а также научить их выстраивать взаимодействие с представителями контролирующих органов.

Обучение (примерно 36 часов) будет включать как теорию, так и разбор практических ситуаций. Для проведения занятий приглашены известные эксперты, в частности заместитель руководителя Межрегионального управления № 1 ФМБА России кандидат медицинских наук Т.Соломай.

И заключительный этап — это дальнейшее сопровождение и поддержка. Мы с определённой периодичностью, необходимой в каждом конкретном случае, выезжаем к клиенту, контролируем и анализируем соблюдение тех норм, нарушение которых нами были обнаружены.

Трудно себе представить учреждение, где не было бы никаких проблем. Тем не менее в ИНВИТРО предусмотрели и такой вариант, как экспресс-аудит. Его предлагают тем, кто считает, что у них всё хорошо.

– Иногда до проведения экспресс-аудита нам говорят, что смотреть тут, в общем, нечего, – рассказывает К.Симоненко. – Но, для того чтобы реально оценить ситуацию, нужен комплексный подход, необходимо не только большое знание нормативной документации, но и умение применять знания на практике. После нашего аудита всё может оказаться совсем не так, как казалось клиенту, и практически все заказывают в результате полный аудит.

Алёна ЖУКОВА.

Москва.

Публикуется на правах рекламы.

Igeu

Универсальная вакцина

Ненадёжная ежегодная вакцинация против гриппа может отойти в прошлое: универсальная вакцина против гриппа и обычной простуды с пролонгированным действием может появиться уже в ближайшее время.

По данным ВОЗ, каждый год грипп поражает 5-15% населения в северном полушарии, и при этом он убивает больше людей по всему миру, чем вирусы Эбола и Зика.

Во многих странах мира, включая Россию, существуют рекомендации для детей, людей старше 65 лет, а также для людей с определёнными заболеваниями делать прививки против гриппа каждый год. Однако такие вакцины не всегда эффективны, так как вирус гриппа постоянно мутирует. Поэтому врачи не первое десятилетие мечтают об универсальной вакцине против гриппа, которая сможет убить любой штамм вируса, однако до недавнего времени это оставалось всего лишь мечтой.

На прошлой неделе в Брюсселе (Бельгия) сразу несколько групп учёных заявили, что они близки к решению головоломки.

«Наши исследования, финансируемые ЕС, привели нас к завершающей стадии разработки универсальной вакцины против гриппа, – заявила Лайн Маттиесен, исполняющая обязанности директора по здравоохранению в генеральном директорате ЕС по исследованиям и инновациям. – Мы уже вплотную приблизились к нашей цели, но теперь работа должна выйти на международный уровень для достижения финала».

Серия новых вакцин предполагает одновременную защиту

сразу от нескольких форм гриппа, включая пандемические. Они уже спасли жизни мышей, хорьков и свиней, заражённых различными штаммами вирусов, таких как вирус «испанки», вызвавший в 1918 г. пандемию. Некоторые вакцины из этой серии в настоящий момент проходят тестирование на пациентах.

«Этот год был особенно плохим в плане эпидемиологической обстановки в мире, только в ЕС от обычного гриппа умерло множество людей», – сказал Паси Пенттинен из Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний. Одна из самых больших проблем вакцинации против сезонных штаммов гриппа заключается в том, что защита, предлагаемая сезонными вакцинами, по-прежнему зависит только от удачи и точности предсказаний учёных.

«Эпидемии гриппа трудно предотвратить из-за того, что вирус непрерывно развивается, – сказал доктор Алекс Рамирес из биотехнологического стартапа iQir (Великобритания). – Каждый год фармацевтические компании заранее готовят вакцины, исходя из предсказаний о том, преобладающие штаммы будут в ближайшие месяцы».

Доктор Рамирес пояснил, что промежуток времени между разработкой вакцины и её доставкой в медицинские учреждения слишком велик, учитывая методы подготовки вакцин, относящихся ещё к 1950-м годам. Даже сегодня фармацевтические компании используют миллионы куриных яиц для выращивания вируса, который войдёт в состав вакцины, не имея возможности ускорить процес-

сы её производства. При этом всегда остаётся шанс, что преобладающий штамм вируса будет предсказан неверно, и тогда вся приготовленная партия вакцины окажется малоэффективной. В тот момент, когда о преобладающем штамме будет известно достоверно, начинать заново производство специфической вакцины будет уже поздно.

В рамках проекта FLUTCORE, финансируемого ЕС, учёными из iQir впервые был разработан более гибкий процесс производства вакцины. Вместо того, чтобы нацеливать вакцину на постоянно меняющуюся белковую головку вируса гриппа, учёные создали так называемую тандемную ядерную структуру, которая достаточно проворна, чтобы поразить гораздо более устойчивый хвост вируса. Эта структура синтезируется при помощи модифицированных дрожжевых бактерий. Процесс дрожжевого синтеза сокращает процесс производства вакцины от

нескольких месяцев до нескольких недель.

Новая вакцина уже успешно прошла испытания на мышах. В настоящее время iQir собирает средства на проведение первых клинических испытаний новой универсальной вакцины.

Три проекта, финансируемые ЕС, которые были представлены на встрече EDUFLUVAC, FLUNIVAC и UniVax, изучают другие инновационные методы борьбы с новыми штаммами вируса. Проект UNISEC, финансируемый ЕС, уже приступил к тестированию эффективности двух особенно успешных универсальных вакцин против гриппа на пациентах. Они уже перешли от испытаний на небольшой выборке участников к следующему этапу, предстоящему широкомасштабным испытаниям с большим числом участников. Результаты ожидаются в этом году.

В январе BiondVax, стартап в Ness Ziona (Израиль), опублико-

вал достижения одной из этих двух вакцин в научном журнале Vaccine. Компания вакцинировала участников испытаний в 2011 г., заморозила образцы их крови и несколько лет спустя подвергла их воздействию нового штамма.

«В их крови содержалось больше защитных антител против нового штамма гриппа, чем у участников испытаний, которые получали плацебо, – сказал Джошуа Филлипсон из BiondVax. – Мы фактически вакцинировали людей против штамма гриппа, которого в то время ещё даже не существовало».

Европейский инвестиционный банк недавно объявил о том, что он предоставит компании BiondVax кредит в размере 20 млн евро для финансирования окончательных крупномасштабных испытаний и создания завода по производству вакцины.

Софья РУШАНСКАЯ.

По материалам MedicalXpress.

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

приглашает для постоянного трудоустройства на следующие специальности:

Эндокринолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «эндокринология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды.

Гинеколог, акушер-гинеколог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «гинекология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды.

Уролог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «урология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды.

Кардиолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «кардиология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды, предоставление единовременной компенсационной выплаты – 1 млн руб.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-20-41 – отдел управления персоналом, 8 (34675) 3-15-73 – факс.

Резюме направлять по адресу:

sovhospital@sovbolnica.pf

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте:

www.sovbolnica.pf

А как у них?

Невечные сердца

Примерно треть всех смертей в мире связана с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Об этом свидетельствуют данные исследования, проведенного Международным коллективом медиков (2,3 тыс. экспертов из 133 стран мира).

Исследование основано на статистике за 1990–2015 гг. Согласно этим данным, в позапрошлом году по всему миру было зарегистрировано более 400 млн человек, страдающих ССЗ, и почти 18 млн смертей, вызванных ими. Наибольшая смертность от этих причин зафиксирована в странах Восточной Европы, Центральной Азии, Ближнего Востока, Южной

Америки, Чёрной Африки и Океании. Самые низкие показатели отмечены в Японии, Андорре, Перу, Франции, Израиле и Испании.

По словам исследователей, с 1990 по 2010 г. средний показатель смертности от этих причин постепенно снижался, однако в последние 5 лет процесс замедлился. Например, в 1990 г. по всему миру было зафиксировано 393 смерти от ССЗ на 100 тыс. человек, к 2010 г. этот показатель упал до 307, а в течение следующих 5 лет – до 286.

К странам, где процесс снижения смертности от ССЗ замедлился, исследователи относят США, Канаду, Австралию, Новую

Зеландию, Японию, Южную Корею, а также страны Западной Европы.

В России, что характерно, показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за январь – октябрь минувшего года составил 611,5 человека на 100 тыс. населения. По словам заместителя министра здравоохранения Татьяны Яковлевой, в 2015 г. смертность от ССЗ составила почти 48,7% от общего количества смертей по стране.

Между тем в Великобритании (29%), Франции (22%) и Германии (35%) этот показатель ниже.

Герман АКОДИС.
По сообщению EurekAlert!

Редкая патология

Паралич — не смертельно

Известная актриса Анджелина Джоли в интервью Vanity Fair рассказала, что ей поставили диагноз «паралич Белла». Это болезнь, которая влияет на лицевые мышцы. И хотя о данной болезни мало кто слышал, на самом деле она распространена больше, чем может казаться.

По данным Национального института неврологических расстройств и инсульта США, в Америке от паралича Белла страдают около 40 тыс. человек. И хотя болезнь может появиться в любом возрасте, чаще всего она встречается у людей в возрасте от 15 до 40 лет.

Болезнь вызывает слабость или паралич мышц с одной стороны лица. Это меняет мимику человека, иногда люди не могут улыбнуться или закрыть глаза. Известны случаи, когда болезнь поражала обе части лица, хотя это довольно редкое явление. Врачи не знают, какие причины вызывают паралич Белла.

Есть предположения, что это может быть вирусная инфекция, но для подтверждения этой гипотезы недостаточно данных. К счастью, болезнь проходит сама — симптомы пропадают через несколько недель или месяцев, и редки случаи, когда фиксировалось повторное заболевание.

А.Джоли заявила, что ей прописали иглоукалывание. Нет научных

доказательств того, что подобная терапия может избавить от симптомов болезни, но некоторые врачи считают, что иглоукалывание может быть полезным для некоторых пациентов. При этом паралич Белла сложно сразу диагностировать.

Лицевой паралич похож на инсульт или иные проблемы с неврологией. Поэтому врачи при первых симптомах рекомендуют немедленно обратиться за медпомощью. При этом не стоит расстраиваться, если врачи диагностировали паралич Белла. Это заболевание не угрожает жизни и вызывает только проблемы с мимикой.

Марк ВИНТЕР.
По информации CNN.

Выводы

О вопросах продолжительности жизни говорят уже не первый год. Ведь, пожалуй, каждому хочется прожить как можно дольше и при этом оставаться в прекрасной форме и здоровом уме. Скажете, что это невозможно? Как бы не так! По крайней мере, учёные полагают, что знают, в чём заключается секрет счастливого долголетия.

Как правило, долгие годы жизни заключаются в здоровье. Оно должно быть на хорошем уровне, как психологическое, так и физическое. А одной из составляющих этих двух видов здоровья является... секс! Да-да, сексуальное здоровье не менее важно, чем всё остальное.

«Если вы рассматриваете половой акт как источник наслаждения и удовлетворения своих потребностей, если вы думаете, что секс нужен для воспроизведения потомства, то вы слегка заблуждаетесь. Дело в том, что секс неразрывно связан со здоровьем человека, — отмечают исследователи из США и Канады. — Сексуальное здоровье — это не только удовлетворение. Это гораздо более обширное понятие. Оно начинает формироваться ещё с раннего возраста, когда ребёнок начинает интересоваться происхождением детей, гениталиями, тем, что такое секс. Родители должны проявлять тактичность, а также более или менее честно отвечать на все вопросы, чтобы у ребёнка формировалось правильное представление об этом аспекте жизни».

Специалисты уверены: родителям также нужно подавать пример

Многая лета

крепких семейных отношений. В том числе от подростков не стоит утаивать такие аспекты, как нежелательная беременность, методы контрацепции, венерические заболевания и т.д. Ведь это всё составляющие здорового образа жизни, а значит — они могут гарантировать долголетие.

Учёные доказали, что те мужчины и женщины, которые регулярно занимаются сексом, являются долгожителями. Секс может влиять на работу сердечно-сосудистой системы, улучшать настроение, состояние мочевого пузыря. Также у мужчин улучшается состояние предстательной железы.

Экспертам удалось раскрыть главный и весьма неожиданный секрет долголетия. Правда, касается он в первую очередь представительниц прекрасного пола.

Исследовательскую работу в данной сфере проводили научные специалисты из Норвегии. Им удалось назвать необычный факт, который способен продлить жизнь женщин на несколько лет. Оказалось, что таким критерием долголетия является... чувство юмора!

По словам экспертов, женщины, обладающие незаурядным умом и отличным чувством юмора, живут приблизительно на 50% дольше, нежели те, кто такими качествами не обладают.

Чтобы прийти к такому выводу, учёным потребовалось изучить данные о состоянии здоровья



более чем 53 тыс. участников эксперимента. В итоге выяснилось, что чувство юмора способно воздействовать на риски смерти вследствие поражения сердечно-сосудистыми или инфекционными заболеваниями, а также онкологией.

Экспертам удалось установить, что женщины с отличным чувством юмора погибали от различных инфекций на 84% реже, а сердечно-сосудистая смертность у смешливых дам была на 73% меньше.

К слову, мужчин такая статистика тоже касается. Оказывается, риски

Эксперименты

Исследователи выявили кишечную микрофлору, которая взаимодействует с областями мозга, связанными с настроением и поведением. Такая взаимосвязь между поведенческими и нейробиологическими различиями и микрофлорой кишечника выявлена у здоровых людей впервые.

Кишечные бактерии управляют эмоциями?

До сих пор существовало только предположение о том, что кишечная микрофлора очень важна для здоровья — не только физического, но и эмоционального. До настоящего времени была проведена лишь серия экспериментов на грызунах, в результате чего была выявлена зависимость их эмоционального и социального поведения от состава микрофлоры кишечника. На людях до сих пор подобных исследований не проводилось.

Доктор Кирстен Тиллиш, адъюнкт-профессор из Отдела заболеваний пищеварения (Лос-Анджелес), исследовала кишечную микрофлору 40 женщин, а затем проводила МРТ их мозга во время рассматривания изображений людей, предметов или действий, которые вызвали сильные эмоциональные реакции у зрительниц. Женщины были разделены по составу бактерий кишечника на две группы: у 33 было больше бактерий из рода бактероидов, у остальных 7 было больше превотелл. У группы женщин с бактероидами в кишечнике оказалась значительно больше толщина серого вещества в лобной коре и изолинии — области мозга, связанной с обработкой сложной информации. У них также был больше объём гиппокампа. Напротив, те, у кого было больше превотелл, продемонстрировали больше связей между эмоциональными,

зрительными и сенсорными областями мозга и более низкими объёмами головного мозга в нескольких областях, таких как гиппокамп. Гиппокамп этой группы был менее активным во время рассматривания изображений, вызывающих негативные эмоции. Они также проявляли более сильные негативные чувства, такие как беспокойство, волнение и раздражительность, разглядывая фотографии с негативными изображениями, чем группа женщин с бактероидами.

Эти результаты подтверждают концепцию взаимосвязи между кишечной микрофлорой и функциями мозга у здоровых людей. Исследователи ещё не знают, влияют ли бактерии в кишечнике на функционирование мозга, или наоборот — различия в строении мозга влияют на тип бактерий, которые находятся в кишечнике. Однако оба эти варианта могут привести к важным изменениям в изучении человеческих эмоций.

До сих пор считалось, что микрофлора кишечника может влиять на вес взрослого человека и новорождённых, аппетит и восприятие вкусовых ощущений, иммунитет, скорость старения организма и даже на красоту. Но то, что микрофлора кишечника может влиять на наши эмоции, было выяснено впервые.

Анастасия СВЯЖИНА.
По сообщению MedicalXpress.

и морепродукты. Такой вывод сделали специалисты из Астонского университета (Великобритания).

Эксперты сообщили, что на продолжительность жизни влияют различные факторы, но употребляемая нами пища — один из важнейших компонентов здорового образа жизни, а значит, и долгих лет. В исследованиях приняли участие более тысячи человек, проживающих на туманном Альбионе.

Учёные проанализировали вкусовые предпочтения испытуемых, а затем сравнили эти данные с их медицинской историей.

Отмечается, что не только полный отказ от мяса сулит нам долгую и здоровую жизнь. Люди, которые придерживаются диеты или рациона питания с низким содержанием мясных продуктов, имеют больше шансов прожить дольше. Причём положительные результаты были видны, как ни странно, больше у мужчин, чем у женщин.

Исследователи полагают, что исключение мяса из своего режима питания улучшает состояние здоровья, например снижает риск возникновения таких болезней, как диабет 2-го типа, высокое артериальное давление и даже онкология.

Впрочем, исследователи не утверждают, что только мясо является убийцей людей. На продолжительность жизни влияет масса факторов, в том числе занятия спортом, экология, эмоциональное состояние и многое другое.

Алина КРАУЗЕ.
По информации
EurekAlert!, MedicalXpress.

У русского народа есть неза-
мысловатая поговорка: «Пока
гром не грянет, мужик не пере-
крестится». Неожиданная си-
туация, связанная с внезапно
появившейся опасностью для
всей нашей страны, возникла,
как тот «гром», летом 1914 г.

Хотя накануне войны, по словам
министра финансов Сергея Витте,
«Россия крепко встала на ноги» и
отечественная промышленность
считалась хорошо и слаженно
работавшей, в фармацевтической
отрасли вдруг обнаружился явный
недостаток. И он мог серьёзно
повлиять на всю обстановку в
российской армии.

Покажем здесь пример насущной
необходимости развития собствен-
ных сырьевой и обрабатывающей
промышленных сфер. Она каса-
лась фармации – важной отрасли
для сохранения здоровья бойцов
и мирного населения в трудное
время. Далёкое дело оказывается
и сегодня чрезвычайно близким.
Тогда оно обстояло следующим
образом.

Главный поставщик – в стане врагов

На пожелтевшей странице газеты
«Московский листок», вышедшей в
начале сентября 1914 г., я нашла и
прочитала такие рассуждения: «По-
ложение рынка аптекарских това-
ров чрезвычайно серьёзное. Боль-
шая часть медикаментов, почти
85%, вырабатывается в Германии,
которая своими товарами снабжает
рынки всего мира. Возникновение
военных действий застало наши
аптекарские фирмы врасплох, так
как все крупные предприятия, тор-
гующие медикаментами, обычно
к маю распродают свои товары, а
новые выписывают из-за границы
осенью. В особенности испытыва-
ется недостаток в броне, висмуте,
карболовой и лимонной кислотах,
вате и целом ряде других патен-
тованных препаратов, поставщиком
которых преимущественно явля-
лась Германия. Те же химические
вещества, которые добываются
во внеевропейских странах, на-
пример йод, хинин, опиум и т.д.,
обычно поступали в Лондон, а там
скупались синдикатом германских
фирм, которые перерабатывали их
на своих фабриках, после чего они
уже попадали к нам.

В силу русско-германского тор-
гового договора, заключённого
после японской кампании, сырьё
облагалось пошлиной значительно
большей, чем готовые медикамен-
ты, и потому нашим аптекарским
фирмам волей-неволей приходи-

Далёкое – близкое

Когда слово «надо» было превыше всего...

В Первую мировую войну производители фармацевтических препаратов
выпускали всё для фронта и для победы



Аптека Феррейна

лось отказываться от своего произ-
водства и выписывать германские
фабрикаты. Гигроскопическая вата,
нужда в которой теперь так велика,
производилась преимущественно в
Саксонии. В России имеется всего
одна фабрика в Сосновцах, кото-
рая вследствие близости немецкой
границы вынуждена бездейство-
вать. Некоторые торгово-про-
мышленные предприятия решили
заняться производством ваты.
Пока первый почин принадлежит
товариществу П.Рябушинского
с сыновьями, которое в случае
благоприятного отзыва главного
управления «Красного Креста»
на днях приступит к производ-
ству. На фабрике товарищества
В.Феррейна работа в настоящее
время производится круглые сутки.
Ежедневно приготавливают 50 тыс.
аршин бинтов».

Далее газетчики сообщали, что,
судя по отношению фабрикан-
тов-фармацевтов к актуальному
вопросу в их деле, недостатка
в перевязочных материалах не
будет. Иностранцы же медика-
менты предполагалось закупать
в Англии, Японии и Соединённых
Штатах. В этой связи правитель-
ство России приняло ряд мер для
перевоза в Лондон значительных
сумм золотом.

Потребность к приспособлению

После объявления новой
мировой войны цены на ап-
текарские товары поднялись
на четверть, а на некоторые
из них (японские) – на 40-
50%.

Главными покупателя-
ми медикаментов явились
«Красный Крест», Общезем-
ский союз и некоторые дру-
гие учреждения. Поскольку
в то время велась жёсткая
борьба со спекулянтами,
частным покупателям лекар-
ства продавались в неболь-
шом количестве и только за
наличный расчёт.

Ситуация усугубилась ещё и тем,
что в стране началась жестокая
травля граждан немецкого проис-
хождения. По этой причине многим
немцам, хорошо закрепившимся
бизнесом и семейными связями
в нашей стране (ставшим фак-
тически её гражданами), срочно
пришлось менять свои фамилии.
Шварцы становились Черновыми,
Шмидты – Кузнецовыми, Копфы –
Головиными. Но делали так далеко
не все. «Фармацевтические коро-
ли» Феррейны, например, не стали
Железновыми или Сталиными: они
остались при своих корнях, хотя
за сотню лет жизни в Москве до-
статочно хорошо обрусели.

Немцы изгонялись абсолютно со
всех производств. Нетрудно пред-
ставить, что досталось русской
фармации, где преобладавшее
большинство специалистов были
русскими немцами.

Действия Московского комитета

7 сентября в газетах сообщалось,
что в Москве образован Комитет по
изготовлению в России химических
и фармацевтических препаратов с
целью освободить Россию от ино-
странный зависимости: «Секрет
многих, почти всех, патентованных

препаратов, от которых богатели
продавцы в Германии за счёт Рос-
сии, уже давно открыт в России в
лабораториях, но изготовлять их
было запрещено. Теперь война
освобождает нас от германского
ига, и всё то, что мы выписывали
исключительно из Германии, платя
сумасшедшие деньги, теперь будет
производиться в самой России, и
обыватели будут иметь те же про-
дукты, но за дешёвую цену».

Этот комитет собрался срочным
порядком 17 сентября. В нём при-
няли участие некоторые видные
учёные Москвы.

Из-за ошутимого недостатка
йода в городе комитет постановил
передать в полное распоряжение
Общегородского и Общеземского
союзов запасы йодистых пре-
паратов, имевшихся в высших и
средних учебных заведениях. Из
репортажа того дня: «В настоящее
время комитетом уже передано
организациям до 10 килограммов
йода. В Белом море находятся
водоросли с большим содержа-
нием йода в их золе. Комитет
отправляет для исследования на
месте этих водорослей особую
комиссию во главе с С.Н.Наумовым
и Н.И.Кусановым. Параллельно
решено произвести обследование
болотистых местностей у берегов
Азовского моря, также очень бо-
гатых йодистыми солями. Следую-
щим продуктом, в котором может
оказаться сильный недостаток,
является кофеин, вырабатываемый
из чайной пыли. Некоторые чайные
фирмы, в том числе торговый дом
К. и С.Поповых, товарищество
«Караван», торговый дом «Губкина
и Кузнецов» и другие, прислали
комитету до 10 пудов этой пыли.
Приготовление первоначаль-
ного фабриката, так называемого
полуфабриката, приняло на себя
товарищество Трёхгорного пиво-
варенного завода, а окончательная
обработка будет производиться в
лабораториях Технического учили-
ща под наблюдением профессоров
А.Е.Чичибабина и А.Н.Шустова. Для

этих работ постановлено купить за
тысячу рублей особый экстрактор,
на котором в то же время будет
вырабатываться атропин из семян
дурмана». Собрание постанови-
ло обратиться к определённым
земствам для сбора семян этого
растения.

Профессор А.Шустов обнаружил
микроорганизм, с помощью кото-
рого сахарный сироп можно было
превратить в лимонную кислоту.
Вместе с кружком преподавателей
Технического училища он взялся за
работу в этом направлении.

Комитет предложил дезинфици-
рующее средство «фенол» добы-
вать из каменного угля. Уральский
химический завод С.Т.Морозова
сообщил комитету, что сможет
изготовлять хлороформ в необхо-
димом стране количестве.

Всё своё к зиме и к лету

Для наших современников весь-
ма любопытным является тот факт,
что в обыкновенной городской
газете обывателям были сообще-
ны технологические подробности
приготовления лекарств и названы
конкретные лица, которые владели
промышленными производствами
и взялись за вполне определённое
им властями дело.

Видимо, фармацевтическое
обеспечение волновало всех жите-
лей страны, от простого крестьяни-
на до крупного коммерсанта.

Тогда, в Первую мировую войну,
родился объединяющий граждан
призыв: «Всё для фронта, всё для
победы!».

В образованный комитет стали
поступать пожертвования сырьём и
деньгами. Весьма крупные суммы
внесли Общество содействия опыт-
ным наукам им. Х.С.Леденцова (три
тысячи рублей) и фирма Г.М.Воган
(тысяча рублей).

В то военное время фармацевти-
ческой отрасли страны пришлось
необыкновенно трудно. Да только
ли ей?

Снова подтвердилась старая
поговорка, что жителям России
вовремя надо иметь и свои подго-
товленные заранее сани – к зиме,
и свою же телегу – к лету.

Хорошо, когда народная му-
дрость сочетается с реальным де-
лом и не сможет затеряться в раз-
говорах и диспутах об импортоза-
мещении, а призывы производить
и пользоваться отечественными
товарами не станут представлять
обывателю очередным политиче-
ским лозунгом.

Татьяна БИРЮКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Память

Совершить экскурсию в про-
шлые службы «03» столицы и
познакомиться с её работой
приглашает посетителей Музей
скорой помощи, торжественное
открытие которого состоялось в
преддверии 870-летия Москвы
в здании Станции скорой и не-
отложной медицинской помощи
им. А.С.Пучкова Департамента
здравоохранения столицы.

В экспозиции – макеты кареты
скорой помощи 1898 г. и перво-
го советского автомобиля скорой
помощи 1930-1940-х годов, ме-
дицинское оборудование разных
лет, форма сотрудника скорой по-
мощи начала XX века, телефонные
аппараты диспетчерских разных
лет и другие экспонаты. Самый
крупный предмет – макет первой
кареты скорой помощи («кареты
Кузнецовой»). В 1898 г. такие ка-
реты-фургоны были закуплены в
Париже на средства, выделенные
купчихой Анной Кузнецовой. Имен-
но они стали первым специальным
санитарным транспортом, исполь-
зовавшимся для доставки горожан
с улиц Москвы в медицинские
учреждения.

Работает и интерактивная часть
музея. На плазменных и сенсорных
панелях здесь можно познако-
миться с архивом фото- и виде-

По зову сердца и долгу

Будни и подвиги сотрудников «скорой»

одокументов, рассказывающих о
подвигах и буднях сотрудников
«скорой», которые по зову сердца
и долга приходят на помощь.

«Идея создания музея возникла
в декабре прошлого года, она по-
явилась в профсоюзном комитете
и нашем общественном совете.
И сегодня мы находимся в месте,
которое отражает все основные
этапы развития скорой помощи
в Москве», – заявил на церемо-
нии открытия музея главный врач
Станции скорой и неотложной ме-
дицинской помощи им. А.С.Пучкова
Николай Плавунов.

В августе этого года исполни-
лось 130 лет со дня рождения
Александра Пучкова – основателя
и первого руководителя Москов-
ской станции скорой помощи,
которая носит ныне его имя. К
этой дате и было приурочено
создание экспозиции. Основу её
пяти тематических разделов со-
ставили подлинные документы
и предметы, рассказывающие



Экспозиция музея

об истории становления службы
скорой медицинской помощи в
столице от дореволюционных вре-
мён до современности. Здесь даже
представлена униформа, ставшая
визитной карточкой медицинских

бригад станции на прошедшем
летом Кубке Конфедераций FIFA.

Как рассчитывают организаторы
музея, его коллекция будет посте-
пенно пополняться. Поучаствовать
в этом может каждый москвич и

гость города, передав на хранение
интересные и ценные предметы,
связанные с историей столичной
«скорой».

«Мы постарались не просто со-
брать тематическую экспозицию,
посвящённую развитию нашей
службы, – отметил Н.Плавунов. –
Задача музея – показать традиции
станции, благодаря которым она
прошла путь от первых карет на
гушевой тяге и нескольких санитар-
ных автомобилей до крупнейшей
в Европе структуры, включающей
более 10 тыс. сотрудников и свыше
тысячи бригад, ежедневно обслу-
живающих до 12 тыс. вызовов.
Уверен, что открытие музея станет
весомым вкладом в сохранение
истории не только скорой помощи
Москвы, но и отечественной меди-
цины в целом. Решению этой за-
дачи будет способствовать то, что
с момента официального начала
его работы мы входим в Реестр
медицинских музеев России. Это
даёт нам возможность как попол-
нять уже имеющуюся экспозицию,
так и организовывать совместные
мероприятия по истории меди-
цины, которые наверняка будут
интересны и для населения, и для
представителей профессиональ-
ного медицинского сообщества».

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

