

События

Они защищали Отечество без оружия

Мемориал медикам Великой Отечественной установили в Астрахани



Обелиск, изображающий медсестру, помогающую раненому, установили на территории астраханской городской больницы № 3 им. С.М.Кирова. В торжественном открытии мемориального комплекса, приуроченном к 70-летию Великой Победы, принял участие губернатор Астраханской области Александр Жилкин.

— Это дань уважения людям, которые без оружия защищали наше Отечество, символ справедливости по отношению к людям в белых халатах, — сказал губернатор.

Мемориал возведён по инициативе медицинской общественности. Высота гранитного памятника — 3 м. Автором обелиска стал известный в Астрахани казахский

Во дворе больницы вырос мемориальный комплекс

скульптор Едиге Рахмадиев. Он отметил, что открытие первого в регионе мемориала погибшим на войне медикам — это «волнительное и достойное событие». Так, в прифронтовом Астраханском округе во время Великой Отечественной войны действовало около сотни военных госпиталей и приёмных пунктов, а в самом городе было развёрнуто 39 госпиталей. Под них выделялись лучшие здания города.

Почётными гостями на открытии мемориала стали астраханские ветераны, в том числе и медики.

— Свой боевой путь я начала в Астрахани, в госпитале, — рассказала Вера Винокурова, проработавшая медсестрой всю войну. — Было

очень тяжело. В каждом городе останавливались всего на 2-3 месяца. Сначала нужно было подготовить здание для больных и только потом принимать их. Работали и ночами, не выходя из госпиталя. После освящения мемориального комплекса ветераны и другие участники мероприятия возложили цветы к обелиску.

Работа по обустройству мемориального комплекса будет продолжена. Скоро здесь появятся две памятные стелы в виде книг, на которых будут выбиты имена всех астраханских медиков, погибших в годы войны.

Виктория ИВАНОВА.

Астрахань.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников
здравоохранения РФ:

Министерство и профсоюз стремятся выступать равноправными партнёрами, чтобы приоритет здоровья нации был поставлен на государственный уровень.

Стр. 4-5



Владислав КУЧМА,
директор НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков,
член-корреспондент РАН:

Наблюдается отчётливая тенденция уменьшения количества педиатров и медицинских сестёр — сотрудников медицинских организаций, работающих в школах.

Стр. 7

Борис МОВШОВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор,
лауреат премии Правительства РФ:

Ошибка врача — пренебрежение азами
семiotики.

Стр. 10



Профилактика

Здоровому краю — здоровые дети

Профилактический проект «Здоровому краю — здоровые дети» был весьма доброжелательно принят жителями города Славянска-на-Кубани. Весь день в городском Дворце культуры вели приём лучшие специалисты Детской краевой клинической больницы, наркологического диспансера, краевой стоматологической поликлиники и Славянской ЦРБ.

Акция для желающих принять в ней участие начиналась ещё до того, как они заходили в ДК. На площади перед зданием для всех желающих проходила зарядка. Здесь же можно было принять участие в спортивных играх.

Внутри ДК в праздничной и доброжелательной атмосфере вели приём неврологи, окулисты, оториноларингологи, хирурги, эндокринологи, ортопеды, педиатры, стоматологи и наркологи. В отдельных кабинках желающие могли пройти ультразвуковое обследование и сделать электрокардиограмму.

После официального открытия акции гостей праздника ждала концертная программа, а перед ней специалисты краевых ЛПУ прочли лекции о здоровом образе жизни, профилактике сердечно-сосудистых

заболеваний, вреде лишнего веса и о борьбе с дурными привычками.

В одном из залов, где проводились осмотры, особое внимание привлекал прибор «измеритель сердечной заботы». На этом ярком, светящемся интерактивном стенде отмечены 10 основных принципов заботы о сердце. В игровой форме ребятам предлагалось сопоставить сформулированные принципы со своим образом жизни. «Умный» аппарат позволяет в игровой форме рассказать детям и их родителям о том, как сохранить здоровье своего сердца, а также проверить их знания в этой области, что особенно актуально в год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Всего в Славянске-на-Кубани в рамках профилактического проекта обследование прошли более 500 детей, краевые медики провели около 3 тыс. осмотров, выявили 500 лишним случаев патологии.

Принять участие в праздничной программе и игровых профилактических акциях пришли более 2 тыс. ребят.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Краснодар.

В особых условиях

В горах Камчатки

Врачами узких специальностей проведён приём более 4 тыс. жителей Олюторского района, горной территории Камчатки. В рамках работы выездной бригады населению оказана консультативная и лечебно-диагностическая помощь. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Камчатского края.

Приём населения проведён в 7 сёлах и 4 оленеводческих звеньях. В состав выездной бригады вошли хирург, оф-

тальмолог, невролог, терапевт, психиатр, психиатр-нарколог, акушер-гинеколог, клинический лаборант, рентгенолог, рентгенолаборант, фтизиатр и врач ультразвуковой диагностики.

В общей сложности за время командировки специалистами проведено 4411 осмотров, в том числе детей и подростков — 362, выполнено 3925 обследований. «Патология выявлена в 1458 случаях, что составляет 33,1% от общего числа проведённых осмотров, — добави-

ли в министерстве. — Преобладают офтальмологические отклонения — 468 случаев, терапевтические — 319. Все пациенты с острой патологией направлены на стационарное лечение, на дообследование — 37 человек, из них 2 детей».

Кроме того, специалистами выездной бригады проведён контроль работы фельдшерско-акушерских пунктов и отделений врачей общей практики района по оформлению медицинской документации, составлению статистических отчётов.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

Новости

Профилактика
выгоднее лечения

В Омске прошла научная конференция на тему профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Её участниками стали свыше 100 специалистов в этом направлении медицины из лечебно-профилактических учреждений города на Иртыше. А вели встречи заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья заслуженный врач РФ Сергей Дорофеев, президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии член-корреспондент РАН Ирина Чазова и профессор кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета Ольга Остроумова.

Сергей Дорофеев, открывая конференцию, отметил, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, которая и является основной целью проекта «Ваше здоровье – будущее России», – эффективнее и выгоднее лечения. А значит, необходимо увеличивать количество диагностированных пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском и повышать заинтересованность населения в своём здоровье, что и повлечёт за собой более раннее начало лечения.

С докладом о современной диагностике и лечении артериальной гипертензии выступила Ирина Чазова. По её данным, ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 млн человек. В структуре общей смертности заболевания сердца составляют 57%. Почему и важно привлекать внимание людей к необходимости ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Это позволит значительно снизить риск развития сердечно-сосудистой патологии. О проблеме инсультов в России и важности комплексного подхода в лечении рассказала Ольга Остроумова.

Научная встреча учёных и практиков в Омске завершилась большой пресс-конференцией.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

О вреде курения —
наглядно и убедительно

В московских лифтах появятся плакаты, которые наглядно продемонстрируют негативные последствия курения. Об этом заявил советник министра здравоохранения РФ Игорь Ланской.

«Минздрав намерен порекомендовать столичному Департаменту здравоохранения организовать расклейку плакатов во всех лифтах в жилых домах Москвы. Их дизайн пока ещё разрабатывается и будет готов к 31 мая – Всемирному дню отказа от курения. Картинки на плакатах, возможно, будут такими же, как и на сигаретных пачках, – отметил И.Ланской. – Мы хотим, чтобы в лифтах висели плакаты о последствиях курения. Мы подготовим несколько видов таких плакатов – «помягче» и «пожестче». Как показывает практика, граждане предпочитают серьёзную социальную рекламу в лаконичном стиле, комиксы и поп-арт воспринимают хуже», – подчеркнул он.

Сообщается, что плакаты в электронном виде будут также опубликованы на сайте федерального Минздрава, чтобы жители при желании смогли самостоятельно распечатать и развесить их в лифтах. Ведомство попросит Департамент здравоохранения Москвы договориться с местными властями, чтобы управляющие компании не срывали эти плакаты. «Переговоры о размещении в лифтах антитабачных плакатов Минздрав проведёт не только с московскими властями, но и с другими регионами, в том числе с Подмосковьем», – сказал И.Ланской.

Что характерно, в настоящее время некоторые активные граждане начали самостоятельно развешивать в подъездах объявления, где просят жильцов заявлять на курильщиков в полицию.

Также примечательно, что, по данным Российской антитабачной коалиции, 10-15% курильщиков отказываются от вредной привычки, в том числе, из-за устрашающих изображений и надписей на сигаретных пачках.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

К ветерану — с медицинскими
аппаратами и... горячим обедом

В преддверии празднования 9 Мая специалисты реабилитационного центра «Аралия», что в Южно-Сахалинске, планируют охватить медицинской помощью как можно большее количество ветеранов Великой Отечественной и приравненных к ним категорий граждан. С прошлого года в учреждении осуществляется такая форма работы, как «реабилитация на дому».

Такой помощью специалисты «Аралии» уже охватили жителей Анивского, Корсаковского и Долинского районов.

В составе реабилитационных бригад терапевты, неврологи, массажисты, логопеды, инструкторы ЛФК, физиотерапевты. Лечение для каждого пациента осуществляется полным курсом по индивидуальной программе. Кроме выполнения реабилитационных процедур, специалисты учреждения доставляют своим подопечным горячее питание. Ежедневно его готовят на пищеблоке реабилитационного центра. Комплексный обед составляют первое, второе блюда, салат и выпечка. Для доставки еды в свежем виде учреждением были закуплены специальные термобоксы.

Всего в этом году оценить качество питания и оказания реабилитационных процедур в домашних условиях смогли несколько десятков человек – участников войны, трудового фронта, инвалидов 1-й и 2-й групп. Для всех пациентов услуги оказываются бесплатно, в рамках программы ОМС.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Сахалинская область.

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

Ориентир

Акция доброты
стоматологов

Врачи Волгограда по-своему встречают День Победы



В подготовке к благому делу стоматологам Волгограда помогла, по мнению Александра Шерстюка (в центре), «Медицинская газета»

– Мы вносим свой вклад в создание особого ощущения праздника, Дня Победы, – говорит главный врач городской стоматологической поликлиники № 1 Волгограда, заслуженный врач РФ Александр Шерстюк. – За 2 месяца до этого на собрании трудового коллектива решили проводить каждую субботу день открытых дверей. В эти смены мы приглашали всех желающих прийти в нашу поликлинику, чтобы побывать на консультации у стоматологов. Конечно, мы были очень рады встречать ветеранов, но сразу договорились, что будем консультировать всех желающих. Поскольку к празднику нужно готовиться всем.

Врачи городской стоматологической поликлиники № 1 согласились трудиться в эти дни бесплатно, в свободное от основной работы время. Суббота была выбрана для этого не случайно. С одной стороны, это позволяло поликлинике работать в привычном ритме. А с другой – в полной мере реализовывать

в один из выходных дней акцию доброты.

– У желающих проверить состояние полости рта не спрашивали никаких документов, тем более не требовали предъявить страховые медицинские полисы, – поясняет Александр Шерстюк. – Наши специалисты подсказывали, на что следует обратить

внимание в первую очередь, как ухаживать за полостью рта, какими пастами и зубными щётками пользоваться.

И, надо прямо сказать, волгоградцам эта акция понравилась и запомнилась. Они с удовольствием посещали специалистов городской поликлиники № 1 и остались благодарны им за внимание и инициативу. А врачам, хоть и прибавилось работы, но помогло решить важную задачу – подтолкнуть горожан к более внимательному отношению к собственному здоровью.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Волгоград.

Фото Александра КУЗНЕЦОВА.

Перспективы

Хирургов будут учить
на новом роботе

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова открыт новый операционный блок с роботической хирургической системой, которая пока не имеет аналогов в Российской Федерации, она позволяет работать на одном операционном поле двум хирургам одновременно. К тому же данный робот оснащён системой флуоресцентной визуализации Firefly, которая даёт возможность не только точно описать анатомические особенности любых протоковых структур, но и резко снижает риск послеоперационных осложнений. Помимо лечения пациентов, на данной системе предусмотрена программа обучения и переподготовки хирургов.

Планируется проводить реконструктивно-пластические операции на поджелудочной железе, печени и желчных протоках, пищеводе, желудке, тонкой и толстой кишке, операции на надпочечниках и при новообразованиях брюшинного пространства с использованием робототехники, а также хирургическое лечение

злокачественных новообразований. Эти виды медицинской помощи подпадают под программы ОМС и ВМП.

Открывая новый операционный блок высокотехнологичной и роботической хирургии НИИ уронефрологии, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко сказал:

– В нашем университете появилась полная линейка оборудования для обучения хирургов оказанию высокотехнологичной помощи: начиная с симуляторов и заканчивая управлением роботизированными хирургическими комплексами. Сейчас в этом деле мы можем достичь самой высокой степени реалистичности, чтобы готовить элиту российской хирургии. И всё же главное для нас – высококачественная медицинская помощь населению. За последние годы востребованность клиник Первого Меда выросла в разы, и новая техника даёт нам возможность только укрепить нашу репутацию.

Соб. инф.

Официально

Лекарства должны быть доступны

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев провёл совещание о регулировании цен на жизненно необходимые лекарственные препараты.

– Но этого очень трудно добиться без развития отечественной фармацевтики. Наша задача – достичь 90-процентного обеспечения жизненно необходимыми и важнейшими препаратами за счёт производства, развёрнутого в России. Для того чтобы выйти на неё,

нам потребуется предпринять ещё довольно много различных шагов, – заявил Д.Медведев.

О стоимости лекарств премьер-министр сказал следующее:

– Ситуация с ценами на лекарства действительно не самая простая. Нужно искать баланс между интересами потребителей и производителей препаратов. Здесь также уместно напомнить и о социальной ответственности бизнеса. Понятно, торговля лекарствами должна быть прибыльной, как всякая коммерция.

Но лекарства всё равно должны быть доступны по цене, особенно когда эти препараты жизненно необходимы. И поэтому всем, кто этим бизнесом занимается, важно понимать и меру собственной ответственности.

Контроль за ситуацией должны осуществлять региональные власти. Свой мониторинг, изучение ситуации ведут контрольные и правоохранительные органы. Как показала практика, свою эффективность доказывают выездные проверки Федеральной антимонопольной службы России и Генпрокуратуры. Такая практика должна быть продолжена.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

100 строк на размышление

Сотрудники Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова сообщили, что ежегодно 11% россиян отказываются вакцинировать своих детей. По словам вирусологов, речь идёт о борьбе не только с привычными вирусными инфекциями, но и с другими заболеваниями, которые «перестали быть смертельными».

Как известно, прививки позволяют выработать устойчивый иммунитет к инфекционным заболеваниям. «Родителям, которые подвергают сомнению эффективность вакцины, полезно не только поинтересоваться историей успеха современной медицины в борьбе со смертельными заболеваниями, но и помнить, что отказ от прививки ставит под угрозу здоровье, будущее и даже жизнь ребёнка. Также важно осознавать, что не привитый ребёнок может нести потенциальную опасность и здоровью окружающих», – неоднократно напоминает один из ведущих учёных-клиницистов нашей страны в этом направлении профессор Владимир Таточенко.

Однако родителям всё невдомёк: всемирная паутина буквально кишит «родительскими» форумами, где вакцинопрофилактика как только не поносится. Эту, вне всякого сомнения, наиважнейшую меру в плане здоровья и долголетия ребёнка считают чуть ли не «детоубийством, растянутым во времени». И, что самое примечательное, противников вакцинации становится всё больше.

Прививать детей и их родителей

Ряды не прививающих своих детей, несмотря на увещевания учёных, к огромному сожалению, неуклонно растут. Иными словами – антивакцинальное лобби в нашей стране весьма сильно.

«Инфекции весьма стремительно инвалидизируют и даже убивают детей, если перестать защищаться от них прививками», – говорит академик РАН Василий Учайкин. Кроме того, иммунизация положительно влияет не только на заболеваемость, но и на продолжительность жизни. Так, в Западной Европе и США этот демографический показатель существенно превышает аналогичный в нашей стране. Надо полагать, что это результат вакцинирования. Наряду с этим, в календаре прививок, рекомендуемом ВОЗ, есть вакцинация против папилломавирусной инфекции девочек-подростков до начала половой жизни. Это обусловлено тем, что вирусная природа некоторых видов рака доказана, в частности рака шейки матки. Он вызывается вирусом папилломы, который легко попадает в организм, и защититься от него можно именно с помощью папилломавирусной вакцины.

«Прививки делать нужно. И ника-

ко знака вопроса: все точки над і давно расставлены. Учёные оперируют фактами. Существует немало мифов, которые давно опровергнуты, но продолжают кочевать из газеты в газету, из передачи в передачу», – констатирует заместитель директора Научного центра здоровья детей член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова.

Вывод неутешителен: общеобразовательный уровень граждан нашей страны оставляет желать лучшего. То же самое приходится констатировать и об уровне бытовой культуры нашего населения. Дремуние мы. Педиатры уже устали втолковывать и разъяснять бесполовым мамочкам необходимость вакцинопрофилактики.

Отсюда вытекает закономерный вопрос: не правильно ли будет, прежде чем прививать детей, пригласить их родителей «хороший тон», к которому на современном этапе среди прочего относится и понимание необходимости вакцинации потомства с целью укрепления его здоровья.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Продолжение темы на стр. 6.

Статистика

Здоровы ли мы?

Почти половина населения России – 49% – охарактеризовали состояние своего здоровья как удовлетворительное, ещё 38% – как хорошее или очень хорошее. При этом недовольны состоянием своего здоровья всего-навсего 12% россиян. Об этом свидетельствуют результаты проведённого Всероссийским центром изучения общественного мнения опроса.

Основной причиной болезней у себя и своих родственников участники исследования назвали чрезмерную тревогу и беспокойство – этот вариант в ходе опроса выбрали 27% респондентов. Кроме того, 23% россиян основной причиной болезней назвали возраст и старение, 22% – плохую окружающую среду, 20% – чрезмерную

нагрузку и отсутствие времени на лечение и отдых. Ещё 19% участников опроса в качестве основной причины болезней назвали плохую наследственность, 17% – отсутствие средств на предупреждение и лечение болезней, по 12% соответственно – плохое питание и работу на вредном производстве.

На вопрос, что участники исследования обычно делают, когда заболевают, 46% из них указали, что обращаются в государственные больницы и поликлиники, тогда как в платные медучреждения обращаются лишь 8% россиян. Ещё 38% респондентов заявили, что лечатся сами, 5% отметили, что пускают всё на самотёк. А 2% участников опроса обращаются к народным целителям.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Однако

Больница – не гостиница



Ленинским районным судом Орска с учётом позиции государственного обвинителя вынесен приговор в отношении врача-терапевта горбольницы № 6, которая признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 290 УК РФ (получение взятки).

30 марта 2014 г. терапевт, являясь дежурным врачом стационара данного лечебного учреждения, находясь в ординаторской, лично получила от гражданина Н. взятку

в сумме 7300 руб. за помещение его на стационарное лечение в отсутствие к тому медицинских показаний.

Суд приговорил доктора к наказанию в виде штрафа в размере 30 тыс. руб. с лишением права занимать должности, связанные с организационно-распорядительными функциями в государственных учреждениях.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Орск.

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

681-3596, 8-916-271-0813.

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

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)		(адрес)									
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету		(индекс издания)									
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	руб.		коп.		количество комплектов					
	переадресовки	руб.		коп.							
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)		(адрес)									
Кому											

Михаил Кузьменко – признанный лидер отраслевого профсоюза. Его удивительная доброжелательность, готовность выслушать и дать мудрый совет, умение отстаивать свою правоту в высоких инстанциях, когда речь идёт о защите прав медиков, вызывает глубокое уважение и признание.

Михаил Михайлович не раз давал интервью журналистам «МГ» по самым актуальным вопросам развития отрасли. Сотрудничество с редакцией ещё больше укрепилось, когда он выступил с инициативой участия Профсоюза работников здравоохранения вместе с Минздравом России и «Медицинской газетой» в ежегодном проведении Всероссийского конкурса «Лучший врач года», 15-летие которого отмечается нынче.

Сегодня отраслевой профсоюз накануне очередного съезда. По традиции корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА попросила председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаила КУЗЬМЕНКО ответить на вопросы об итогах работы и планах по защите прав медиков.

– Михаил Михайлович, 2014 г. был для профсоюза очень напряжённым в плане проведения отчётно-выборной кампании, подготовки к очередному съезду. Что вы считаете главным достижением в защите прав и интересов работников здравоохранения?

– Положительным результатом усилий в этом направлении можно считать определённые сдвиги в совершенствовании правовой базы в сфере оплаты труда работников. Мы постоянно с высоких трибун и в обращениях профсоюза к руководству страны называли низкий уровень зарплаты одним из основных факторов, оказывающих негативное влияние на сбалансированность кадровой обеспеченности лечебно-профилактических учреждений. А это, в свою очередь, обуславливает дефицит специалистов, непривлекательность профессии для молодых врачей, а также отсутствие мотивации работников к повышению эффективности и качества труда.

По большому счёту, нам удалось достучаться до руководства страны и принципиальные подходы по разрешению сложившейся кризисной ситуации в сфере оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения, нашли отражение в первых указах Президента РФ В.Путина, подписанных им 7 мая 2012 г. Важно, что их реализация позволит наконец решить «исторически сложившуюся» проблему существенного отставания зарплаты наших специалистов от средней зарплаты по экономике, и к 2018 г. средняя зарплата врачей будет в 2 раза превышать этот показатель, а среднего и младшего медперсонала – сравняется с ним.

В целях реализации указов правительством страны утверждены государственная программа «Развитие здравоохранения», Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., федеральная и региональные «дорожные карты» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Всё это серьёзные программные документы, по которым работает отрасль. Отраслевой профсоюз принял активное участие в их обсуждении на стадии проектов, что позволило включить в них ряд предложений, направленных на обеспечение прав и интересов работников.

Сейчас мы осуществляем постоянный мониторинг реализации «дорожных карт», предусматривающих этапы достижения контрольных показателей роста заработной платы, активно в этом плане работают региональные организации профсоюза и, должен отметить, подавляющее большинство субъектов РФ в целом их обеспечивает.

Ещё одна сторона правовой составляющей в сфере оплаты труда – сама система исчисления заработной платы, её структура.

Из первых уст

Нет выше ответственности

Реальную защиту медиков обеспечивает Профсоюз работников здравоохранения РФ

Читатели «МГ», очевидно, знают, что в течение многих лет, после отмены Единой тарифной сетки, одним из основных требований ЦК профсоюза было формирование эффективной государственной системы гарантий по оплате труда, в основе которой должны быть предусмотрены единые размеры базовых окладов по профессиональным квалификационным группам (ПКГ). И это наше требование также нашло правовое решение в Указе Президента РФ от 07.05.2012, в соответствии с которым Правительство РФ должно утвердить базовые оклады по ПКГ. Вплотную этим вопросом вместе с Минздравом России, Минтрудом России мы будем заниматься в этом году. Хотя и понимаем, что легко он решаться не будет, ведь в настоящее время ситуация в регионах в части размеров минимальных окладов существенно разнится. Но мы намерены твёрдо отстаивать свои предложения, в основе которых заложен постулат: минимальный базовый оклад – не ниже МРОТ.

Говоря о положительных сдвигах в сфере обеспечения трудовых прав работников, нельзя не остановиться на вопросах нормирования труда. Это очень важная тема, которая всегда была в центре внимания отраслевого профсоюза, ведь степень интенсификации труда работников стала одним из поводов для протестных действий, волна которых, в той или иной форме, прошла в ряде регионов в отчётный период.

Профсоюз всегда настаивал на необходимости разработки типовых норм труда, и сегодня это требование имеет правовую основу, предусмотренную Программой поэтапного совершенствования систем оплаты труда работников государственных, муниципальных учреждений на период до 2018 г., утверждённой Правительством РФ. Мы участвуем на постоянной основе в составе межведомственной рабочей группы по нормированию труда Минздрава России. В настоящее время в стадии рассмотрения проект приказа министерства по утверждению нормативов времени на приём больного по 7 врачебным специальностям; в планах рабочей группы – разработка указанных норм по иным должностям врачебного и среднего медперсонала. Задача профсоюза на этом этапе – контроль за отражением в

разрабатываемых нормах реальных трудозатрат специалистов с учётом всех факторов, влияющих на организацию труда персонала, на основе реальных временных показателей проведённого специалистами хронометража.

Главным достижением в защите прав работников я считаю в совместной работе с Минздравом решение вопроса об обсуждении с отраслевым профсоюзом и другими некоммерческими профессиональными сообществами по оптимизации сети медицинских организаций. Мы постарались убедить органы власти, что

значит и медиков, был поставлен на государственный уровень. Профсоюз считает, что сегодня не надо делить проблемы на «министерские», «профсоюзные», а надо быть равноправными партнёрами и помогать друг другу в решении общих задач. Поэтому отраслевое соглашение предусматривает взаимные обязательства, которые направлены на повышение престижности профессии медицинского работника, уровня социально-экономической и профессиональной защиты, обеспечение комплексного подхода к решению кадровой поли-

нормативных правовых актов, затрагивающих интересы работников здравоохранения.

Стоит отметить, что положения нашего соглашения являются обязательными для выполнения всеми сторонами и никак не ограничивают права работодателей в расширении социальных гарантий и мер социальной поддержки работникам при наличии собственных средств для их обеспечения. А в большинстве случаев служат ориентиром при заключении региональных (территориальных) соглашений, коллективных и трудовых договоров.



– Есть такое выражение: «Болеет медик – болеет медицина». От самочувствия медицинских работников действительно во многом зависит и лечебный процесс. Какие меры принимает профсоюз, чтобы создать им здоровые условия?

Жилищные условия тоже требуют вашего внимания, как и помощь в санаторно-курортном лечении. Какие видите решения этих важных для работников здравоохранения проблем?

– Профсоюз участвовал на всех этапах разработки Закона о специальной оценке условий труда, который в настоящее время является самым актуальным и, к сожалению, не все его нормы учитывают специфику труда медицинских работников. Наша позиция – разработка дополнительных нормативных актов, которые бы учитывали отраслевую направленность, что позволило бы снять эти проблемы, во многом совпадает и с Министерством здравоохранения. Совместно мы разрабатываем и отстаиваем эти подходы в Минтруде России. Для профсоюза важно максимально объективное решение вопроса о предоставлении работникам компенсаций за работу во вредных или опасных условиях труда. Сужение области оценки напряжённости и тяжести трудового процесса, выведение из области оценки биологического фактора доводит процедуру этого процесса до абсурда. Поэтому мы и дальше будем активно влиять на ход реформирования порядка проведения спецоценки.

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, во многом благодаря профсоюзу с 2012 г. осуществляется программа «Сельский доктор», которая позволяет медицинским работникам получить компенсационные выплаты для приобретения жилья в сельской местности. В субъектах РФ вопросы приобретения жилья медицинскими работниками решаются в зависимости от финансовых возможностей. Так, в рамках целевой областной программы «О развитии здравоохранения Новгородской области до 2020 г.» предусмотрена единовременная выплата в размере 500 тыс. руб. на приобретение

тики в отрасли и другие жизненно важные вопросы.

Профсоюз совместно с министерством договорились о пересмотре самой структуры заработной платы медработников и, в частности, о том, что гарантированная часть оплаты труда медиков не может быть менее 60%. Ведь очевидно, что выстраивание эффективной системы гарантий заработной платы, ликвидация сложившейся диспропорции в уровнях оплаты труда специалистов по различным субъектам России невозможна без этой составляющей. Профсоюз отстаивает необходимость формирования системы типовых норм труда, которые были бы обязательны для исполнения всеми без исключения учреждениями здравоохранения; участвует в оценке действующей системы стимулирующих выплат, исходя из их реальной способности мотивировать к повышению качества и эффективности труда работников с перераспределением средств на увеличение окладов работникам и реальные выплаты стимулирующего характера. Совместно с министерством проводит аналитическую и экспертную оценку проектов

предотвращать возможность массовых акций и недовольства как самих работников, так и населения можно только поиском взаимных компромиссов и конструктивного диалога, в чём заинтересованы все стороны социального партнёрства. Через представительство в органах государственной власти мы отстаиваем права и интересы работников. Активно взаимодействуем с Национальной медицинской палатой, Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья для урегулирования кадровых вопросов и социального пакета для медицинских работников. Используем различные площадки для защиты профессиональных, трудовых и социально-экономических интересов работников.

– Вы знаете проблемы отрасли изнутри, о которых говорите всегда энергично, открыто и убедительно. Вы всегда выступали сторонником переговорного процесса при их концептуальном обсуждении с властью, Минздравом и Минтрудом России. В прошлом году вам удалось подписать соглашение о сотрудничестве с Минздравом до 2016 г. В какой степени профсоюзу удаётся теперь объединять усилия с министерством в интересах медиков?

– Отраслевой профсоюз всегда выступал за объединение усилий в интересах медиков и сам активно участвовал в защите их прав, а также в изменении ситуации в здравоохранении в лучшую сторону. Эти задачи остаются главными и сегодня. А потому министерство и профсоюз стремятся выступать равноправными партнёрами, чтобы приоритет здоровья нации, а

жилья (выплату получили 23 врача остродефицитных специальностей), единовременная денежная выплата в размере 200 тыс. руб. в 2014 г. участковым врачам педиатрам, выплата «подъёмных» при поступлении на работу в медицинские учреждения (от 50 тыс. до 200 тыс. руб.). Планируется строительство второго жилого дома для медицинских работников Великого Новгорода.

Теперь, что касается санаторно-курортного оздоровления. Этот вопрос решается в каждом субъекте по-разному, ведь всё зависит от наличия финансовых средств в субъекте РФ. Но и профсоюз не остаётся в стороне от возможности оказать финансовую помощь нашим медикам в приобретении путёвок в санатории. В профсоюзные здравницы члены профсоюза могут приобрести путёвки с 20%-ной скидкой. Приведу примеры. В рамках соцпартнёрства между Магаданской областной организацией профсоюза и правительством области распределяются бесплатные путёвки медицинским работникам и их детям в местный бальнеологический курорт «Талая».

Калининградской областной организацией профсоюза уже 2 года реализуется Программа содействия санаторно-курортному оздоровлению членов профсоюза, в рамках которой в 2014 г. затрачено 146 тыс. руб. на оказание материальной помощи на частичную компенсацию стоимости путёвки.

В Республике Татарстан профсоюзом проводится бесплатное оздоровление работников рентгеновской службы, лучевой диагностики и работников станций и отделений скорой медицинской помощи на базе Республиканского реабилитационного центра МЧС, оздоровлено 304 человека. В 5 санаториях профсоюза республики прошли оздоровление 132 человека (с 15%-ной скидкой от стоимости путёвки). Республиканским комитетом профсоюза предоставляются членам профсоюза беспроцентные денежные займы для приобретения санаторно-курортных путёвок. В 2014 г. на эти цели было выделено 210 тыс. руб.

Учитывая отсутствие бюджетного финансирования на санаторно-курортное лечение, в Белгородской области проводится работа по оздоровлению членов профсоюза на льготных условиях за счёт привлечения средств профсоюзного бюджета и наличных средств членов профсоюза. За 2014 г. оздоровлено 412 работников здравоохранения. Из них 243 человека оздоровлено в местных профсоюзных санаториях.

В соответствии с планом мероприятий Министерством здравоохранения Республики Адыгея и Адыгейской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения РФ проводилось оздоровление работников отрасли. На министочнике пролечилось 400 человек, в профсоюзных санаториях с 20%-ной скидкой оздоровлено 215 человек.

В Омской области в 2014 г. в загородном отделении Центра восстановительной медицины и реабилитации Минздрава области по бесплатным путёвкам оздоровлено 816 человек, в том числе 229 детей. Для медиков-ветеранов и пенсионеров было выделено бесплатно 54 путёвки в загородное отделение клинического медико-хирургического центра Минздрава области «Зелёная роща». Через обком профсоюза членам профсоюза предоставляются талоны для бесплатного обследования в диагностическом центре Омска. Стационарное и амбулаторное лечение получают все нуждающиеся медработники в 100% случаев.

В трёхстороннем соглашении Республики Башкортостан среди социальных гарантий предусматривается обязанность администраций органов исполнительной власти выплачивать ежегодную доплату за путёвки на санаторно-курортное лечение нуждающимся в оздоровлении медицинским работникам.

– Профсоюз всегда делал ставку на молодёжь, её энергию, инициативу. Какие формы работы с ней наиболее эффективны?

– Профсоюзу жизненно необходимы молодые активисты, мы понимаем всю важность работы с молодёжью. Вопросы привлечения молодёжи к деятельности профсоюза имеют сейчас важнейшее значение для развития России, так как новые вызовы, которые получает наша страна в сфере поиска инновационного пути развития, защиты интересов трудящихся, ценности труда на своей земле требуют энергичного и мудрого ответа.

В 2014 г. мы провели анкетирование молодых членов профсоюза в возрасте до 35 лет, количество респондентов превысило 10 тыс. человек. Целью опроса стало выявление насущных проблем молодых работников здравоохранения и студентов медицинских вузов, выявление их предпочтений и ожиданий. Анкетирование показало, что в будущем ставку необходимо делать на усиление информирования молодёжи о деятельности профсоюза.

На сегодняшний день мы придаём огромное значение проблемам информированности молодёжной аудитории о профсоюзе: разрабатываются методические рекомендации по работе с молодыми членами, мотивации профсоюзного членства, усиливается внимание профсоюзной прессы к проблемам молодёжи и опыту решения их профсоюзными организациями всех уровней.

Новое поколение и сейчас, и в обозримом будущем будет мало восприимчиво к таким формам информационной работы, как собрания, доклады, выступления профсоюзных лидеров в СМИ и т.п. Для воздействия на эту категорию как единственную базу развития профсоюзного движения необходимы совершенно другие технологии.

40 студенческих профкомов медицинских вузов и 42 молодёжных совета территориальных организаций профсоюза имеют свои группы в социальных сетях (ВКонтакте, Facebook, Одноклассники), за последние 2 года началось активное позиционирование идей профсоюза и цитирование ключевых профсоюзных событий на площадке Твиттера, а это ещё одна возможность продвинуть информацию о деятельности профсоюза в новостные ленты.

Необходимо отметить, что в последнее время гораздо больше внимания стало уделяться работе с молодёжью со стороны территориальных организаций профсоюза. Придавая большое значение проведению молодёжной политики в период социальных и экономических преобразований в обществе, они значительно активизировали свою работу в этом направлении. Ими используются разнообразные формы работы: молодёжные советы (комиссии по работе с молодёжью), молодёжные организации (объединения), советы молодых специалистов. Проводятся молодёжные фестивали, «круглые столы», смотры, конкурсы, различные культурные, спортивные и другие массовые мероприятия, позволяющие молодым людям не только раскрыть и проявить свои индивидуальные творческие и организаторские способности, но прививающие им чувство

причастности к общему делу, чувство солидарности, являющейся стержнем профсоюзного движения.

– Помимо съезда нынче исполняется 25 лет создания отраслевого профсоюза. Как вы считаете, Михаил Михайлович, профсоюз достаточно сделал для своего признания? Вы ведь тоже стояли у истоков формирования профсоюзного движения в отрасли?

– Сегодня Профсоюз работников здравоохранения РФ объединяет около 2,3 млн человек и своими делами подтверждает, что является истинным защитником социально-экономических, трудовых прав и интересов работников здравоохранения. В 2015 г. мы отмечаем памятные для всех нас даты – 110 лет отраслевого профсоюзного движения и 25-летие со времени создания нашего общероссийского профсоюза.

История его создания – это, несомненно, насыщенная различными событиями жизнь, неразрывно связанная со всеми этапами развития нашей страны. Ситуация в здравоохранении, как и в стране в целом, постоянно менялась и на каждом этапе она выдвигала свои конкретные задачи, определяла разные пути их решения. За прошедшие годы профсоюз организационно окреп, в целом выстроена работоспособная структура, реализуется кадровая, информационная, финансовая политика, и, как показывает жизнь, мы продолжаем подтверждать наши возможности противостоять различным внешним угрозам и вызовам, последовательно и планомерно защищаем права медицинских работников на труд и достойную оплату труда.

Наш профсоюзный авангард не является пассивным наблюдателем происходящих в отрасли реформ, он может влиять и реально влияет на все перипетии, происходящие в отечественном здравоохранении, а поэтому продолжает пользоваться авторитетом своих членов.

Да, сегодня полным ходом идут реформы, и чем интенсивнее будет развиваться процесс модернизации отрасли, тем более сложные задачи придётся решать профсоюзу, его организациям в регионах.

Наш профсоюз, пройдя непростой путь становления и развития, сумел укрепить свои позиции и остаётся одним из крупнейших и авторитетных среди других отраслевых профсоюзов России.

– Я много раз участвовала в работе пленумов ЦК профсоюза, других мероприятиях и всегда видела в деле вашу сплочённую команду. Действительно, это профессионалы, связанные высокой мерой ответственности за благополучие медиков. Как вам удалось её создать и кто есть кто?

– Уровень эффективности профсоюзной работы во многом зависит от профессионализма и личной ответственности профсоюзных лидеров, кадров и актива. И мы активно работаем в этом направлении: обучаем кадровый резерв, вновь избранных руководителей организаций, специалистов аппаратов региональных организаций профсоюза, молодёжный актив, чтобы профсоюзные лидеры разных уровней более уверенно и профессионально вели диалог с властью, социальными партнёрами.

Сегодняшние достижения профсоюза – это их совместный труд. В региональных организациях таких людей, преданных профсоюзу, истинных профессионалов своего дела немало. Многие из них стояли у истоков формирования профсоюза. Вот лишь некоторые из них:

Лидия Алексеевна Климентова – председатель Самарской областной организации; Камилль Ахмедович Бучаев – председатель Дагестанской республиканской организации; Татьяна Афанасьевна Петренко – председатель Краснодарской краевой организации; Галина Александровна Сорокина – председатель Курской областной организации; Людмила Андриановна Веткова – председатель Белгородской областной организации; Светлана Георгиевна Солохина – председатель Владимирской областной организации; Виктор Петрович Дурнов – председатель Саратовской областной организации; Олег Сергеевич Борцов – председатель Ростовской областной организации; Владимир Алексеевич Дмитриев – председатель территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской областной организации, отдавшие десятки лет защите прав медицинских работников. Понятно, что всех назвать невозможно.

Мы стараемся, чтобы наш профсоюз был сильным, конкурентоспособным, уважаемым властью и медицинским сообществом. Профсоюзные лидеры стоят на страже интересов работников здравоохранения: занимаются правозащитной деятельностью, вносят предложения в вопросы социального партнёрства, добиваются достойной заработной платы, обеспечивают создание здоровых и безопасных условий труда и отдыха, проводят огромную мотивационную работу по укреплению наших рядов.

– Вы доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, как вы считаете, профсоюзному лидеру в современных условиях чему прежде всего надо учиться, чтобы быть востребованным в медицинском сообществе?

– Будущее профсоюза в небольшой степени определяется степенью его востребованности у работников. Её можно достигнуть только делами. А чтобы эти дела были эффективными, профсоюзные лидеры сами должны быть убеждены в необходимости и значимости профсоюзного движения, что быть членом профсоюза – это достойно! Профсоюзный лидер сегодня должен быть и идеологом, и политиком, и психологом, а в крупных организациях и менеджером, компетентным в вопросах трудового законодательства. Однако помимо широкого спектра современных знаний, опыта и умения он должен ещё обладать особой психической устойчивостью, способностью переносить большие психические нагрузки, большой убеждённой в правоте своего дела, развитой мотивацией, умением выходить из стрессовых состояний.

О профсоюзе, как о враче, вспоминают чаще всего лишь тогда, когда оказываются в сложной жизненной ситуации. Это люди, ущемлённые в своих правах, обижённые, раздражённые, эмоционально возбуждённые, готовые к радикальным действиям, то есть несущие в себе сильную отрицательную энергетику. Очень часто первый энергетический разряд приходится как раз на председателя профсоюзной организации. Поэтому, с одной стороны, профработник должен быть чувствителен, восприимчив к переживаниям и проблемам других людей, а с другой стороны, сохранять нейтральность, спокойствие и выдержку, держать свои эмоции под контролем разума. Действуя в массах, профлидер должен понимать механизмы массового поведения, держать его в контролируемых рамках, а сам лично не подпадать под влияние враждебных коллективных настроений. Это очень сложная,

эмоционально напряжённая работа, и, чтобы справиться с ней, необходимо иметь достаточный объём знаний по всем направлениям деятельности профсоюза и, самое главное, постоянно их пополнять.

Разумеется, объективно меняющиеся условия функционирования здравоохранения требуют пересмотра форм и методов работы организаций профсоюза всех уровней. Так, задачи по реформированию сети учреждений, совершенствованию систем оплаты труда потребуют, в первую очередь, от наших региональных организаций и «первичек» повышения боевитости, реальной, а не на бумаге, активности по отстаиванию интересов работников. Более того, и нашим профработникам, профактивистам, и руководителям учреждений придётся учиться поиску конструктивных компромиссов в общих целях, с одной стороны, повышения эффективности деятельности учреждений, с другой стороны, обеспечения интересов работников.

– В преддверии съезда не могу не задать вопрос: каким вы видите будущее профсоюза?

– На сегодняшний день профсоюз остаётся единственной организацией, которая последовательно и планомерно защищает права работников отрасли на труд и достойную заработную плату. В последующие годы эта работа будет продолжена, поскольку в стране продолжают процессы реформирования и реструктуризации бюджетной сферы, которые проходят не безболезненно. Это ставит перед профсоюзом задачу проводить реформирование собственной структуры на местах, укреплять среднее звено грамотными профсоюзными лидерами и специалистами по социально-экономическим, правовым, организационным, финансовым вопросам. Без профессионалов профсоюзной работы невозможно реализовать эти направления. Особое внимание необходимо обратить на молодёжь, активно вовлекать её в профсоюзную деятельность, рассматривать кандидатуры из числа молодёжи для включения в составы выборных профорганов, в качестве резерва на должности руководителей организаций профсоюза всех уровней, способствовать её профессиональному росту.

Вопросы мотивации профсоюзного членства в будущем будут очень актуальны: это не только вопросы привлечения новых членов в профсоюз, но и сохранение доверия и заинтересованности тех людей, кто уже в его рядах. Для члена профсоюза главный мотивирующий фактор – конкретная работа профсоюза по защите социально-трудовых прав и интересов трудящихся.

Мы все прекрасно сознаём, что продолжающиеся реформы в здравоохранении в условиях экономического кризиса в стране никак не способствуют улучшению жизни медицинских работников. В этих условиях у них резко возрастает потребность в коллективной защите. И такую реальную защиту им всегда обеспечивал и продолжает обеспечивать Профсоюзный союз работников здравоохранения РФ. И сегодня и в перспективе мы добиваемся главной цели нашей деятельности: каждый работник должен знать, что у него есть организация, которая не только знает его проблемы, но и предпринимает усилия для их разрешения всеми предусмотренными законом формами и методами. И от того, какую жизненную позицию занимает член организации, в которую он вступил, во многом зависит и результат нашей работы.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Пожалуй, редко какой вопрос в сфере охраны здоровья вызывает такое количество противоречивых мнений, как вакцинация. К единому знаменателю не могут прийти даже врачи, не говоря уже о простых людях.

Тем не менее россияне всё больше убеждаются в пользе прививок. Подтверждение тому – наша беседа с заведующей кафедрой терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Челябинской государственной медицинской академии, доктором медицинских наук, профессором Галиной ИГНАТОВОЙ.

– Галина Львовна, как на Южном Урале в целом обстоит дело с прививками?

– Если говорить о вакцинации против гриппа, то ею ежегодно охватывается примерно треть населения области. Важно, что руководство области активно поддерживает эту инициативу. В числе желающих привиться первыми были сотрудники местного Минздрава. Больше того: всё руководство Челябинской области несколько лет подряд принимает участие в данном мероприятии, что является позитивным и действенным примером для остальных жителей.

– Видны ли результаты этой работы?

– Если говорить о результатах прививочной кампании этого года, то надо сказать, что в этом году в Челябинске был объявлен 2-недельный карантин во всех школах и средних образовательных учреждениях. Главным образом, болели дети. По окончании карантина заболеваемость сразу же снизилась. К счастью, не было ни одного тяжёлого случая, а если вспомнить события 4-летней давности, то тогда стационары были заполнены, произошло несколько летальных исходов.

Как показывает опыт, только таким путём можно предотвратить распространение эпидемии. Поэтому медицинская наука не стоит на месте, появляются всё новые, более совершенные препараты.

В своё время мы начинали работать с вакциной пневмо-23, которая ставится раз в 5 лет. И сейчас пациенты приходят за повторной прививкой, ощущая её эффективность на собственном опыте.

Таким образом, наша область оказалась подготовленной к приёму новой конъюгированной вакцины. И конечно же, наши педиатры рады, что пневмококковая вакцина была включена в Национальный календарь прививок.

Правда, статистику вести сложно, так как далеко не все заболевшие обращаются к врачу, многие

Наши интервью

Вакцинация: по-прежнему «за»!

О её необходимости медики говорят всё чаще



самостоятельно покупают лекарства и занимаются самолечением. Как правило, пациенты, которые вакцинируются против пневмококковой инфекции, делают прививки и от гриппа.

При этом, как вакцины против гриппа постоянно меняются и способны предотвращать новые формы гриппа, так и современная конъюгированная вакцина от пневмококка эффективна в случае большинства известных штаммов пневмококка. В ряде случаев привитые пациенты заболевают, но болезнь протекает, как правило, в лёгкой форме, осложнения бывают крайне редко.

Большое значение имеет приём иммуномодулирующих препаратов до начала эпидемии.

– Тем не менее статистика заболеваемости по области не самая радужная. Чем это вызвано?

– Одна из основных причин большой распространённости пульмонологических заболеваний в области – конечно же, плохая экология. В окрестностях Челябинска расположено много промышлен-

ных предприятий. Область лидирует по количеству больных заболеваниями лёгких относительно всех остальных регионов России. Вследствие этого высок и уровень заболеваемости респираторными инфекциями.

Но радует то, что современные челябинцы стали относиться к иммунизации гораздо лучше по сравнению с тем, как относились ещё несколько лет назад.

– Как вы считаете, почему по поводу вакцинации существуют предубеждения даже у врачей?

– Причиной является незнание, непонимание проблемы. Читая лекции по заболеванию лёгких перед челябинскими специалистами, я часто прошу поднять руки тех, кто прошёл вакцинацию. И почти все оказываются моими сторонниками! Но есть и другие примеры. В одном из городов соседней области однажды вакцинация против пневмококка была буквально сорвана по инициативе так называемых «общественных деятелей», и врачи не смогли ничего поделать.

Поэтому считаю, что необходимо проводить образовательные мероприятия для врачей. Потому что зачастую, если врач сам не вакцинируется, он не рекомендует это и пациентам.

Мы рассказываем, почему можно и нужно вакцинироваться; какие есть для этого показания, какие противопоказания, кто входит в группы риска. Многие люди ошибочно полагают, что им прививки противопоказаны, например в случае с бронхиальной астмой. А на самом деле их нужно прививать в первую очередь, так как их иммунитет ослаблен и нуждается в поддержке. Это врач должен знать и доносить до пациентов.

Или, например, что делать, когда

у пациентов с хроническим obstructивным заболеванием лёгких постоянно рецидивируют острые фазы заболевания? Когда им можно найти подходящий момент для прививки? Мы говорим о том, что если ждать месяц с момента окончания обострения, нужно как раз пройти вакцинацию, чтобы предотвратить осложнения.

Говоря о противопоказаниях, надо объяснять, что повышение температуры у детей и у взрослых совершенно нормально: так, при введении вакцины организм вырабатывает иммунный ответ. Лучше делать в конце недели, чтобы, испытывая нормальную реакцию на вакцину, пациент мог провести какое-то время дома. Мы предупреждаем пациентов, что если вдруг температура сильно повысится (относительно нормального для вакцинации уровня в 37,5°C), стоит срочно обратиться к врачу, но такие случаи крайне редки.

Что касается распространённого мнения о возможности сильной индивидуальной реакции, в моей практике таких случаев у взрослых не было, но зато известны ситуации, когда не вакцинированные люди, заболев пневмонией, испытывали крайне тяжёлые состояния. То же касается и экономии на вакцине: как специалист я могу с уверенностью сказать, что экономит именно тот, кто решается сделать вакцину, избавив себя от необходимости брать больничный и тратиться на лекарства.

Мы проводим обучающие программы для врачей общей практики и семейных терапевтов, посвящённые вопросам вакцинации, готовим их к возможному обсуждению этих тем с пациентами. Приводим данные о заболеваемости инфекциями вакцинированных, ведём учёт вакцинированных и в дальнейшем проверяем состояние здоровья пациентов.

До конца 2015 г. запланированы образовательные программы для всех терапевтов Челябинска по

вопросам вакцинации, а также по ХОБЛ, пневмонии и астме. Мы будем обучать и общению с пациентами, обсуждению основных вопросов, возникающих у жителей. Ведь когда человек принимает решение вакцинироваться и приходит к своему участковому врачу, задача последнего – правильно и доступно донести нужную информацию.

Поэтому очень важно уделять внимание именно обучению врачей.

– Какие ещё возможности профилактики вы могли бы назвать?

– Отдельное внимание уделяется вопросам вакцинации пациентов не только с заболеваниями лёгких, но и с сопутствующими патологиями – ишемической болезнью сердца, раком, так как у них ослаблен иммунитет. Это очень большая группа населения. Чем больше будет прослойка вакцинированных, тем меньше в дальнейшем будет процент заболевших респираторными заболеваниями. Все мы – пульмонологи и иммунологи должны обсуждать эту проблему, ведь взрослый человек, сделав прививку один раз, может быть потом защищён от болезней на 50 лет вперёд.

Кроме того, значительный вклад вносит набирающая популярность практика корпоративных программ вакцинации – когда предприятие проводит иммунизацию сотрудников за свой счёт. Предприятиями Челябинска, Магнитогорска и других городов закупаются вакцины и против гриппа и против пневмококка, что в результате приводит к значительной экономии средств.

Таким образом, на опыте Челябинской области мы видим крайне позитивные результаты вакцинации.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Челябинск.

Острая тема

Статистика такова: свыше 60% медицинских работников нашей страны уверены, что адекватную помощь больному можно оказать, если на приём пациента у терапевта и педиатра отводится от 15 до 30 минут. Меньшего времени, чтобы осмотр был полноценным, недостаточно, так как много времени у врача уходит на оформление всевозможной медицинской документации. Таковы результаты опроса медиков, проведённого фондом независимого мониторинга «Здоровье», в котором приняли участие более 8,3 тыс. респондентов из 85 регионов нашей страны.

Как известно, в Минздраве был подготовлен проект приказа, где было предложено установить норматив времени для приёма пациентов. Сначала речь шла о 12 минутах на одного больного. После бурной дискуссии в профессиональных кругах документ скорректировали: среднее время приёма увеличили до 15 минут. При этом в головном ведомстве здравоохранения нашей

Чреватый цейтнот

страны неоднократно подчёркивали, что предлагаемый норматив – всего лишь средняя величина, и при необходимости врач может потратить на пациента больше времени (а в другом случае, например при закрытии больничного листа выздоровевшему пациенту, меньше).

Тем не менее очевидно, что и график приёма, и оплата труда докторов будет жёстко увязана с количеством пациентов, которых доктор будет обязан принять за смену, исходя из этого норматива.

«В проекте приказа Минздрава России об утверждении типовых отраслевых норм времени на первичный приём участкового терапевта или педиатра отводится 15 минут. В эту норму входит и заполнение медицинской документации», – заявил директор фонда «Здоровье», член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов.

В Минздраве, в свою очередь, предлагают ряд мер, которые могли бы разгрузить врача: в частности, заполнять большую часть документов могла бы медсестра. Кроме того, такие услуги, как выдача справок здоровому человеку, выписывание направлений на анализы и др., вполне способен делать отдельный специалист, не имеющий медицинского образования.

Стоит заметить, что в Москве такие нововведения уже начинают внедряться в практику работы медучреждений. И тем не менее в подавляющем большинстве поликлиник страны врачи и медсёстры работают, как и раньше. «Их жалоба на вал бумажной работы, из-за которой страдает качество общения с пациентом, носят регулярный характер», – говорят социологи.

Так, 60% столичных врачей считают необходимым увеличить время приёма у терапевта, отведя на

него от 15 до 30 минут. А во многих других регионах медработники ещё более единодушны: в Воронежской области за увеличение норматива высказались 85% опрошенных, в Мордовии – 79%, в Карелии – 78%, в Удмуртии – 75%, в Тверской области – 74%, в Санкт-Петербурге – 60%, в Московской области – 61%. В Ленинградской области голоса разделились: 43% считают, что 15 минут на пациента мало, а 39% полагают, что 10-15 минут вполне достаточно.

Что касается педиатрического приёма в амбулаторном сегменте отрасли, то за увеличение этого норматива до 15-30 минут активнее всего выступили медработники в Пензенской области – 80% голов, в Удмуртии – 79%, в Рязанской области – 79%, в Карелии 78%, в Липецкой области – 77%. В Москве за это выступают 60% опрошенных, в Московской области – 64%, в

Санкт-Петербурге и Ленинградской области – 57%.

Социологи также заинтересовались у врачей, ощущают ли они дефицит кадров среднего медицинского звена, которые могли бы взять на себя часть функций по заполнению медкарт. Оказалось, что эта проблема актуальна для 71% опрошенных.

«У нас сохраняется дефицит кадров, далеко не все медучреждения компьютеризированы. В 2014 г., как известно, здравоохранение России, по официальным данным Росстата, не досчиталось 40,5 тыс. медсестёр и фельдшеров. Так что на врачей по-прежнему ложится огромная нагрузка, в том числе по бумажной работе, за которой они просто не успевают «увидеть» пациента за отведённые им 10-15 минут», – резюмировал Э.Гаврилов.

Иными словами, увеличение интенсивности работы врача чревато серьёзными осложнениями: из-за спешки ухудшается качество диагностики и эффективность лечения.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Завершился Всероссийский конкурс школ, содействующих укреплению здоровья, организованный НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, Российским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья, Национальным центром поддержки сети школ здоровья в Европе, рядом структур Министерства образования и науки РФ. Подведение итогов и награждение победителей проходило в рамках 2-й Международной научно-практической конференции «Формирование здорового образа жизни детей и подростков: традиции и инновации», состоявшейся в Белгороде.

Что высветил конкурс? Об этом — наш разговор с директором НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков членом-корреспондентом РАН Владиславом КУЧМОЙ и руководителем лаборатории научных основ школ здоровья института профессором Ириной РАПОПОРТ.

— Владислав Ремирович, Ирина Калмановна, чем школы, содействующие укреплению здоровья (ШСУЗ), отличаются от остальных?

В.Кучма: Тем, что в них осуществляется комплексный и системный подход к проведению профилактической и оздоровительной работы.

— **Расшифруйте, пожалуйста, что за этим стоит?**

В.К.: Ключевыми направлениями деятельности ШСУЗ являются: создание оптимальных условий пребывания детей в школе, включая санитарно-эпидемиологическое благополучие, организацию рациональной двигательной активности и питания учащихся; обеспечение благоприятного социально-психологического климата; формирование у детей, педагогов, родителей устойчивой мотивации вести здоровый образ жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям; активные связи с родителями и общественностью в деле охраны здоровья детей; качественное медицинское обслуживание учащихся.

Вопросы охраны и укрепления здоровья интегрированы в общеобразовательный процесс, дополнительное образование, патриотическое воспитание учащихся. Широко используются современные информационно-коммуникационные технологии в обучении детей здоровью, различные формы работы: презентации, диспуты, викторины, конференции, фестивали, спектакли, конкурсы рисунков, выставки лекарственных растений и др.

И.Рапопорт: В каждой такой школе имеется «школьная команда» или центр здоровья, или центр содействия сохранению и укреплению здоровья обучающихся (ЦССиУЗО), в состав которых входят все участники образовательного процесса: представители администрации школы, активные педагоги, психологи, учащиеся, медицинские работники, родители и другие заинтересованные лица. В них, помимо школьного врача и школьной медицинской сестры работают сотрудники детских поликлиник — логопеды, инструкторы по ЛФК, массажисты, физиотерапевты и медсёстры, отпускающие физиотерапевтические процедуры. Совместно с медицинскими работниками значительную здоровьесформирующую работу проводят сотрудники школы — психологи, социальные педагоги, учителя физкультуры.

Нередко образовательные учреждения заключают договоры с районными поликлиниками о расширении сферы медицинских услуг, оказываемых детям непосредственно в школе. Это позволяет организовать в ШСУЗ лицензированные кабинеты массажа, ЛФК, фито- и ароматерапии, использовать некоторые физиотерапевтические технологии и технологии биологической обратной связи (так называемые БОС-технологии).

— **Каковы задачи конкурса?**

В.К.: Это, прежде всего, обобщение опыта работы общеобразовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся; выявление наиболее перспективных моделей, методик и технологий здоровьесберегающего обучения, внедрение современных научных достижений в практику оздоровительной деятельности в образовательных организациях.

— **Что же продемонстрировал конкурс?**

Проблемы и решения

Здоровье — для образования, образование — для здоровья

Значительную часть своей жизни ребёнок проводит в школе. Как сделать это пребывание безопасным и комфортным?



Владислав Кучма

И.Р.: Во многих ШСУЗ обеспечены условия обучения, микроклимат, освещённость, полностью соответствующие СанПиНам. Организовано еженедельное проведение 3 уроков физкультуры. Материалы проверок образовательных организаций службами Роспотребнадзора подтверждают это. Классы обеспечены школьной мебелью, соответствующей росту учащихся. Широко используются конторки для смены поз обучающихся, массажные коврики, офтальмотренажёры на стенах классов. Расписание занятий в основном составляется в соответствии с гигиеническими требованиями.

Уделяется должное внимание сменной обуви учащихся, весу и правильной укладке ранцев. Тематика здоровьесбережения используется учителями при проведении уроков биологии, математики, химии, физики, географии, литературы и др.

В.К.: Интересно, что в ряде школ появились инновационные модели формирования культуры здоровья на основе комплексного подхода к обучению детей на природе — ежедневные 2 урока вне классных помещений (при температуре воздуха выше +5°C).

В единичных случаях в школах созданы параллельные, так называемые гендерные и смешанные классы, в которых дети, по согласованию с родителями, изучают предметы в соответствии с полностью ориентированными программами и методиками обучения.

Во всех ШСУЗ проводится большая физкультурно-оздоровительная и спортивно-массовая работа. В большинстве из них уроки физкультуры построены в соответствии с гигиеническими требованиями и в тёплое время года проходят на открытом воздухе, при этом учитываются половые особенности обучающихся. Для занятий физ-

культурой школьники распределены на основную и подготовительную группы...

— **А как обстоят дела со специальной медицинской группой?**

В.К.: Она тоже имеется. Но целенаправленно работает реже.

Регулярно во всех классах проводится утренняя гимнастика, физкультминутки, динамические паузы, активные перемены.

— **Известно, что далеко не все дети любят физкультуру. Что предпринимается в ШСУЗ для повышения интереса к ней?**

Внедряются ли какие-то новые физкультурно-оздоровительные технологии?

В.К.: Безусловно. Чтобы привлечь внимание школьников к спортивным занятиям используются такие новые виды спорта, как скалолазание, паркур, воркаут, яджент и др. Однако внедрение новых видов спортивно-массовой работы требует нового оборудования и, что самое главное, новых безопасных методик обучения детей, а также специальной подготовки учителей физкультуры и тренеров.

— **А что можно сказать о питании детей?**

И.Р.: В школах-конкурсантах организовано двух- и трёхразовое горячее питание учащихся, сбалансированное по всем составляющим, макро- и микроэлементам. Используются обогащённые витаминами продукты. Реализуются программы «Молочные продукты, яблоки и мёд — каждому школьнику ежедневно». Соблюдается питьевой режим — установлены кулеры с водой. Но, к сожалению, в разных регионах имеются различные возможности финансирования питания учащихся. В ряде школ двух- и даже трёхразовое питание обеспечено за счёт муниципальных бюджетов, а в большинстве случаев местные власти оплачивают или завтрак, или обед ребёнка, финансирование остальных приёмов пищи происходит за счёт средств родителей. В некоторых школах организовано индивидуализированное питание детей с учётом состояния здоровья, личных предпочтений и этнонациональных традиций. Осуществляется гигиеническое просвещение учащихся по вопросам культуры питания, кулинарии, этикету, национальным кухням.

Практически везде проводятся занятия по гигиене полости рта и профилактике кариеса с привлечением медперсонала соответствующих поликлиник и клиник: детских стоматологов, медицинских сестёр, а также гигиенистов стоматологических. Используются наглядные пособия, фантомы для обучения навыкам правильной чистки зубов.

В.К.: Хочется отметить тот факт, что сами дети заинтересованы в сохранении и укреплении своего здоровья. Во многих школах функционируют «школьные парламенты», «школьное самоуправление», ученические советы, которые проявляют самостоятельность и инициативу в мероприятиях, направленных на охрану и укрепление здоровья. В некоторых образовательных учреждениях действуют волонтерские отряды, организованы просветительские мероприятия по принципу «равный — равному».

В ряде ШСУЗ функционируют «родительские лектории», мам и пап консультируют школьные врачи

и психологи, объясняющие физиологические и психологические особенности детей разного пола и возраста, даются индивидуальные рекомендации.

Школы тесно взаимодействуют с семьями, особенно неблагополучными, по вопросам охраны здоровья детей, работают психолого-медико-педагогические консилиумы, привлекаются врачи-специалисты для оказания специализированной помощи.

Представляется чрезвычайно интересным совместный успешный

педиатров — школьных врачей составляет 49,7%, а медицинских сестёр — 49% от должного. Это, конечно же, негативно сказывается на работе ШСУЗ, не позволяет проводить анализ объективных показателей состояния здоровья школьников, оценивать эффективность лечебно-коррекционных мероприятий. Системный анализ отсутствует. Изредка встречаются сведения об острой заболеваемости респираторными инфекциями и количественные данные о числе детей с «школьно обусловленными

заболеваниями» — нарушениями зрения и осанки. В единичных школах есть кабинеты охраны зрения, организуются специальные уроки, применяются некоторые оптико-физиологические методы коррекции зрения.

Пока незначительное количество школ используют аппаратно-программные комплексы, позволяющие осуществлять многопрофильную оценку показателей состояния здоровья обучающихся. В основном мониторинг ведётся фрагментарно (в отдельных классах, в отдельные периоды), без сравнительного анализа результатов наблюдения.

И.Р.: И всё же конкурс свидетельствует об огромной работе и творческом подходе многих педагогических коллективов к внедрению здоровьесберегающих педагогических и оздоровительных технологий. Широко используются различные методы психолого-педагогического сопровождения учебного процесса, физкультурно-оздоровительные и социальные программы. Значительное число школ в своей деятельности опираются на новые разработки педагогических вузов и областных институтов развития образования. Каждая школа имеет большой потенциал в области здоровьесбережения всех участников образовательного процесса.

— **Много ли в России школ, которые объявили своей политической задачей сохранение здоровья обучающихся?**

В.К.: Не так много, как хотелось бы. Признавая значительные заслуги участников всероссийского конкурса, приходится с сожалением констатировать, что активное внедрение профилактических и оздоровительных технологий в повседневную практику образовательных учреждений не носит массовый характер. Здоровьесберегающая деятельность большинства ШСУЗ обеспечивается только за счёт инициативы, настойчивости и усилий руководителей образовательных организаций, отдельных педагогов, детей и родителей. Органы управления образованием и здравоохранением, а также средства массовой информации во многих субъектах Российской Федерации не уделяют должного внимания широкому распространению положительного опыта, методик и технологий, разработанных в таких школах, не поддерживают интересные начинания, обеспечивающие высокую медико-социальную эффективность. А жаль, ведь повсеместная реализация здоровьесберегающих и здоровьесформирующих программ способствовала бы укреплению здоровья подрастающего поколения.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».



Ирина Рапопорт

опыт работы общеобразовательных школ с детскими школами искусств и музыкальными школами по реабилитации детей-инвалидов и детей с задержкой психического развития. Некоторые образовательные учреждения тесно сотрудничают с клиниками, дружественными молодёжи, санаториями-профилакториями, загородными оздоровительными лагерями.

— **Не секрет, что в школе многое зависит от учителей. На это обращается внимание?**

В.К.: В большинстве ШСУЗ систематически проводится работа по повышению компетентности педагогов и психологов при использовании здоровьесберегающих технологий в образовательных организациях. В ней активное участие принимают кафедры педагогики и психологии здоровья (здорового образа жизни) областных институтов развития образования. Однако ещё в недостаточной мере уделяется внимание здоровью и психологическому комфорту самих педагогов. В этом направлении необходимы серьёзные научные исследования, научно-практические разработки и рекомендации.

— **Что огорчает?**

И.Р.: Далеко не все школы проводят оценку распространённости факторов риска и определение информированности учащихся о неблагоприятных факторах, влияющих на здоровье.

В.К.: К сожалению, медицинское обеспечение детей в общеобразовательных организациях оставляет желать лучшего. Наблюдается отчётливая тенденция уменьшения количества педиатров и медицинских сестёр — сотрудников медицинских организаций, работающих в школах. Судя по результатам опроса администраций субъектов Центрального федерального округа, проведённого нашим НИИ осенью 2014 г., количество

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 30 (1882)

Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) – заболевание миокарда, характеризующееся фиброзно-жировым замещением миокарда преимущественно правого желудочка (ПЖ) и клинически манифестирующееся желудочковой экстрасистол и правожелудочковой тахикардией с высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС) у лиц молодого возраста и спортсменов.

В 1977 г. G.Fontaine и соавт. выявили АДПЖ у пациентов, страдавших резистентной к медикаментозной терапии желудочковой тахикардией (ЖТ) без явной сердечно-сосудистой патологии. Во время хирургического вмешательства у них было найдено много жировой ткани в стенке ПЖ. Позже была выявлена связь АДПЖ с необъяснимой ВСС в молодом возрасте у лиц, не имеющих признаков коронарной болезни.

Распространённость АДПЖ. Общепринятой статистики нет. В США – 1 на 5-10 тыс. населения. В популяции северо-восточной Италии встречается с частотой 1 на 1 тыс. населения. Соотношение мужчин и женщин – 2,7 : 1. Диагностируется в возрасте между 20 и 50 годами (в среднем в 33 года).

Теории

1. Наследственная (наследование по аутосомно-доминантному и аутосомно-рецессивному типу).
2. Дисонтогенетическая.
3. Дегенеративная.
4. Инфекционная (воспалительная).
5. Апоптотическая.
6. Теория трансдифференцировки кардиомиоцитов.

Наследственная теория

Генетическая терминология.

Аллели:

- дикого типа (нормальный) – нуклеотидная последовательность гена, обеспечивающая его нормальную работу;
- доминантный – аллель, наличие которого проявляется в фенотипе;
- мутантный – мутация, приводящая к изменению последовательности аллеля дикого типа;
- рецессивный – аллель, фенотипически проявляющийся только в гомозиготном состоянии и маскирующийся в присутствии доминантного аллеля.

Фенотип – внешнее проявление свойств организма, зависящих от его генотипа и факторов окружающей среды.

Генотип:

- 1) вся генетическая информация организма;
- 2) генетическая характеристика организма по одному или нескольким изучаемым локусам.

Гетерозигота – клетка (или организм), содержащая два различных аллеля в конкретном локусе гомологичных хромосом.

Гетерозиготность – наличие разных аллелей в диплоидной клетке.

Гетерозиготный организм – организм, имеющий две различные формы данного гена (разные аллели) в гомологичных хромосомах. Гомозигота – клетка (или организм), содержащая два одинаковых аллеля в конкретном локусе гомологичных хромосом.

Гомозиготность – наличие одинаковых аллелей в диплоидной клетке.

Гомозиготный организм – организм, имеющий две идентичные копии данного гена в гомологичных хромосомах.

Аутосомно-доминантное наследование – тип наследования, при котором одного мутантного аллеля, локализованного в аутосоме, достаточно, чтобы болезнь (или признак) могла быть выражена.

Для этого типа наследования характерны следующие закономерности:

1. У каждого поражённого болен один из родителей.
2. У поражённого, состоящего в браке со здоровым супругом, половина детей больна, половина здорова.
3. У здоровых детей поражённого родителя собственные дети и внуки здоровы.
4. Мужчины и женщины поражаются достаточно часто.
5. Заболевание должно проявиться в каждом поколении.
6. Гетерозиготные особи поражены.

Некоторые аутосомно-доминантные болезни:

- ✓ Болезнь Марфана.
- ✓ Болезнь Вильсона – Коновалова.
- ✓ Боковой амиотрофический склероз.

- ✓ Нейрофиброматоз (болезнь фон Реклинг-хаузена).
- ✓ Семейная гиперхолестеринемия.
- ✓ Брахидактилия (короткопалость).

Пример брахидактилии (рис. 1 и 2)

- Этот признак редкий и встречается, как правило, только у одного родителя.

– При наличии признака у родителя в среднем половина сыновей и дочерей имеют этот признак.

– Брахидактилию можно обнаружить уже при рождении ребёнка по изменению фаланг пальцев рук и ног.

– Отклонения от нормы в данном случае не угрожают жизни человека, не делают его неполноценным членом общества.

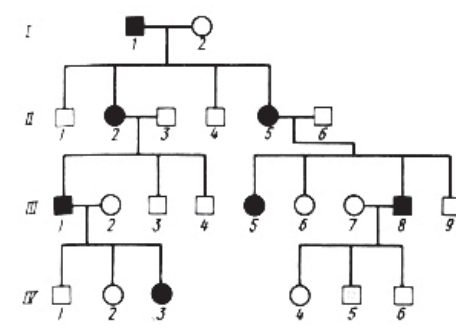


Рис. 1. Генеологическое древо больного брахидактилией



Рис. 2. Изменение фаланг пальцев рук при брахидактилии

Аутосомно-рецессивное наследование – тип наследования признака или болезни, при котором мутантный аллель, локализованный в аутосоме, должен быть унаследован от обоих родителей.

При аутосомно-рецессивных заболеваниях у здоровых родителей некоторые дети оказываются больными. Это связано с тем, что оба родителя являются носителями аномального аутосомно-рецессивного гена. Для этого типа наследования характерны следующие закономерности:

1. Если поражённый ребёнок родился у фенотипически нормальных родителей, то родители обязательно являются гетерозиготами, 25% их детей поражено, 50% – гетерозиготны и 25% – нормальны.
2. Если вступают в брак больной с рецессивным заболеванием и генотипически нормальный человек, все их дети будут гетерозиготами и фенотипически здоровы.
3. Если вступают в брак больной и гетерозигота, то половина их детей окажутся поражёнными, а половина – гетерозиготны.
4. Если вступают в брак двое больных одним

и тем же рецессивным заболеванием, то все дети их будут больны.

5. Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

Некоторые аутосомно-рецессивные болезни:

- ✓ Синдром Элерса – Данлоса
- ✓ Анемия Фанкони
- ✓ Бета-талассемия
- ✓ Наследственный гемохроматоз
- ✓ Муковисцидоз.

Пример синдрома Элерса – Данлоса (рис. 3). Характеризуется недостаточным развитием коллагеновых структур в различных системах организма.

Проявляется патологией кожи, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, глаз, гиперрастяжимостью кожи – взятая в складку кожа легко оттягивается. При этом оттянутая кожная складка быстро возвращается в исходное положение. Кожа тонкая, нежная, бархатистая на ощупь, слабо фиксирована с подлежащими тканями.

Мышечно-скелетные включают деформации грудной клетки, кифоз, сколиоз, косолапость. Зубы у больных могут быть неправильно

сформированы, аномально расположены, уменьшены в размерах или частично отсутствуют.

Умственное развитие больных в большинстве случаев соответствует возрасту.

АДПЖ может наследоваться по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу.

Наследование АДПЖ по аутосомно-доминантному типу:

- Подтверждается в 30% случаев.
- Найдены мутации в гене, ответственном за риаодиновый рецептор в четырёх семьях в Северной Италии.
- Описано 4 локуса аутосомно-доминантной формы заболевания: 14q23-q24, 14q12-q22, 1q42-q43 и 2q32.1-q32.2.

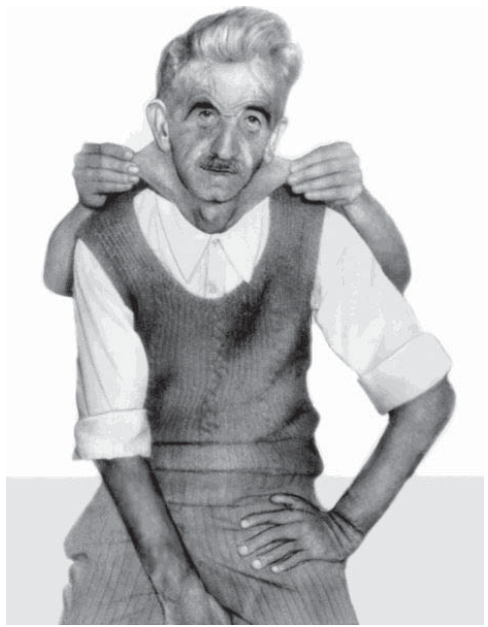


Рис. 3. Пациент с синдромом Элерса – Данлоса

Наследование АДПЖ по аутосомно-рецессивному типу. В этом случае заболевание ассоциировано со специфическим фенотипом в виде тонких шелковистых волос («шерстяных волос») и ладонно-подошвенной кератодермией (болезнь Naxos). Она описана в 18 случаях среди лиц, проживающих на греческом острове Naxos.

Молекулярный анализ выявляет дефект в гене, ответственном за плакоглобин в одной семье и за десмоглобин в трёх семьях.

Установлено сцепление болезни Наксоса с локусом 17q21.

Риаодиновый рецептор представляет внутриклеточный кальциевый канал на мембране саркоплазматического ретикулума. Он играет ключевую роль в сопряжении возбуждения и сокращения мышцы сердца. Также он контролирует выход кальция из саркоплазматического ретикулума в цитоплазму. Его дефект ведёт к нарушению кальциевого гомеостаза с последующей гибелью кардиомиоцитов.

Плакоглобин и десмоглобин. Это протеины, поддерживающие связь десмосомальных клеток. Нарушение функции десмосом ведёт

к гибели кардиомиоцитов под воздействием механического стресса.

Гены, ответственные за АДПЖ до конца не идентифицированы. Однако выявлено сцепление данного заболевания с 7 локусами, картированными на 1-й, 3-й, 10-й и 14-й хромосомах.

Дисонтогенетическая теория

Является исторической. Она предполагала, что АДПЖ является формой «пергаментного ПЖ» (аномалии Уля).

Дегенеративная теория

Рассматривается, как гибель кардиомиоцитов вследствие метаболического или ультраструктурного наследственного дефекта на 14-й хромосоме (14q23-q24). Эта область кодирует ген, ответственный за а-актин, структурно гомологичный с концевым доменом дистрофина. Данная находка подтверждала теорию о генетически детерминированной атрофии, сходной с амиотрофией Дюшена или мышечной дистрофией Беккера.

Поэтому некоторые авторы предлагали определять АДПЖ, как «миокардиальную дистрофию». В дальнейшем был описан случай АДПЖ в шведской семье с вовлечением

скелетных мышц со сцеплением с 10-й хромосомой (10q22.3).

Инфекционная, или воспалительная теория

Вследствие того, что воспалительная инфильтрация является частой гистологической находкой при АДПЖ, существует предположение, что в основе АДПЖ лежит миокардит. Так, у трансгенных мышей, инфицированных вирусом Коксаки В3, развивалась селективная гибель кардиомиоцитов ПЖ, острая мононуклеарная клеточная инфильтрация с формированием аневризмы ПЖ.

Апоптотическая теория

Данная теория подтверждается выявлением апоптоза и высокого уровня протеаз, необходимых для апоптоза, в миокарде ПЖ у 6 из 8 пациентов с АДПЖ по сравнению с контрольными образцами без патологии сердца.

Теория трансдифференцировки кардиомиоцитов

Основана на гипотезе возможности перерождения миокардиальных клеток из мышечных в жировые и обнаружении клеток, экспрессирующих десмин как промежуточные между мышечными и жировыми клетками.

Ряд авторов предполагали возможность ассоциации АДПЖ и синдрома Бругада, считая их разными формами одного заболевания.

Однако ни ЭКГ, ни МРТ, ни этнографические находки при АДПЖ не встречаются при синдроме Бругада.

Генетические исследования указали на разные гены, ответственные за эти два заболевания. Поэтому на основании семейного анамнеза и проведения ДНК-диагностики возможна верификация диагноза.

Гистопатология при АДПЖ

Морфологические изменения начинаются с замещения жировой тканью субэпикардиальной части ПЖ или интрамуральных включений с распространением на эндокард с фибро-жировым перерождением кардиомиоцитов и истончением стенки. Наиболее часто поражаются выходной тракт ПЖ, верхушка и инфундибулум. Эти три области формируют «треугольник дисплазии».

Клинические формы АДПЖ

1. Скрытая.
2. Аритмическая.
3. Paicisympomatic form.
4. Форма, проявляющаяся сердечной недостаточностью.

Скрытая форма проявляется вследствие фибрилляции желудочков.

Внезапная смерть может быть первым и единственным проявлением АДПЖ, особенно у молодых людей и спортсменов. По данным американских авторов, АДПЖ посмертно диагностируется примерно в 5% случаев внезапной смерти среди лиц моложе 65 лет и в 3-4% случаев смерти молодых спортсменов во время соревнований или тренировок. В регионе Венето в Италии, являющемся эндемичным для этой патологии, АДПЖ в 20% случаев служит причиной внезапной смерти у лиц моложе 35 лет и молодых спортсменов.

Аритмическая форма. Характеризуется наличием документированных симптоматических желудочковых тахикардий (желудочковой экстрасистол и желудочковой тахикардии) с конфигурацией комплекса QRS по типу блокады левой ножки пучка Гиса, что указывает на происхождение аритмии из миокарда ПЖ.

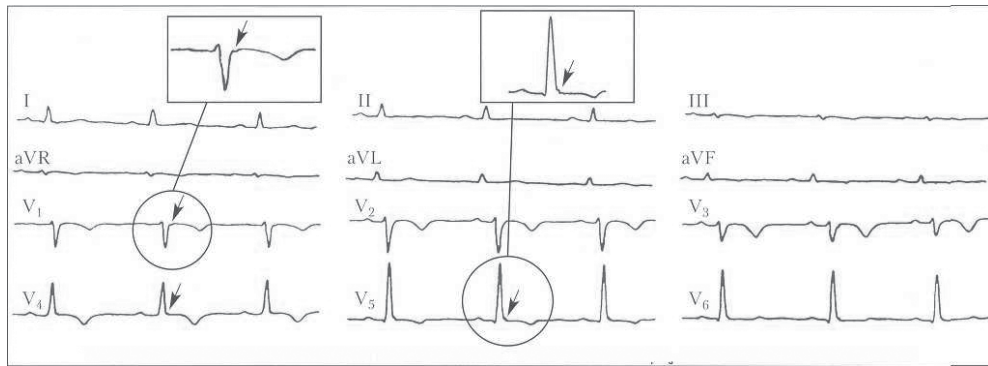


Рис. 4. ЭКГ пациента с АДПЖ (инверсия зубцов Т в прекардиальных отведениях V₁-V₅. Стрелками указаны эпсилон-волны)

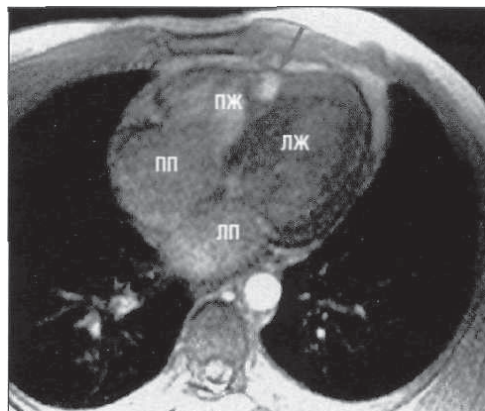
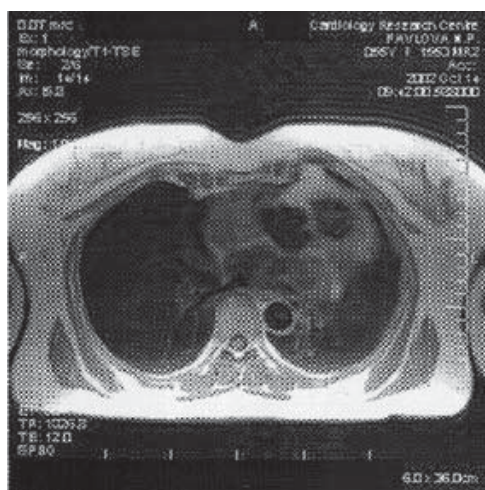
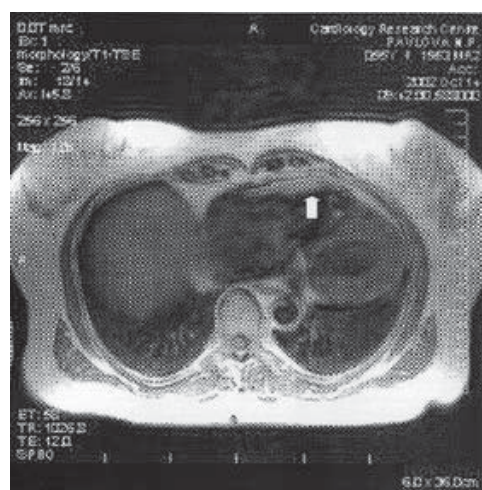


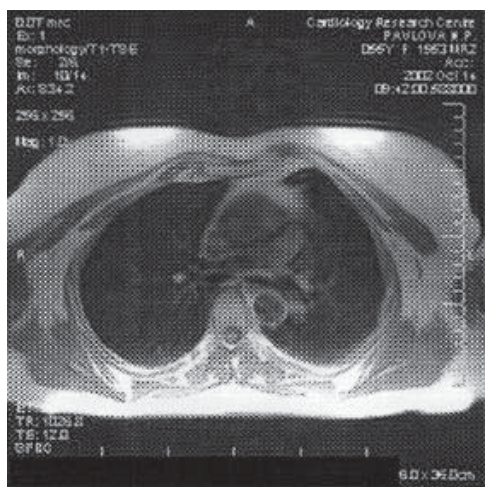
Рис. 5. МРТ. Длинная ось. Видно расширение ПЖ с истончением его передней стенки, аневризматическое выпячивание передней стенки ПЖ в области верхушки (указано стрелкой)



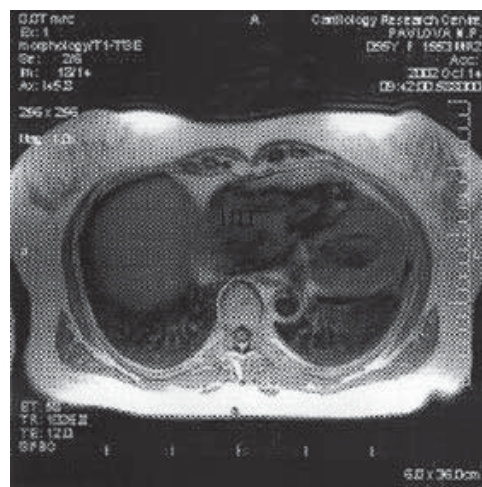
а



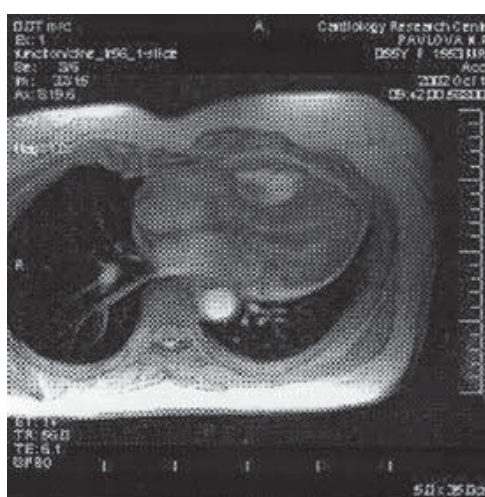
б



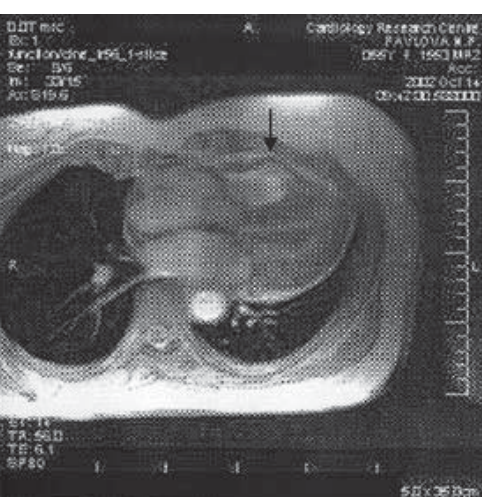
в



г



д



е

Рис. 6. КТ сердца при АДПЖ: а) деформация грудной клетки и деформация ЛП; б) жировая инфильтрация миокарда; в) локальная дискинезия и истончение миокарда ПЖ; г) нормальный диаметр лёгочной артерии и аорты; д) увеличение правого предсердия и правого желудочка (И. Фомина и соавт., 2003)



Рис. 7. ЭКГ пациента с аритмогенной дисплазией правого желудочка (И. Фомина и соавт., 2003)



Рис. 8. Синдром Бругада (подъём сегмента ST типа «свод»)

Интервалы QT и JT. Интервал QT – период деполаризации и реполаризации желудочков. Данный интервал определяется как дистанция между началом зубца Q (точка отклонения кардиограммы от изолинии после окончания зубца P) и окончанием зубца T (в миллисекундах). Интервал JT – показатель, характеризующий процесс реполаризации. Точкой отсчёта этого интервала является точка J (место перехода конечной части комплекса QRS в сегмент S-T).

Правожелудочковая недостаточность. Появляется в возрасте 40-50 лет в отсутствие лёгочной гипертензии. Патогенез её – дилатация, истончение стенки и прогрессивное снижение сократимости миокарда ПЖ вследствие его атрофии. Вовлечение в процесс папиллярных мышц сопровождается развитием трикуспидальной регургитации. Признаки правожелудочковой недостаточности манифестируют через 4-8 лет после появления полной блокады правой ножки пучка Гиса.

Боли в области сердца. Не всегда возникают при нагрузке, но порой могут быть купированы применением нитратов. У таких пациентов гистологические исследования выявляют пролиферацию меди и почти полной обструкцией дистального коронарного русла, погружённого в жировую ткань. Данные изменения служат объяснением развития синдрома стенокардии при АДПЖ.

ЭКГ:

1. Инверсия зубцов Т с V₁ по V₃ при отсутствии (до возможного развития) полной блокады правой ножки пучка Гиса.
2. Полная (в 15% случаев) или неполная (в 18% случаев) блокада правой ножки пучка Гиса.
3. Снижение вольтажа QRS-комплекса, отражающее утрату электровозбудимого ПЖ.
4. Уширение комплекса QRS > 110 мс в отведениях с V₁ по V₃ является большим критерием и приобретает большую значимость, если дисперсия продолжительности комплексов QRS превышает 50 мс при наличии блокады правой ножки пучка Гиса.
5. Эпсилон-волна – низкоамплитудные электрические потенциалы, которые регистрируются в виде зазубрины в конце QRS-комплекса и в начале сегмента ST. Они высокоспецифичны для АДПЖ и являются отражением задержанной деполаризации миокарда ПЖ (рис. 4 и 7).

Сигнал-усреднённая ЭКГ. Поздние потенциалы желудочков (ППЖ) на сигнал-усреднённой ЭКГ являются нередким феноменом, но из-за низкой специфичности относятся к малым критериям диагностики АДПЖ. ППЖ, как и эпсилон-волна на стандартной ЭКГ, отражают задержанную деполаризацию миокарда и более выражены в правых прекардиальных отведениях, чем в левых. ППЖ могут быть обнаружены у пациентов с другими формами первичных заболеваний миокарда, у постинфарктных больных, и даже у здоровых лиц. От 50 до 80% больных с АДПЖ и документированной пароксизмальной ЖТ имеют изменения сигнал-усреднённой ЭКГ. Изменения сигнал-усреднённой ЭКГ наиболее часто обнаруживаются у пациентов с более выраженными фиброзными изменениями миокарда и снижением глобальной сократимости ПЖ.

ЭхоКГ при АДПЖ. Характеризуется гипокинезом ПЖ, значительной дилатацией ПЖ, локальными аневризмами в области дискинеза с диастолическим выбуханием, которые чаще определяются в нижнебазальном сегменте ПЖ соотношением > 0,5 конечно-диастолических размеров ПЖ и ЛЖ. Более «тонкие» признаки – изменения полости ПЖ, такие как усиление интенсивности отражения модераторного

пучка и рельефная трабекулярность в области верхушки ПЖ.

Рентгеноконтрастная вентрикулография

- ✓ Инфундибулярные аневризмы
- ✓ Утолщение трабекул более 4 мм
- ✓ Выступающий модераторный тяж
- ✓ Аневризмы верхушки
- ✓ Множественные мешковидные выбухания в области нижней стенки, в субтрикуспидальной области ПЖ.

✓ В более тяжёлых случаях выявляется пролапс и недостаточность трикуспидального клапана. Сочетание выбухания передней стенки ПЖ, субтрикуспидальной области и гипертрофии трабекул.

МРТ. Позволяет отчётливо различать жировую ткань и миокард. МРТ в кино-режиме обеспечивает хорошую контрастность между током крови и миокардом стенки ПЖ, что позволяет получить достоверную информацию о размерах полости ПЖ, подвижности его стенок, наличии локальных аневризм и сегментарной дилатации, а также оценить состояние сократительной функции миокарда ПЖ.

Видна деформация грудной клетки (смещение грудной клетки). Сердце ротировано (длинная ось во фронтальной плоскости). Правые отделы сердца увеличены (поперечный диаметр правого предсердия – до 50 мм, КДР ПЖ – до 36 мм), трикуспидальная регургитация I-II ст. Определяется участок локальной дискинезии и истончения (до 1 мм при толщине других сегментов 3-4 мм) миокарда передней стенки ПЖ (около 2 см в диаметре), зоны жировой инфильтрации миокарда правого желудочка.

ЛП в пределах нормы, незначительно деформировано в виде «песочных часов» вследствие контакта его задней стенки с позвоночным столбом. ЛЖ не расширен, сократительная функция его не нарушена. Толщина миокарда ЛЖ 11-12 мм. ЛА и её ветви не расширены. По результатам фазово-контрастной МРТ соотношение системного и лёгочного кровотока 1 : 1. Жидкость в перикарде отсутствует (рис. 5).

Дифференциальная диагностика АДПЖ от синдрома Бругада.

Синдром Бругада относится к заболеваниям сердца, приводящим к БСС при наличии характерных изменений на ЭКГ и минимальных структурных нарушений в сердце (или даже их отсутствии).

Диагностическое значение:

1. семейный анамнез БСС;
2. обмороки неясного происхождения;
3. документированные эпизоды желудочковой тахикардии или фибрилляции;
4. генетические мутации ионных каналов;
5. ЭКГ изменения могут на время исчезать;
6. β-адреномиметики уменьшают степень подъёма сегмента ST (рис. 8).

ЭКГ при синдроме Бругада:

- Блокада правой ножки пучка Гиса.
- Специфический подъём сегмента ST в отведениях V₁-V₃.

- Периодическое удлинение интервала PR.
- Типичная ЭКГ-картина чаще регистрируется у больных в период перед развитием фибрилляции желудочков, что свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за больными с подозрением на синдром Бругада (СБ).

(Окончание следует.)

Рафик САЙФУТДИНОВ,
заведующий кафедрой терапии,
доктор медицинских наук, профессор.

Казанская государственная
медицинская академия.

Знаменитому философу А. Лосеву принадлежит одна из многих мудрых мыслей (Диалектика мифа. М., 1926): «Русские люди будут читать немцев, не понимая и не зная, что это у нас было гораздо раньше, и при том гораздо значительно и богаче, слишком разные условия спокон веков мешают быть самим собой и разрабатывать свои собственные идеи, своим жизненным опытом воплощённые идеи. Что же – обойдитесь без истины, а истина уж наверняка обойдётся без вас».

История болезни. Русская клиническая школа во главе с М. Кончаловским подвела итог многовековому опыту врачей в постановке диагноза больного человека (diagnosis aegri). Это особенно актуально в век безудержного роста узкой специализации («Мы лечим только профильную болезнь», «вы не наш больной»).

Классическая российская схема истории болезни построена так: анкетные данные; жалобы (основные и второстепенные), анамнез заболевания, перенесённые ранее заболевания, аллергологический анамнез, семейный анамнез, включая данные о наследственности, анамнез жизни (anamnesis vitae), данные объективного исследования: общий осмотр (status praesens), органы дыхания, сердечно-сосудистая система, ЖКТ, печень и желчевыводящие пути, селезёнка, почки и мочевыводящая система. По каждой системе: осмотр, пальпация и перкуссия, аускультация (последняя в основном касается лёгких, сердца, сосудов). Подробно исследуются по показаниям нервная, эндокринная системы, система крови. Впрочем, у каждого пациента в разделе «общий осмотр» обязательно исследуются такие показатели, как рост, масса тела, у женщин – менструальный цикл, у каждого – пальпация щитовидной железы, основные неврологические синдромы (скрининг первого уровня). Далее формулируется предварительный диагноз, определяется перечень необходимых и достаточных методов параклинического исследования.

Практикующий врач скажет: «Без вас всё это знаем!» Но голы: знать, уметь, делать – не синонимы.

Наиболее частые врачебные ошибки:

- ✓ Общие данные о пациенте: пол, возраст, профессия, место и условия проживания и т.д. много дают думающему врачу. Существуют болезни, свойственные детям, подросткам, лицам зрелого возраста, пожилым людям, женщинам разных возрастных групп. Одни болезни чаще поражают людей умственного, другие – физического труда. Профессия пациента часто направляет поиск диагноза в нужном направлении (шахтёр, металлург, полевод (ядохимикаты), программист и др.).

- ✓ Жалобы пациента часто не детализируются: головная боль, боль в сердце, боль в ногах и т.п.

Пациентка М., 55 лет, врач, жалобы на пульсирующую головную боль. Лечилась без эффекта у неврологов. На консультации профессор внимательно осмотрел голову. В височной области обнаружил участок гиперемии, пальпаторно-утолщённая болезненная артерия.

Диагноз: височный артериит (один из вариантов начальной стадии неспецифического аортоартериита).

Лечение глюкокортикоидами дало эффект.

Ошибка врача: пренебрежение азами семиотики – науки о детализации жалоб: осмотра головы не проводилось – голова болит? – «надо больше отдыхать, периодически принимайте цитрамон, аспирин. Рефлексы у вас сохранены, парезов и параличей нет. И вообще – у кого сейчас голова не болит – при таких-то нагрузках на приём».

История настоящего заболевания (anamnesis morbi) – в бук-

Врач и пациент

Ключ к трудному диагнозу

Как извлечь уроки из прошлого



Правильно собранный анамнез – залог правильного диагноза

вальном переводе означает «воспоминание о болезни» – нередко вместо детализации симптомов дебюта болезни, динамики жалоб в ходе её развития превращается в историю блуждания пациента по больницам. Хорошо собранный анамнез подводит врача к жалобам в день госпитализации, делает понятным их динамику.

Пациентка К., 44 лет, бухгалтер, госпитализирована с ведущей жалобой – одышка при минимальной физической нагрузке. Из анамнеза – одышка появилась около 3 лет назад без видимой причины, прогрессивно усиливалась. Врачи в недоумении: порока сердца нет, печень не пальпируется, отёков нет. Профессор-консультант подробно собрал анамнез. В возрасте 27 лет появился участок на боковой поверхности грудной клетки округлой формы – кожа блестящая, «натянута», слегка гиперемизированная. К врачам не обращалась. При осмотре этот участок сохранился «в первозданном виде».

Сделаны рентгенограммы: перибронхиальный и интерстициальный склероз лёгких. Диагноз: системная склеродермия (лёгочная форма).

Хорошо собранный анамнез и тщательный осмотр стал ключом к диагнозу. Кожные проявления болезни пациентку не беспокоили: один участок кожи «сбоку» – его вообще не видно под одеждой».

- Перенесённые заболевания, повреждения, операции зачастую делают понятным то, чем страдает пациент сейчас.

С., 40 лет, шофёр. Часто берёт листки нетрудоспособности по поводу ОРВИ, 4 раза переносил сегментарную пневмонию. В возрасте 14 лет его «толкнул» троллейбус. Был госпитализирован, диагностирован разрыв селезёнки, спленэктомия.

Понятно, почему он часто болеет – в основе его недугов лежит иммунодефицит. Направлен к иммунологу. Диагноз подтверждён. Назначены иммуномодуляторы с эффектом – перестал часто болеть ОРВИ, пневмониями.

- Аллергологический анамнез

едва нуждается в комментариях – в наши дни при изобилии лекарств и различного рода «добавок» он крайне необходим: если пациент не переносит какое-то лекарство – этот препарат ему безусловно противопоказан. Осведомиться о непереносимости каких-либо лекарств, модных пищевых добавок, косметики, «паралектрав», средств народной медицины – долг каждого врача. Не следует также забывать, что все люди бывают «быстрыми» или «медленными» ацетиляторами: первой категории пациентов необходим частый приём препаратов в достаточных дозах, вторым грозит опасность кумуляции. Пациенты часто об этом знают (если об этом их спрашивают).

Менее осведомлены врачи о врождённых энзимопатиях – лактозной, мальтазной недостаточности и др. (М. Виноградова).

Ребёнок С., 6 месяцев, мальчик, на грудном вскармливании. Вздутие живота, диарея, гипотрофия. Перевели на искусственное вскармливание кефиром. Через месяц «ребёнка не узнать»: розовый, упитанный, весёлый малыш.

Пациент Я., 70 лет, жалуется на понос после употребления молока. На вопрос: «Зачем же вы пьёте молоко?» ответ: «Я всю жизнь молоко не переносил, думал, что с годами пройдёт». Увы, энзимопатии неизлечимы – с ними надо жить, помня об их существовании.

- Семейный анамнез и данные о наследственности. Известен афоризм старых врачей: одна сестра истеричка, другая неврастеничка, третья – шизофреничка. Наследуется не болезнь, а предрасположение к ней. Если оба родителя болеют шизофренией, вероятность аналогичной болезни у их ребёнка – 40%.

Пациент С., 48 лет, ведущий инженер в конструкторском бюро, поступил в клинику с направительным диагнозом: Lues congenita tarda latens (поздний врождённый сифилис), аневризма аорты. Серологические реакции на сифилис отрицательные.

Диагноз аневризмы восходя-

щей аорты подтверждён рентгенологом. На обходе профессор обратил внимание врачей на внешность пациента: высокий рост, арахнодактилия, плоскостопие, куполообразное небо, миопатия, кифосколиоз – признаки, характерные для болезни Марфана. В этот диагноз вписывались аневризма восходящей аорты, симптомы пролапса митрального клапана (поздний систолический шум, систолический щелчок), недостаточность аортальных клапанов.

Отца пришёл навещать сын 20 лет – копия отца: высокорослый, худой, плоскостопие. При обследовании у рентгенолога: широкая аорта. Диагноз тот же, что у отца.

Вот что даёт врачу правильно собранный семейный анамнез.

История жизни, вредные привычки. К последним относятся курение, алкоголизм, употребление наркотиков. Алкоголизм нередко бывает скрытым. Пациент употребляет алкоголь ежедневно: развиваются гепатоз, полинейропатия, кардиомиопатия. Врачу следует вспомнить о симптомах скрытого алкоголизма: тремор пальцев рук, гипергидроз, увеличение околоушных слюнных желёз (псевдопаротит), гиперемия лица с расширением кожных капилляров, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена, «необъяснимые» эпизоды артериальной гипертензии, тахикардии. Большинство из перечисленных симптомов видны при первом взгляде на больного. Употребление наркотиков пациент, как правило, скрывает от врача. Это выясняется при наблюдении за пациентом в клинике, является поводом для консультации нарколога.

- Общий осмотр (status praesens) начинается с оценки состояния больного: тяжёлое, средней тяжести, удовлетворительное. Это хорошо известно врачам, как и оценка сознания: кома, сопор и др. Всё имеет значение для постановки диагноза: положение больного, выражение лица, конституция, кожа, лимфатические узлы, кости, суставы и др.

Пациентка К., 18 лет, доставлена в клинику в коматозном состоянии. Со слов сопровождающих, каталась на горке на санках, внезапно упала, потеряла сознание.

Физикальное исследование не выявило какой-либо патологии. Из беседы с матерью пациентки выяснено, что годом раньше на профилактическом осмотре в колледже «врачам что-то не понравилось, дочери сделали рентгенограммы, на которых ничего не нашли». Врач попросил принести рентгенограм-

мы. Опытный рентгенолог обнаружил в прикорневой зоне небольшие округлые тени, которые трактовал как метастазы опухоли. УЗИ выявило опухоль правого надпочечника. Невропатолог диагностировал объёмный процесс в головном мозгу (метастаз). На аутопсии диагноз подтвердился.

Врач поликлиники жалуется профессору: «Опять пришёл этот пациент. Ходит и ходит в поликлинику, выманивает больничный, говорит, что из-за слабости не может работать» (профессия – шпалоподбойщик). Прошу – «Пригласите пациента».

Мужчина, 38 лет. Астеник. АД 90/50 мм рт.ст. Гиперпигментация очаговая не только открытых частей тела (пришёл в майке – была жара), но и закрытых (спина, живот). Диагноз профессора: болезнь Аддисона. Направлен к эндокринологу. Диагноз подтверждён данными лабораторных исследований: низкий уровень глюкокортикоидов крови. Назначено лечение гидрокортизоном в инъекциях с переходом на поддерживающие дозы триамсинолона. Эффект от лечения убедительный, в том числе гиперпигментация постепенно стала исчезать.

Исследования по системам органов (дыхание, кровообращение, пищеварение...). Истина представляется банальной при правильном выполнении полного обследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. К сожалению, при дефиците времени (я бы добавил – отсутствия желания) некоторые врачи избегают многих элементов полного физикального обследования.

Пациентка К., 46 лет, педагог, поступила в клинику с диагнозом «анемия неясной этиологии». Давно известно (А. Виноградов и др.), что анемия (умеренно выраженная, норма – или гипохромная) нередко бывает форпост-симптомом рака правой гемиколон. Профессором при обходе впервые (!?) была проведена глубокая методическая скользящая пальпация кишечника. При пальпации поперечной ободочной кишки обнаружено образование округлой формы (опухоль). Диагноз подтверждён колоноскопией, биопсией (аденокарцинома). Лечение хирургическое. Катанез (12 лет) – пациентка чувствует себя удовлетворительно. Жалоб нет. Работает в школе с полной нагрузкой.

Рамки газетной публикации не позволяют расширить перечень врачебных ошибок, происшедших вследствие пренебрежения одним из обязательных разделов схемы истории болезни, разработанной классиками интернологии М. Кончаловским, Е. Тареевым, А. Мясниковым, А. Виноградовым и др. Сколько бы ни появлялось «дополнительных» методов исследования, они никогда не заменят кропотливой работы врача по собиранию жалоб, анамнеза, физикального исследования. Дополнительные методы всегда останутся таковыми по определению. Их перечень должен быть минимальным, адресованным конкретному пациенту.

Борис МОВШОВИЧ,
профессор.

Самара.

Деловые встречи

Офтальмологов волнует миопия

Об этом они говорили «вживую»

В Москве прошла 9-я Международная конференция по контактной коррекции зрения. Подобные мероприятия проводятся с 2007 г. и с тех пор являются важным событием для офтальмологов и оптометристов. Они привлекают внимание специалистов не только из России, но и из других стран СНГ.

В нынешнем мероприятии приняло участие беспрецедентное количество участников – около полутора тысяч. Из них в зале присутствовало более 800 специалистов из разных регионов России и ещё около 700 медиков подключились к онлайн-трансляции.

Научная программа включала такие актуальные темы, как современные подходы к коррекции миопии, диагностика и лечение синдрома сухого глаза, комфорт при ношении контактных линз, осложнения при контактной коррекции.

Одним из вопросов, освещённых в рамках конференции, был превентивный подход к оптической коррекции миопии. Согласно докладу директора Сибирского центра профилактики и лечения близорукости «Глазка», руководителя Профессионального клуба детских офтальмологов Новосибирска, кандидата медицинских наук Ирины Смирновой, ранняя оптическая коррекция клинически значимых рефракционных и вергентных нарушений, а также своевременная и полная коррекция миопии способствует

профилактике прогрессирования заболевания.

Заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Владимир Бржеский, рассказывая о современных возможностях профилактики и лечения прогрессирующей миопии, отметил, что в основе развития и прогрессирования этой патологии у школьников лежит возникновение привычно-избыточного напряжения аккомодации, связанное, прежде всего, с интенсивным зрительным трудом на близком расстоянии. Он подчеркнул, что в основе лечебно-профилактических мероприятий должно лежать комплексное лечение, базирующееся на медикаментозном снижении тонуса всех порций ресничной мышцы.

– Наблюдаемая в последнее время эпидемия миопии даёт возможность предположить, что в течение ближайших 20-30 лет это заболевание станет ведущей причиной необратимой потери зрения во всём мире, – с тревогой заявила член Американской академии оптометрии, магистр делового администрирования, доктор медицины, доктор философии Сю Ченг (Китай). – Поэтому сейчас изучается эффективность некоторых подходов, направленных на замедление прогрессирования миопии, в том числе применение фармакологических препаратов и различных оптических методик коррекции зрения.

Одной из самых прогрессивных и успешных методик во

всём мире признано применение контактных линз. Об этом говорили председатель Американской академии оптометрии, член Британской ассоциации контактной коррекции, член рабочей группы Центра по контролю заболеваемости при контактной коррекции зрения Робин Л. Чалмерс (США); член Британской ассоциации контактной коррекции зрения и Российской ассоциации специалистов по контактной коррекции зрения, доцент кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России Ирина Лещенко, член Ассоциации исследований функции зрения и офтальмологии и Общества по изучению слёзной плёнки и поверхностных тканей глаза, действительный член Американской академии оптометрии, Британской ассоциации специалистов по контактным линзам и Европейской академии оптометрии и оптики Хайко Пулт (Германия) и другие.

Методический подход к оценке состояния при синдроме красного глаза представил в своём докладе консультант-офтальмолог королевского госпиталя Калдердейл в Галифаксе (Западный Йоркшир, Великобритания) Тейфи Джеймс. По его заключению, при синдроме красного глаза необходимо учитывать особенности начала процесса, латеральность, сопутствующие симптомы и их тяжесть, боль и нарушения зрения, периодичность, предыдущие проявления и предшествующие реакции на лечение.

С использованием подробных иллюстраций доктор Джеймс наглядно продемонстрировал, какие состояния требуют срочного обращения за помощью.

Член Европейского офтальмологического совета, доктор медицинских наук, профессор Кристина Групчева (Болгария) посвятила своё сообщение новым фактам об УФ-поражении и защите глаз. Она подчеркнула: глаза уязвимы для воздействия ультрафиолетового излучения не меньше, чем кожа; длительное пребывание на солнце без средств защиты может повреждать поверхность глаза и его внутреннюю структуру. Докладчик сделала акцент на важность этой темы для детей и подростков, поскольку их глаза в большей степени подвержены воздействию УФ-излучения.

Во время обсуждения выступлений участники конференции активно задавали вопросы докладчикам, делились личным опытом работы. В перерывах они смогли пообщаться с выступавшими экспертами и своими коллегами в неформальной атмосфере и обменяться последней информацией по профессиональным вопросам.

Кроме того, в рамках ежегодной конференции состоялось заседание Российской ассоциации по контактной коррекции зрения, где были обсуждены основополагающие аспекты развития данного направления в России.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

Деньги

Что почём...

Аналитический центр портала Superjob составил рейтинг лучших вакансий апреля 2015 г. с точки зрения зарплатных предложений.

В апреле 2015 г. самые лучшие зарплатные предложения, по версии Superjob, сконцентрировались в сфере медицины, из фармбизнеса в рейтинг попала лишь одна вакансия. Самую высокую зарплату – до 300 тыс. руб. – сулят потенциальному заведующему отделением травматологии и ортопедии с опытом работы не менее 7 лет в одной из частных многопрофильных клиник столицы.

На Нижний Новгород приходится 2 высокооплачиваемые вакансии: главный врач коммерческого медицинского центра, в качестве которого приглашается специалист с опытом работы от 6 лет на зарплату в 100-150 тыс. руб. Главному врачу стоматологической клиники обещают заработок от 100 тыс. руб. в месяц при наличии опыта работы 1-3 года по этому профилю.

Частная клиника в Казани разместила вакансию психотерапевта. За консультирование, лечение психических расстройств методами фармакотерапии и психотерапии в амбулатории и стационаре соискателю предлагается зарплата в 70-120 тыс. руб.

Российская фармкомпания нуждается в менеджере по работе с ключевыми клиентами по Уральскому федеральному округу. Поиск ведётся в Челябинске. В спектр обязанностей специалиста будет входить составление прогнозов продаж по аптечным сетям, расчёт рентабельности и заключение маркетинговых договоров. Соискатель с опытом работы от одного года может рассчитывать на зарплату до 95 тыс. руб.

В марте 2015 г., по оценкам аналитиков, количество вакансий в сфере медицинской помощи выросло на 5% по сравнению с февралём 2015 г.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

Современные технологии

Лечить сердце не за тридевять земель

В Омском областном клиническом кардиологическом диспансере открылся центр детской аритмологии

В нынешнем году особое внимание в здравоохранении нашей страны уделяется профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, занимающих лидирующее место во всём мире по числу летальных исходов.

И первыми конкретными шагами в этом направлении в Омской области стали проведённый в начале года капитальный ремонт клинического кардиологического диспансера и приобретение для этого специализированного лечебно-профилактического учреждения новейшего кардиологического оборудования. Такого, например, как аппараты ультразвуковой диагностики экспертного класса, позволяющие проводить широчайший спектр обследований. Появилась здесь, наконец, и экспресс-лаборатория, и теперь, как рассказал главный врач кардиодиспансера



Клинический кардиологический диспансер Омской области представляет собой весьма солидное учреждение

Владимир Фирстов, резко сократились сроки определения у больных, особенно поступивших по неотложке, точного диагноза,

а значит, и медицинская помощь пациентам с острыми кардиологическими патологиями стала эффективнее.

На обновление клинического кардиологического диспансера из областного бюджета было выделено 45 млн руб. Ещё 8 млн направлено на реконструкцию его детского отделения. Здесь лечат детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями с младенческого возраста до наступления совершеннолетия. На базе этого отделения и был создан Центр детской аритмологии. Пока амбулаторный.

Сейчас в Омске и сельских районах Прииртышья на учёте у кардиологов числятся более 200 детей с серьёзными нарушениями сердечного ритма, а 31 ребёнку вживлены кардиостимуляторы, которые работают не сами по себе – эти электронные устройства нуждаются в техническом обслуживании и коррекции. И раньше такое обслуживание проводилось только в федеральных кардиологических центрах – в Москве, Новосибирске и

Томске. Это было очень неудобно для детей и накладно для их родителей, да и кардиологи, наблюдающие таких пациентов, беспокоились – мало ли что может случиться в дороге.

Так что создание центра детской аритмологии в Омске было очень актуально. И специалисты, которые в нём теперь работают, подготовили загодя. Приобретено и нужное оборудование. А в недалёком будущем, уверены в Министерстве здравоохранения Омской области, это особое подразделение в структуре клинического кардиологического диспансера расширит свои возможности. Здесь, а не за тридевять земель, станут проводить детям и установку кардиостимуляторов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соп. корр. «МГ».

Омск.

Начинают работу 5 новых церковных реабилитационных центров Русской православной церкви для наркозависимых, которые открываются в Костромской, Ростовской и Иркутской областях, а также в республиках Бурятия и Калмыкия. Об этом сообщили на заседании рабочей группы Государственного антинаркотического комитета (ГАК) и РПЦ.

В строгом соответствии с законом

В России уже работают более 60 реабилитационных центров РПЦ для наркозависимых, а также десятки церковных кабинетов первичного приёма, «домов на полпути» и других вспомогательных структур системы реабилитации, отметили сопредседатели рабочей группы – глава синодального отдела по благотворительности и социальному служению епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон и заместитель директора ФСКН России, руководитель аппарата ГАК Николай Цветков.

Среди пяти открываемых церковных реабилитационных структур – православный центр на базе Ильинского храма в селе Краснояроро Иволгинского района Бурятии, реабилитационный центр при храме Святого Михаила Архангела в Городовиковске (Республика Калмыкия). Ещё три епархиальных реабилитационных центра будут помогать наркозависимым в Костромской области (село Сумароково), на базе Одигитриевского прихода города Шахты (посёлок Таловый, Ростовская область) и в посёлке Чистые ключи Шелеховского района Иркутской области.

В настоящее время координационный центр по противодействию наркомании синодального отдела по благотворительности и социальному служению работает над созданием единой сети церковных реабилитационных структур для помощи наркозависимым. В эту сеть помимо реабилитационных центров войдут вспомогательные структурные подразделения: консультационные кабинеты первичного приёма, мотивационные центры, социальные гостиницы, «дома на полпути». Об этом рассказал участникам заседания рабочей группы руководитель центра епископ Каменский и Алапавский Мефодий.

В 2014 г. координационным центром была собрана полная информация о церковных реабилитационных центрах. Теперь же предстоит провести мониторинг всех вспомогательных структур, вовлечённых в процесс помощи наркозависимым – от первичного контакта до постреабилитационного сопровождения, рассказал координатор-аналитик Благотворительного фонда святого праведного Иоанна Кронштадтского Алексей Лазарев.

Собранные данные вносятся в интерактивную базу. В ней будет информация о наличии свободных мест в учреждениях, о состоянии реабилитационного процесса наркозависимых и другие актуальные сведения. Информация о каждом наркозависимом будет собираться и передаваться в строгом соответствии с Законом о защите

Медицина и религия

Наркоманов реабилитирует церковь

РПЦ создаёт единую эффективную сеть для помощи наркозависимым



На заседании рабочей группы ГАК и РПЦ в синодальном отделе по благотворительности и социальному служению

персональных данных, подчеркнул епископ Мефодий.

Ещё одной важной задачей является первичная профилактика наркозависимости, отметили участники совместной рабочей группы. В федеральную программу профилактики должны быть вовлечены все заинтересованные министерства и ведомства, а возглавить разработку программы может ФСКН, заявила помощник министра здравоохранения РФ Татьяна Клименко.

С 2014 г. заработан новый механизм поддержки реабилитационных центров – выдача именных сертификатов на реабилитацию. Они уже выдаются в Москве, Псковской области, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре и Пермском крае. В последнем регионе, например, выдано 125 сертификатов по 20 650 руб. каждый, рассказала заместитель руководителя аппарата ГАК Наталья Молчанова. Реабилитационный курс по сертификату рассчитан на полгода: 3 месяца зависимый лечится в выбранном им реабилитационном центре, а остальное время – амбулаторно.

В числе других вопросов, которые обсуждались на заседании рабочей группы, – деятельность псевдорелигиозных деструктивных организаций, занимающихся «реабилитацией» наркозависимых. В качестве примера упоминалась организация «Преображение России», где реабилитантов привлекали к тяжёлому физическому труду. Наркозависимые жили в нечеловеческих условиях в бараках, рассказал советник директора ФСКН России в аппарате ГАК Михаил Габрильянц. В 2011 г. по решению Верховного суда РФ «Преображение России» было ликвидировано, однако подобные ей организации существуют до сих пор. В связи с этим необходимо, чтобы на федеральном уровне были прописаны стандарты социальной реабилитации наркозависимых. Тем более что РПЦ имеет огромный опыт реабилитации алкоголиков и наркоманов.

Есть такой опыт...

Вот уже 14 лет успешно занимается этим приходское сестричество преподобномучениц Великой княгини Елисаветы и инокини Варвары в Новокузнецке Кемеровской области. Добровольцы работают здесь педагогами, психологами, врачами, фармацевтами, медицинскими сёстрами, инструкторами по физической культуре. Из них 65% – это родственники бывших зависимых от алкоголя и наркотиков.

Сестричество действует в Новокузнецке с 1995 г. при храме преподобного Серафима Вырицкого. Вначале здесь возникла община сестёр и братьев милосердия. В неё вступали энтузиасты, объединённые желанием не только участвовать в общественной жизни, но и помогать ближним.

В 1990-е годы в Новокузнецке резко увеличилось число наркозависимых. Родственники часто обращались за помощью в храм, и постепенно у сестричества определилась специализация: помощь алкоголикам и наркоманам.

Как отмечает протоиерей Алексей Шульгин, важно, чтобы выбор основного направления деятельности сестричества милосердия был продиктован самой жизнью, потребностями людей вокруг, а не книгами или наклонностями его организаторов. Он ссылается на то, как поступала в московской Марфо-Мариинской обители преподобномученица Елисавета Феодоровна, писавшая: «Все виды помощи при обители возникли сами собой из просьб о помощи, с которыми ежедневно обращались в обитель».

Определившись со специализацией, сестричество стало создавать полноценную систему помощи зависимым и их родственникам. В 2000 г. был открыт душепопечительский центр «Омофор», а в 2012 г. – учебно-методический центр помощи созависимым.

С 2000 г. в «Омофоре» обратились более 2 тыс. семей. «Помощь наркозависимым мы

понимаем не только как реабилитацию, но прежде всего как душепопечение, – поясняет отец Алексей. – Мы понимаем, что воспитывают в конечном счёте не методики, не игротехники, ни какие-либо пособия, а воспитывает сама церковная среда».

В центре понимают реабилитацию как «восстановление человеческого образа в социуме», а душепопечение как «возведение человеческого образа к Божьему». Применяемая система состоит из пяти этапов.

Амбулаторный этап включает в себя первичную консультацию зависимого или родственников. В ней участвует священник. Выявляются причины заболевания, даются рекомендации по выходу из сложной ситуации, намечается план духовной реабилитации зависимых и созависимых членов семьи.

Затем тех зависимых, кому это необходимо, помещают в больницу для курса лечения и детоксикации.

На третьем этапе зависимые переезжают в загородную здравницу Кедровка, где живут в небольшой группе по 5-7 человек, проводя время в труде, молитве и общении.

Помимо загородного дома у общины есть дача на Воскресенской горе, на окраине Новокузнецка, где пациенты могут проходить реабилитацию днём, а вечерами возвращаться к себе домой.

Четвёртый этап – совместные паломничества и походы, занятия спортом и оздоровление. Адаптация наркозависимого к нормальной жизни проходит в церковной общине, что позволяет ему быть в обычной приходской среде. «Он вовлекается в большую церковную семью, где милосердие и терпение сглаживает его недостатки», – говорят ведущие.

Наконец, на пятом этапе происходит возвращение бывших зависимых от алкоголя и наркотиков в обычную жизнь. В центре складываются семьи. Бывшие зависимые могут проходить дополнительное обучение, которое помогает им при поиске работы.

На всех пяти ступенях осуществляется духовное сопровождение созависимых родственников. Оно заключается в себе духовное окормление, беседы, консультации, общение в общине, включение в общественную жизнь, работу с остальными членами семьи.

Свою систему сестричества святых преподобномучениц Елисаветы и инокини Варвары называют Марфо-Мариинским путём, от имён евангельских учениц Христа Марфы, символизирующей благие дела, и Марии, символизирующей литургическую жизнь и молитву.

Необходимое послесловие

«Основа нашей работы с созависимыми – не просто психотерапия на приёме у специалиста, – говорят в сестричестве. – Её суть состоит в том, что мы вовлекаем зависимых и созависимых в жизнь общины».

В рамках интернет-семинара синодального отдела духовник сестричества святых преподобномучениц Елисаветы и инокини Варвары протоиерей Алексей Шульгин и пресс-секретарь сестричества Татьяна Негода рассказали, как организовать реабилитацию и пастырское окормление зависимых от алкоголя и наркотиков в обычном приходе.

По данным ФСКН, в Российской Федерации на сегодня около 8 млн наркозависимых. Из 1200 тыс. привлечённых к уголовной ответственности в 2014 г. их почти миллион. За последние 10 лет за наркопреступления к ответственности были привлечены около 3 млн человек. А освободились от зависимости за это же время около 100 тыс. Ежегодно от употребления наркотиков в России умирают от 20 до 30 тыс. человек.

«Люди, которые не сталкиваются с наркотиками, часто не понимают, насколько тяжёлый труд их бросить. Это понимают только специалисты. Здесь нужно время и специальные сообщества, где человек получал бы поддержку, понимание и любовь. Эти различные формы помощи наркозависимым успешно развиваются последние годы в Русской православной церкви», – говорит викарий Святейшего Патриарха епископ Пантелеимон.

Био-психо-социодуховной проблемой, требующей серьёзной пожизненной терапии, считает наркоманию помощник министра здравоохранения РФ Татьяна Клименко. По её словам, раньше в среде медиков разговоры о духовном компоненте в лечении наркозависимости вызвали серьёзное сопротивление. Но буквально 5 лет назад ситуация кардинально изменилась. «Фактор духовности занял своё, абсолютно равноправное и даже приоритетное место среди всех других факторов, – отметила Т.Клименко. – Медицинское сообщество в последние годы уделяет ему очень большое значение. Практически во всех медицинских организациях, а может быть даже и во всех, открыты храмы или действуют священники. На стадии реабилитации наркозависимых очень большие надежды связаны с Русской православной церковью, которая имеет очень большой опыт оказания разного рода психологической помощи и социальной поддержки своих прихожан».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Верховья реки Ориноко (Вене-суэла) – это одно из немногих оставшихся мест на Земле, где ещё можно встретить людей, ни разу не сталкивавшихся с цивилизацией. К ним относится индейское племя яномамо. Они утверждали, что никогда не принимали лекарств и не употребляли в пищу ничего, что нельзя было бы поймать или собрать в окрестных джунглях. Медики с удивлением отметили, что жители деревни практически здоровы. Они страдают от множества паразитов, но не болеют диабетом, аутоиммунными и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Бактерии – мутанты

Исследователи взяли у 34 жителей деревни образцы слюны, кожи и фекалий. Взятые анализы были обработаны в Медицинской школе Нью-Йоркского университета. Основной целью было изучить микрофлору аборигенов. Можно было ожидать, что она окажется намного богаче, чем у представителей Западного мира, ведь хорошие гигиенические условия и антибактериальные лекарства постепенно привели к тому, что у людей, живущих в цивилизации, некоторые бактерии исчезли вообще, а число других значительно сократилось. И действительно: такого бактериального многообразия, как у яномамо, не встречалось даже у представителей других архайческих народов, совсем недавно вошедших в контакт с цивилизацией.

Но главный сюрприз был не в этом. Живущие в них бактерии оказались почти так же хорошо вооружены против современных антибиотиков, как и микробы Западного мира. И это невероятный факт, ведь бактерии приобретают устойчивость к антибиотикам в процессе «гонки вооружений», которую фармацевты ведут в пробирках, а микробы – в организмах. Резистентные к антибиотикам

Тайное и явное

Остров везения

Удивительное биологическое открытие



Здесь живут яномамо

бактерии – мутанты, выжившие в битве против лекарств. Откуда же взялась устойчивость у микробов, никогда не сталкивавшихся с медициной?

Постантибиотическая эра

Доклад Всемирной организации здравоохранения, опубликованный в 2014 г., был посвящён новой глобальной угрозе человечеству: «Миру грозит постантибиотическая эра, когда люди будут снова умирать от самых обычных болезней и травм, потому что многие инфекции окажутся непобедимыми». Фактически мы проигрываем борьбу с микробами: за 70 лет использования антибиотиков погибли миллионы поколений бактерий – но только чтобы дать своим потомкам умение противостоять лекарствам. А вот создание новых поколений антибиотиков не

успевает за эволюцией патогенов.

В этом свете особенно важно глубоко разобраться в многообразии механизмов, которые позволяют бактериям вырабатывать устойчивость к антибиотикам. Как микробы учатся противостоять лекарствам?

Вообще говоря, микробы – такие же живые организмы,

как и люди, только состоящие всего из одной клетки. Антибиотики – яды, которые нарушают какие-то происходящие в клетке процессы, например, синтез клеточной стенки или производство главных участников внутриклеточной машинерии – ферментов и белков. Большинство из таких защитных систем не могут вдруг начать работать в клетке, например, новые белки, на которые не действует антибиотик, должны быть закодированы новыми последовательностями генов. Устойчивость к антибиотикам – коллективное достижение, её приобретают не отдельные бактерии, а целые популяции.

Такой естественный отбор происходит тем скорее, чем больше популяция бактерий и чем чаще её подвергают воздействию антибиотиков. Идеальная среда для этого процесса – больничная палата, и именно поэтому первыми обрели угрожающую устойчивость к прак-

тически всем классам антибиотиков так называемые больничные инфекции, например, тяжёлые пневмонии, вызываемые золотистыми стафилококками.

Микробная эволюция

Однако бактерии, найденные в биологических образцах индейцев яномамо, скорее всего, никогда не сталкивались с синтезированными людьми токсинами – как сами индейцы не сталкивались с таблетками и шприцами. Разумеется, и эти микробы эволюционировали, но факторы селекции определялись не антибиотиками. Откуда же взялась устойчивость?

Точного ответа пока ни у кого нет. Предлагаются несколько гипотез, самая удивительная из которых заключается в том, что бактерии могли учиться бороться с собственными генами, а в итоге приобрели умение противостоять современному классу антибиотиков.

Есть гены, которые, по-видимому, рассматривают бактерии как среду обитания, с которой их интересы могут совпадать, а могут и не совпадать. Эти гены не хотят, чтобы клетка могла от них легко избавиться, поэтому они иногда кодируют так называемые модули привыкания, представляющие собой комбинацию из токсина и анти-токсина, то есть яда и противоядия. При этом противоядие значительно менее стабильно, чем яд. На эти гены можно смотреть как на паразитов.

Следует помнить, что микробная эволюция идёт уже 3,5 млрд лет. В её ходе клетки научились использовать эгоистичные гены в своих целях (такие механизмы известны), но последние продолжают травить хозяина и одновременно капать противоядие.

А вдруг спасение в джунглях?

Конечно, это достаточно экологическая гипотеза, и она вряд ли может объяснить весь комплекс резистентности к антибиотикам, обнаруженной в венесуэльских бактериях. Возможны и другие, более простые объяснения. Например, устойчивость могла выработаться в микробах в ответ на природные антибиотики, которые находятся в окружающей среде (что, впрочем, не объясняет устойчивость к искусственно созданным токсинам, которая также была обнаружена).

Сами авторы исследования пока тоже теряются в догадках. Может быть, в природе есть яды, чрезвычайно похожие на современные антибиотики, но пока не обнаруженные учёными? А может, в составляющих человеческую микрофлору бактериях есть общий механизм выявления особенностей, присущих всем антибиотикам, и уже известным человечеству и тем, которые мы сможем разработать в будущем?

Сделанное в джунглях удивительное биологическое открытие поможет пролить свет на то, как опасные патогены учатся противостоять лекарствам, даже если они с этими лекарствами никогда не сталкивались. Учитывая, что через несколько десятков лет мы можем оказаться бессильны перед самой обыкновенной кишечной палочкой, будущее благополучие или даже выживание человечества очень сильно зависит от этой работы.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам «Вестника ВОЗ».

Открытия, находки

Четыре года назад сотрудники лондонского Кингс-колледжа писали в журнале «Труды АН США» (PNAS), что примерно одна из полутысячи клеток костного мозга – органа кроветворения – может превращаться в эпидермис кожи. Речь шла о том, что стволовые клетки костного мозга, дающие обычно лимфоциты и эритроциты, могут менять направление специализации (дифференцировки) и превращаться в эпидермис, дающий постоянно слущивающийся ороговевающий слой. Англичане выделили даже стрессовый протеин, выделяемый в ране и попадающий в кровь, именно он «привлекает» клетки костного мозга, на поверхности которых есть белковый рецептор ростового фактора тромбоцитов. Известно, что мутации гена этого фактора обнаруживаются в самых разных опухолях. Авторы полагали, что использование протеина раневого стресса поможет бороться с хронически открывающимися ранами и плохо заживающими дефектами у людей, страдающих диабетом разных типов.

Успех достигнут при анализе геной активности в одной отдельно взятой клетке, изменения которой стимулируются белком D II, включающим активность гена эмбрионального развития Notch, мутации которого также приводят к ракам и метастазированию. Пара белковых продуктов снимает тормоз Мерлина, в результате чего формируется клетка-лидер. К удивлению авторов, её «изъятие» не приводит к остановке клеточного движения, потому что из массы клеток-последователей быстро выделяется новый лидер

Лидеры заживления

К сожалению, всё оказалось не так просто, хотя в начале 2015 г. наметился определённый прогресс. Сначала сотрудники Института интеллектуальных систем в Штутгарте описали белок Мерлина, названный по имени мага из цикла о рыцарях Круглого стола, который, как оказалось, в норме тормозит миграцию эпителиальных клеток. Механический стресс, возникающий по краям ран и язв, снимает блок Мерлина, в результате чего активируются сигнальные ферменты, мутации генов которых приводят к ракам. Эти ферменты активируют MAPK (Mitogen-Activated Protein Kinases), или киназные энзимы, подталкивающие клетки к делению. Кстати, сигнальные ферменты стимулируются инсулином, что многое объясняет.

Для начала клеточного движения при заживлении ран необхо-

димо перемещение «сигналов» на передний край «мигранта». Транслокация белковых масс к оболочке осуществляется молекулярными моторами по внутриклеточным микротрубочкам. Метастазирующие клетки опухоли, таким образом, не изобретают ничего нового, используя наработанные клеточные механизмы. Это объясняет интерес учёных к клеткам-лидерам, которые при заживлении ран «тянут» за собой хвост из 10-20 клеток-последователей. Учёные Аризонского университета показали такую клетку, характеризующуюся повышенной активностью функциональных протеинов и размерами цитоплазмы. Интересно, что указанные изменения клеточной структуры запускаются белками, сходными с теми, что были первоначально выделены у вирусов гепатита С (HPC) и лихорадки денге (D II).

(это похоже на колонию голых землекопов, у которых удаление доминирующей матки приводит к тому, что одна из самок превращается в новую царицу).

Новое открытие позволит более целенаправленно вести поиски стимуляторов раневого заживления и в то же время ингибиторов метастазирования при лечении раковых опухолей. Сами аризонские исследователи сравнивают открытые ими клетки-лидеры с царицами муравьёв, без которых невозможно существование муравейника, а также вожаком клинвеев, формирующихся в ходе дальних птичьих перелётов.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Cell Biology,
Nature Communications.

Исследования

Коварный и беспощадный рак

Рак лёгких после начальных злокачественных генетических мутаций на клеточном уровне, вызванных наиболее часто курением, может более 20 лет оставаться в «спящем» и недиагностируемом состоянии, прежде чем дополнительные стимулы не вызовут агрессивный рост и распространение опухоли, выяснили учёные из Великобритании. При этом новые, запускающие активный процесс изменения на геномном уровне происходят в различных частях опухоли и по-разному, что приводит к её генетической неоднородности и объясняет трудности терапии этого заболевания.

Авторы данного исследования проанализировали генетические профили опухолей 7 пациентов с наиболее распространённого формой заболевания – немелкоклеточным раком лёгких. В группу были включены курильщики, бывшие курильщики и люди, никогда не курившие.

Были полностью расшифрованы геномы различных регионов опухолей, при этом обращалось внимание на то, какие мутации присутствуют во всех клетках, а какие – лишь в некоторых. Такой метод позволил реконструировать эволюцию опухоли, определив, какие изменения произошли в самом начале процесса, а какие – позже.

Особое внимание было обращено на тех пациентов, которые раньше курили, но бросили. Выяснилось, что многие ключевые мутации произошли более 20 лет назад, когда пациенты ещё курили.

Анализ также показал, что генетические изменения в опухолях происходят крайне неравномерно – в некоторых участках присутствуют такие мутации, которые полностью отсутствуют в других.

Такая генетическая неоднородность, полагают авторы работы, объясняет тот факт, что рак лёгких чрезвычайно тяжело поддаётся терапии. К примеру, выбранный тип химиотерапии на основе результатов биопсии, взятой из одной области опухоли, совершенно не подходит для другой, и злокачественный процесс продолжает распространяться.

Полученные результаты, полагают авторы исследования, говорят о необходимости как можно более ранней диагностики рака лёгких, чтобы начать лечение ещё до того, как опухоль разовьёт свою генетическую неоднородность.

Таким методом ранней диагностики может быть анализ крови на циркулирующую опухолевую ДНК, который уже разработан некоторыми биотехнологическими компаниями. Такой скрининг позволит выявлять людей из группы риска, что в особенности относится к настоящим и бывшим курильщикам.

По данным Всемирной организации здравоохранения, рак лёгких занимает первое место в мире как среди вновь диагностируемых злокачественных новообразований, так и среди причин смерти от онкологических заболеваний.

Марк ВИНТЕР.

МИА Cito!

По материалам журнала Science.

Каждый год 29 октября весь мир отмечает Всемирный день борьбы с инсультом (World Stroke Day, WSO). Между тем вспомнить про инсульт не лишне 24 часа в сутки. Ежегодно в мире происходит 17 млн инсультов, из которых примерно треть заканчивается смертью. Другими словами, каждую секунду кто-то на Земле переживает инсульт, а каждые 6 секунд – умирает. А лучшая система, считают эксперты, предупреждения и лечения инсультов построена в Финляндии.

По сведениям British Society of Rehabilitation Medicine, в США около 550 тыс. жителей ежегодно переносят инсульт (174 на 100 тыс. населения), примерно у трети из которых он приводит к летальному исходу. В Европе показатели ещё выше – инсульт случается у 1,8 млн человек ежегодно, то есть 220 на 100 тыс.

Борьба с инсультом требует систематического подхода, и здесь бесценным является опыт ближайшего соседа России – Финляндии. Там разработана противоинсультная программа, позволившая не только снизить смертность от инсульта, но и значительно ускорить реабилитацию пациентов.

Все возрасты, увы, покорны

Многие думают, что риск инсульта возрастает после 60 лет, но на самом деле 25% инсультов случается у более молодых людей. Эффективная антиинсультная социальная кампания направлена не только на понимание симптомов инсульта, но и на его профилактику. Здесь главная рекомендация врачей довольно стандартна: вести здоровый образ жизни, причём начать делать это стоит как можно раньше.

Финский опыт показывает, как важно наладить все этапы процесса – от просветительских кампаний, направленных на повышение грамотности населения, до лечения и реабилитации. Граждан обучают замечать первые тревожные симптомы и признаки инсульта и немедленно вызывать скорую медицинскую помощь.

Врачи скорой помощи принимают пациента и сразу же оповещают больницу, например, университетский госпиталь в Хельсинки, так что персонал уже подготовлен к приёму конкретного пациента и время от «двери» до «иглы» – собственно проведения терапии – сокращено до минимума. Здесь важна каждая мелочь, например, первое диагностическое мероприятие при подозрении на инсульт – компьютерную томографию – делают в университетском госпитале Хельсинки на первом этаже больницы сразу по прибытии пациента.

Тем временем уже готово всё необходимое для анализов крови, ЭКГ, радиogramмы грудной клетки и других необходимых исследований. После того как с помощью компьютерной томографии установлен диагноз «ишемический инсульт», в отделении нейрореанимации немедленно проводится тромболитическая терапия (tPA – раннее применение тканевого активатора плазминогена). Начинать такую терапию нужно как можно раньше, не позже чем через 3 часа после возникновения острых симптомов.

Ведущие эксперты считают, что финская методика хорошо работает именно благодаря просветительской кампании, на которую государство потратило миллионы евро. На специальных образовательных семинарах граждан Финляндии учат обращать внимание на предупреждающие сигналы: лёгкое подёргивание уголка рта или внезапное ухудшение зрения в одном или обоих глазах.

Признаком инсульта может быть также внезапное онемение лица, руки или ноги на одной стороне тела, потеря способности говорить на какое-то время или сложности в понимании собеседника, внезапное головокружение, потеря равновесия или падение, трудности при ходьбе, тошнота, внезапная острая головная боль. В числе признаков инсульта отмечается сонливость или возбуждённость, чувство олушённости, иногда кратковременная потеря сознания. Знание этих факторов позволит спасти жизнь оказавшемуся рядом прохожему или пассажиру автобуса и вовремя

А как у них?

От «двери» до «иглы»

Как наши соседи решают проблемы инсульта



заметить приближение инсульта у себя. Иногда инсульт может наступить через несколько часов после предупреждающих сигналов, а иногда и через несколько дней (месяцев). Но лучше позвонить в скорую через 5 минут после появления тревожных симптомов.

Финские – как и все врачи – рекомендуют следить за артериальным давлением (оно не должно быть выше 140/90 мм рт.ст.), сократить потребление соли (не более 5 г в день), заменить в рационе копчёные и готовые продукты на овощи. Также рекомендуется придерживаться здоровой диеты, ежедневно заниматься физическими упражнениями, побольше расслабляться, следить за собственным весом (индекс массы тела выше 25 – повод серьёзно задуматься), сократить потребление алкоголя и бросить курить.

Диагностика

По мнению WSO, одним из основных факторов, приводящих к росту числа инсультов в мире, является проблема его ранней диагностики. Определить генетическую предрасположенность к инсульту учёным пока не удалось, хотя исследования в этом направлении ведутся, например, группой Стивена Уильямса в кардиоваскулярном центре Университета Вирджинии. Исследователи связали риск инсульта, кардиоваскулярных заболеваний и деменции с повышенным уровнем гомоцистеина в крови и выявили 5 потенциальных генетических маркеров инсульта.

Если эти данные подтвердятся, пациенты с генетической предрасположенностью к инсульту смогут снизить риск кровоизлияния, следуя специальной диете, снижающей уровень гомоцистеина в крови. Впрочем, пока что клинические попытки снизить уровень гомоцистеина терапевтическим путём не помогли предотвратить заболевание. Ян Питха призывает не переоценивать значение генетического анализа, по его мнению, подобные исследования слишком приблизительны и не учитывают, каким образом гены взаимодействуют между собой.

На сегодняшний день клиническая диагностика инсульта производится с помощью компьютерной томографии, которая определяет, произошло ли кровоизлияние в мозг. Стефен Меарис из Университета Мангейма считает, что перспективным способом диагностики является магнитно-резонансная томография – более чувствительный по сравнению с КТ метод, требующий, однако, больше времени для проведения. МРТ позволяет получить более контрастное изображение с более чёткой различимостью белого и серого вещества, лучшим качеством изображения базаль-

но адаптивной перестройке на клеточном уровне.

Один из недостатков тромболитической терапии – побочные эффекты, в числе которых отёк и воспаление тканей мозга. Избежать этого может помочь новый метод, который проходит сейчас клинические испытания, – гипотермия, то есть постепенное (до 33-34°C в течение 2 часов) охлаждение всего тела пациента. Учёные Эрлангенского университета (Германия) установили, что умеренная гипотермия эффективно снижает побочные эффекты при тромболитической терапии, предварительные клинические испытания

ный фон пациентов, переживших инсульт, и приводит к позитивной стабилизации их неврологического состояния.

Экономическая выгода

По данным американского National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), несмотря на высокую цену препарата tPA и затраты в ходе терапии, его применение значительно сокращает продолжительность пребывания пациента с инсультом в стационаре (в среднем до 11 дней) и затраты на последующую реабилитацию. NINDS приводит

ных, стволовых, корковых структур по сравнению с КТ. Впрочем, МРТ и КТ могут применяться как в асимметричные методы диагностики.

Лечение

После того как пациент попал в больницу, стандартное лечение при инсульте сводится к тому, чтобы стабилизировать состояние: это реанимационные мероприятия (снижение артериального давления, восстановление оксигенации и гемодинамики). Если пациента удалось спасти, в дальнейшем ему предстоит длительная многомесячная реабилитация и, скорее всего, инвалидность.

В середине 90-х в США появилась инновационная методика тромболитической терапии – пожалуй, единственный эффективный метод лечения пациентов, перенёвших острый ишемический инсульт. В ходе тромболитической восстанавливается кровообращение в повреждённой зоне мозга. Этот метод и лежит в основе выстроенной в Финляндии системы. Закупорка сосуда тромбом приводит к нарушению кровообращения и патологическим изменениям, но это не значит, что все клетки в очаге инсульта погибают.

Терапия как раз направлена на восстановление их функции, и её результаты становятся заметны очень быстро – буквально через несколько часов пациенты начинают лучше себя чувствовать, у них налаживаются двигательные функции. Для успеха тромболитической терапии внутривенное введение препарата должно быть начато как можно раньше. В Финляндии средний показатель начала тромболитической терапии – спустя 20 минут после того, как у пациента появились первые симптомы, в то время как по миру он – 60-80 минут.

На сегодняшний день tPA – практически безальтернативный эффективный метод лечения острого инсульта, однако в процессе становления находятся и другие инновационные методики.

Профессор Зоал Какаия из Университета Lund (Швеция) впервые продемонстрировал, что особые клетки мозга, астроциты, могут начать процесс, который приводит к появлению новых нервных клеток после инсульта. Другими словами, мозг способен

показали перспективность этого метода. Впрочем, пока что ранняя срочная гипотермия недостаточно исследована: её применение из-за ослабления иммунитета может привести к развитию вирусных инфекций, а также к сердечной аритмии. Вероятно, гипотермия должна быть дополнена фармакологическими средствами, например, иммуномодуляторами нового типа, которые помогут организму справиться с охлаждением и предупредят вирусные инфекции.

Реабилитация

Подходы к реабилитации после инсульта за последнее десятилетие тоже изменились. Если раньше врачи прямо предупреждали пациентов с послеинсультным нарушением речи, что эти дефекты необратимы, то теперь появилась надежда почти полностью восстановить функции мозга. Над этим работает, например, команда Даниэлы Вашкебовой в ABBIA Clinic, Брно (Чехия), в которую входят логопед, психиатр, психолог, физиотерапевт. Методика ЭЭГ-биофидбека, используемая в ABBIA Clinic, восстанавливает речь при афазии (одно из распространённых нарушений речи после инсульта), регулирует внимание. Обычно для достижения и закрепления прогресса необходимо как минимум 30 занятий длительно – по одному часу.

В финских госпиталях и реабилитационных центрах рекомендована музыкотерапия. Исследования Терра Сааркамо, проведённые на базе университетского госпиталя в Хельсинки, показали, что прослушивание музыки ускоряет восстановление когнитивных функций после инсульта, регулирует внимание, улучшает память, возвращает моторные функции, эмоциональный процессинг. Финские учёные объясняют это тем, что воздействие музыки выравнивает эмоциональ-

любопытную статистику: на тысячу пациентов, прошедших терапию tPA, затраты увеличились на 1,7 млн долл. Однако расходы на реабилитацию и уход на дому уменьшились на 6,2 млн долл.

Таким образом, экономический эффект от применения тромболитической терапии на тысячу пролеченных пациентов составляет 4,5 млн долл. Как подсчитал профессор Маркку Касте из университетского госпиталя в Хельсинки, тромболитическая терапия остро инсульта ежегодно обходится Финляндии в 11,3 млн евро. Если же посмотреть на расходы социальной поддержки инвалидов после инсульта, то они составляют 14,4 млн. Таким образом, Маркку Касте делает вывод, что применение тромболитической терапии экономит около 3,1 млн евро государственных средств.

По данным Всемирной организации здравоохранения, сумма затрат на одного пациента, перенёвшего инсульт, – 60 тыс. долл., причём на лечение идёт лишь 25% от этой суммы, а остальные 75% – это те средства, которые компенсируют временную нетрудоспособность пациента или его пожизненную инвалидность. Даже если массовое внедрение новых методов, подобных тем, что приняты в Финляндии, потребует капитальной перестройки инфраструктуры, в конечном итоге это позволит любой национальной системе здравоохранения экономить значительные средства. По оценке European Stroke Network (ESN), к 2020 г. в связи со старением населения инсульт составит 6,2% от всех тяжёлых заболеваний. Остаётся напомнить, что инсульты в России случаются более чем в 3 раза чаще, чем в ЕС.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам
World Stroke Organization.

Кстати

А как у нас?

В России ситуация ещё более тревожная, чем в развитом мире. Ежегодно отмечается около 1 млн инсультов, что составляет 700 случаев на каждые 100 тыс. россиян. При этом из 100 человек от 25 до 64 лет, у кого был диагностирован инсульт, 30 умирают в течение месяца, а каждый второй – в течение года, а из тех, кто выжил, каждый пятый теряет способность передвигаться самостоятельно.

Впервые метод tPA был апробирован в России на базе Первой градской больницы в 2007 г. Внедрение этого метода требует коренной перестройки всей системы оказания первой помощи, начиная с образовательной кампании для населения и кончая переобучением персонала больниц. Обязательным условием для повсеместного успеха является доступность томографического исследования. Работа по оснащению таким оборудованием лечебных учреждений России идет непрерывно. Но пока говорить о круглосуточной доступности компьютерной томографии повсеместно не приходится.

О начале приуроченной к мероприятиям в честь 70-летия Великой Победы Всероссийской акции памяти медицинских работников, принимавших участие в Великой Отечественной войне, объявила в рамках проекта «Качество жизни (Здоровье)» партия «Единая Россия».

Главное – вернуть в строй раненых и больных

На селекторном совещании в ЦИК партии соруководитель проекта, член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья доктор медицинских наук Салия Мурзабаева напомнила о весомом вкладе отечественной системы здравоохранения в дело Победы. За годы войны медики вернули в строй 72,3% раненых и 90,6% больных солдат и офицеров. «За этими цифрами – миллионы спасённых жизней, без которых победа в длительной борьбе не стала бы возможной», – подчеркнула депутат.

Общая цель, объединяющая гражданское здравоохранение и военно-медицинскую службу, обусловила многие достижения на фронте и в тылу. В общей сложности в годы войны трудились 200 тыс. советских врачей и полмиллиона среднего медицинского персонала, почти половина из которых – женщины. Для лечения больных и раненых, обеспечения их лекарствами и медицинскими препаратами были широко развернуты военно-медицинские учреждения, в частности, госпитали, местные лазареты, эвакуационные, распределительные пункты, санитарно-транспортные части и военно-санитарные поезда.

Велики были и потери – за годы войны погибли или пропали без вести 85 тыс. работников здравоохранения, среди которых 5 тыс. врачей, 9 тыс. медсестёр, 71 тыс. санитарных инструкторов и санитаров. В целом в этот период смертность медперсонала была на втором месте после гибели на полях сражения стрелковых подразделений.

К 70-летию Великой Победы

Славной памяти ветеранов-медиков

Отечественная система здравоохранения достойно показала себя на полях далёких сражений



Помощь подоспела вовремя

Страна высоко оценила заслуги работников здравоохранения. Более 116 тыс. военных медиков и более 30 тыс. работников гражданского здравоохранения были награждены государственными орденами и медалями. 47 меди-

цинских работников удостоены звания Героя Советского Союза, 10 тыс. – ордена Славы, 18 из них – ордена Славы трёх степеней.

Высокие принципы гуманизма, проявленные работниками здравоохранения тыла и фронта в

период войны, их беззаветная преданность Родине и служебному долгу достойны вечной памяти и являются образцом для всех последующих поколений медиков, заявила С.Мурзабаева.

Опыт работы в войну востребован

В рамках акции планируется провести ряд мемориальных мероприятий на федеральном и региональном уровнях, организовать работу музеев, экспозиций о здравоохранении и медиках в годы войны, создать реестр медиков – участников войны и оказать им адресную помощь. Особое внимание будет уделено работе с молодёжными и детскими объединениями. Парламентарий призвала включиться в акцию все федеральные и региональные СМИ для широкого освещения роли медицинских работников в годы Великой Отечественной войны.

«Проведение акции будет спо-

собствовать эффективной реализации региональных кадровых программ в части повышения престижа медицинской профессии в целях привлечения и сохранения кадров, роста эффективности профориентационной работы с выпускниками школ, стимулирования выпускников медицинских образовательных учреждений к работе по специальности», – заключила депутат.

Первый заместитель главы Минздрава России Игорь Каграманян отметил, что память военных медиков ценна ещё и тем, что опыт работы в войну дал медицине большие знания и наработки, которые использовались в последующие годы. «Опыт востребован, и надо передавать его студентам. Что касается самих ветеранов, то мы должны не только качественно провести их диспансеризацию и улучшить лекарственное обеспечение, но и отдать дань уважения, посетить и поздравить каждого. Также предлагаю в медицинских колледжах разместить мемориальные доски, посвящённые подвигу медсестёр», – сказал заместитель министра.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Из семейной хроники

Врач Наталья Цветкова хорошо помнит эту общую тетрадь отца в истрёпанном переплёте. Начальник рентгеновской группы отдельной роты медицинского усиления № 44 33-й армии майор медицинской службы Дмитрий Шорин возил её с собой с начала до конца войны, иногда записывая на листках в клеточку какие-то события, философские размышления, афоризмы и даже кроссворды.

...Для начала, как бесценную реликвию, Наталья Дмитриевна показала мне свидетельство № 593 о присвоении Дмитрию Шорину квалификации врача. Прежде всего этот документ, выданный ещё в 1931 г. Северо-Кавказским государственным медицинским институтом, поразил своим внешним видом.

Во-первых, это был не «диплом о высшем образовании», а именно «свидетельство», украшенное Государственным гербом СССР. Во-вторых, открывалось оно фотографией молодого человека, одетого в строгий костюм с белой рубашкой и галстуком. И в-третьих, то был, как говорится, «штучный документ». Всё свидетельство от первой до последней строки было набрано типографским способом в Ростове-на-Дону по заказу № 1850-230. (Понятно, что этот документ донёс до наших дней дыхание тех времён, когда высшее образование было большой редкостью). Словом, неожиданно-негаданно довелось мне увидеть настоящий раритет. В соответствии с полученным свидетельством Дмитрий Георгиевич Шорин, 1888 года рождения, 1 августа 1931 г. окончил Северо-Кавказский государственный медицинский институт.

Отцовская тетрадь

Эпизоды из фронтовой жизни рентгенолога

Есть в свидетельстве, как и положено, вкладыш с перечислением того, что «за годы учёбы были проработаны нижеследующие теоретические курсы и выполнены практические занятия по следующим дисциплинам». Судя по немалому списку предметов, будущему доктору пришлось в наряде со скрупулёзным изучением всевозможных хирургических, терапевтических, нервных и прочих болезней, постигать в большом объёме премудрости военно-санитарной тактики, боевых отравляющих веществ и даже заниматься военной топографией.

И вот вооружённый всеми теоретическими знаниями и следующей практической работой 23 июня 1941 г. заведующий терапевтическим отделением и врач-рентгенолог Павловской райбольницы Ставропольского края был призван в ряды рабоче-крестьянской Красной армии (РККА). Вот одна из сохранившихся записей врача о том периоде: «Ещё Гомер в «Илиаде» приводит имена воинов-врачей Махаона и Подалирия, которые оказывали помощь раненым на поле боя... Сейчас количество раненых всё нарастает...»

Начав воевать на Западном фронте, военврач Дмитрий Шорин прошёл нелёгкий боевой путь,

ухитряясь в редкие минуты отдыха доверять свои мысли дневнику. Приведу ещё несколько записей.

«В 1793 г. штаб-лекарь Е.Т.Белопольский составил «Правила медицинским чинам», уделив серьёзное внимание мерам по предупреждению болезней. По приказанию А.В.Суворова эти правила были введены во всей русской армии... Главное — не допустить сейчас ещё и возникновения эпидемий...» Или: «Вопросам организации терапевтической помощи воинам много внимания уделялось и во время Русско-турецкой войны (1877-1878 гг.). Указывалось, что военный врач должен быть не только хирургом, но и терапевтом, умеющим лечить и предупреждать развитие болезней среди воинов. В нынешней войне с этим в армии полный порядок...»

О важности именно терапевтического и диагностического направления в военной медицине, которое сыграло такую большую роль в судьбе майора Дмитрия Шорина, говорят его боевые награды и благодарности. Вот, например, строки из наградного листа от 3 октября 1944 г.: «В любых условиях обеспечивает спецгоспитали армии рентгенодиагностикой, облегчая тем самым оказание раненым квалифицированной помощи... С начала войны осмотрел

больше 20 тыс. раненых бойцов и командиров...» Так что вполне заслуженно приказом № 045 от 18.02.1945 по войскам 33-й армии майор медицинской службы Дмитрий Шорин был награждён орденом Отечественной войны II степени.

Чудом сохранилась и трудовая книжка ветерана. Демобилизовавшись из вооружённых сил, Дмитрий Георгиевич долгое время работал рентгенологом в одной из брянских городских поликлиник. Именно в те годы ему довелось встречаться и сотрудничать с будущими корифеями отечественной медицины. Например, в одной из своих книг так пишет о тех послевоенных временах тогдашний заведующий хирургическим отделением Брянской областной больницы № 1 Николай Амосов: «Городок Брянск, после Москвы — маленький, а после войны — большой». Именно в городе на Десне Николай Михайлович защитил в 1948 г. кандидатскую диссертацию «Хирургическое лечение ранений коленного сустава», материалы для которого были собраны за годы войны.

Хорошо знал бывший фронтовик Дмитрий Шорин и приехавшего в те годы в Брянск будущего академика, лауреата Государственных премий СССР и Украины Александра Шалимова. Александр Алексе-

евич также защитил свою кандидатскую диссертацию в Брянске. С ними обоими довелось работать и бывшему заведующему отделением нейрохирургии в брянской городской больнице № 1, старшему сыну фронтовика Георгию Шорину.

Наслушавшись с детства многочисленных рассказов отца и матери, сизмальства «заболела» медициной и Наташа. Да так, что поступала в тогдашний Смоленский медицинский институт (ныне Смоленская медицинская академия) аж 5 раз! В перерывах работала санитаркой в брянских больницах, чтобы закалить себя, записалась в Брянский аэроклуб, освоила прыжки с парашютом. И настолько увлеклась небесной романтикой, что получила первый разряд по планерному спорту! Получив в конце концов высшее медицинское образование, в 70-е годы пришла в только что образованную первую в брянской скорой помощи реанимационную бригаду. Это нынче в составе Брянской городской станции скорой медицинской помощи работают 5 анестезиолого-реанимационных бригад, столько же педиатрических и неврологических... А тогда это было в новинку.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянск.

– Владимир Лазаревич, у вас масса званий – профессор, иностранный член Российской академии наук, почётный профессор Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге и Новосибирского государственного медицинского университета. Вы – его выпускник. Помогаете как-то родному вузу? Возможно, читаете лекции?

– Лекции, да, читал. А когда надо было из академии сделать университет, я помогал в разработке документов и других вопросах. Это действительно очень интересный институт, созданный в 1935 г. На первых порах преподавательский состав был из заключённых сталинского периода, а после войны в Сибирь ссылали космополитов. Все они были интересными, умными, эрудированными.

– Как получилось, что школу вы окончили в городке, в котором родились, – в Сквире, на Украине, а в институт поступили в Новосибирске?

– Когда наша семья вернулась из эвакуации, я уже немного подзабыл украинский язык, поэтому не получил золотую медаль, а только серебряную. Да и поступить тогда в вуз, тем более медицинский, с моей фамилией было непросто. А в Новосибирске у меня был брат Дмитрий, который посоветовал попробовать подать документы там. Таким образом я и стал студентом Новосибирского мединститута. И с тех пор связи с ним не теряю: раз в 5 лет организовываю здесь ужин-встречу одногруппников, на котором мы снова превращаемся в студентов. В прошлом году отпраздновали 55-летие выпуска.

– Вы производите впечатление не только очень энергичного и целеустремлённого человека, но и большого оптимиста. Как удалось через годы пронести это чувство? Или это наследственное?

– Мой отец был очень спокойным, тихим, – настоящий работяга-извозчик, который вставал ни свет ни заря и работал допоздна, а то и ночами, а приходя домой, отдавал все деньги жене.

Я тоже начинаю день в 4 утра, видимо, это его гены.

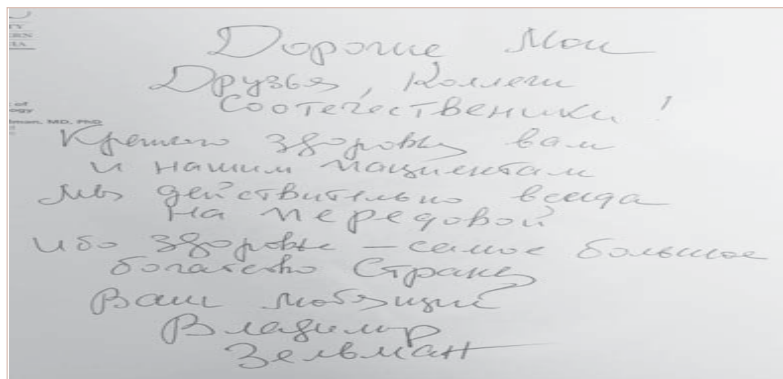
У нас была очень дружная семья, такая местечковая, все завидовали маме, что у неё такой муж. Я бы назвал – внутренне интеллигентный. Несмотря на его профессию, я никогда не слышал, чтобы он матерился или вообще грубил. Мама, хотя и не получила образования, была очень мудрой женщиной – понимающая людей, видящая, кто есть кто. И она никогда не была нытиком, невзирая на нелёгкую жизнь.

Я тоже не всегда бываю весёлым, всем довольным, но не устаю надеяться на что-то интересное и новое. Бывает: что-то недоделал, что-то не получилось, чего-то не добился. Но я обязательно стараюсь найти выход из ситуации. По принципу: одна дверь закрывается, зато вторая – открывается!

– Вам всегда в жизни везло?

– Напротив, я рос очень хилым ребёнком, как говорится, все болезни были мои. Только появился первый зуб – так я должен был упасть и выбить его! Собралась семья у самовара, я подошёл, чтобы попить, перевернул его и обжёгся так, что еле выжил. А вот война пощадила...

Мы эвакуировались буквально через несколько дней после начала войны, потому что немцы продвигались довольно быстро, и в райкоме



Владимир ЗЕЛЬМАН:

Хочу подольше пожить и побольше поработать

С выдающимся советским и американским врачом и учёным (как аттестует его Википедия) Владимиром Зельманом мы познакомились два года назад во время праздничного ужина в честь открытия медицинского центра Дальневосточного федерального университета. Обстановка располагала к хорошей беседе: кораблик, где проходил ужин, часа 4 бороздил бескрайние воды, внутри было красиво и тепло, а на палубе – свежо и вольготно.

Кто этот человек, с которым мы оказались за одним столиком,

партии дедушке сказали, что он должен уехать. Дорогу бомбили, моего брата ранило в голову, а бабушке осколок обжёг руку. Тогда она сказала: «Я дальше не поеду. Я в 18-м году видела немцев, они не страшные, они даже говорят на нашем языке». И другим сказала, чтобы «не слушали этого старого дурака», не ехали куда и не пережили всё здесь. В результате из нашей семьи выжили только я, брат и мама, потому что дед нас взял с собой. Имена остальных – в истории Холокоста.

– Как вам удалось преодолеть болезненность и слабость?

– Я рос любознательным, много читал, у меня были свои герои и один из них – Суворов. Говорили, что он тоже рос хилым, но начал обливаться водой, делать зарядку и так далее. И я решил, что не должен отличаться от своих сверстников. Вместо гантелей я использовал кирпичи, бегал, играл в футбол, старался заниматься спортом. И это стало образом жизни: обычно я встаю в 4 утра, в 5 с небольшим ухожу на работу, потому что у нас в 6 утра своеобразная планёрка, так называемый breakfast rounds – мы обсуждаем лекции, состояние тяжелобольных.

Но в выходные я обязательно спускаюсь к океану, рядом с которым живу: побегать, позаниматься физкультурой. Потом возвращаюсь и продолжаю работать: читаю, какие-то идеи записываю.

Я обычно пишу себе задания: вот на прошлый год я написал, что должен провести 55-летие выпуска. С января написал себе ряд вещей, которые нужно сделать.

– Всё выполнили?

– В целом – да.

– Что для вас является самой большой радостью в жизни?

– В своё время я перенёс операцию, довольно тяжёлую, но, как видите, функционирую, всё в порядке. Поэтому – здоровье. Я всё время хочу жить подольше, побольше поработать. Обладать энергией, возможностью продолжать активную

жизнь. В России, Америке, других странах.

Счастье, конечно, и в семье. Я овдовел, но у меня есть сын, тоже врач. Ещё – общение с друзьями. Друзья в основном в России, потому что я здесь вырос.

Друзья юности живут в Новосибирске. Но после переезда в Москву в 1965 г., куда я был приглашён заведовать отделением нейроанестезиологии Института неврологии АМН СССР, у меня здесь тоже появился огромный круг интересных людей, таких как Святослав Фёдоров, Эдуард Кандель, Александр Коновалов и многие другие. С ныне живущими часто говорю по Интернету – раньше преобладали телефонные разговоры.

Сначала летал за свои деньги, теперь меня уже приглашают, оплачивают билеты, поэтому легче. Но есть и обратная сторона этой известности: она приходит со старостью. Я бы поменял одно на другое.

– А как вы решились на переезд в Америку, что побудило?

– Я не решался. Одним из моих пациентов был Арманд Хаммер, и он предложил быть его личным врачом. Он договорился с властями, и мы уехали с ним. Моя покойная жена поставила условие: с нами уедут её дядя и тётя. Я тоже хотел своих увезти. Он попросил весь список. Таким образом, в течение года все выехали.

В США я с 1977 г. Сейчас являюсь заведующим отделением анестезиологии и реаниматологии Университета Южной Калифорнии в Лос-Анджелесе.

– Наверняка у вас есть какое-то хобби?

– Более всего я люблю путешествовать. Интересуюсь тем, что происходит в мире. Очень много читаю по археологии, палеонтологии. Мой интерес к генетике связан с таким понятием, как эволюция человека. Память пока держит миллионы цифр: откуда мы произошли, какие мутации нас вывели, в чём наше отличие от шимпанзе.

в тот момент я ещё не знала. Но то, что он действительно выдающийся, было понятно сразу: и по тому, как к нему обращались хозяева и гости праздника, и просто по манере общения.

Проговорили мы тогда практически весь вечер, но не всё удалось записать (естественно, на ужин отправилась без диктофона). Поэтому для того, чтобы закончить нашу беседу, пришлось слетать на встречу с ним... в Сибирь. Но это всё-таки ближе, чем Калифорния, где он живёт...

– Вы участвовали в создании Музея еврейской толерантности. Расскажите об этом, пожалуйста.

– Всё началось с известной инициативы Спилберга: собирать данные, интервьюировать выживших во время Холокоста. Возникла идея провести такую работу в России. Группу возглавил Александр Борода, президент Еврейской общины России. Я рассказал ему, что из моей семьи погибли во время Холокоста 23 человека. И что вырос в местечке, где слышал много разных историй о былых временах, и у меня где-то внутри есть это осознание: откуда мы, историческая память народа. Поэтому и сам помог финансово, и сейчас в Америке людей привлекаю к этой работе.

Музей действительно оказался очень интересным, показал историю еврейского народа как часть истории России.

– Насколько эта приверженность национальным корням в Америке сильна? Мне казалось, что они все себя считают только американцами.

– Они все американцы, все равноправны, однако есть так называемые общины. У нас есть русская община, к нам приезжают известные деятели искусства. Мы объединены корнями происхождения. Поэтому родители даже отдают своих детей в садики, где преподаватель говорит на русском, чтобы дети не потеряли эту связь с родиной.

– Знаю, что у вас много друзей среди выдающихся людей. Назовите, пожалуйста, несколько имён.

– Слава Ростропович, Михаил Шатров, Александр Гельман, Александр Митта. В каждом из них я участвовал в какой-то степени, когда нужна была медицинская помощь, и не только. Булат Окуджава у нас оперировался. Владимир Лукин, который был послом, потом мы подружились. Из медицины, кроме тех, кого я уже назвал, – Александр Потапов, Владимир Крылов, Алексей Кривошапкин,

Александр Караськов, Александр Баранов и другие.

– То есть дом на берегу океана открыт для всех? Вы ещё рассказывали о коллекции картин. Она появилась под влиянием Хаммера?

– Нет, это другая история. Мне их подарил один из режиссёров – Ирвин Кершнер. Он известен фильмами «Никогда не говори «никогда» о Джеймсе Бонде с Шоном Коннери, «Империя наносит ответный удар», который был самым успешным в серии «Звёздных войн».

Меня с ним познакомил Александр Митта, а потом он стал нашим пациентом. В результате Кершнер ещё более 3 лет жил с

тяжелейшей формой онкологии. В благодарность он подарил коллекцию картин, которые я, в свою очередь, подарил моему госпиталю.

– Что бы вы назвали самым большим достижением в медицине за последнее время?

– Если брать последние 50 лет – это трансплантация органов; многие годы до этого медики бились над проблемой их отторжения организмом. Сейчас – то, о чём мы говорили на симпозиуме во время II Международного форума технологического развития «Техно-пром», – генетическая медицина. Молекулярная, геномная, то есть персонализированная.

Ведь каждый из 6,5 млрд человек на планете индивидуален, неповторим. Можно создать клон, но нельзя представить его естественное возникновение.

– А как вы считаете, насколько этично клонирование?

– Я думаю, что этим заниматься не стоит. Считаю, что сама природа должна создавать нашу индивидуальность. Это первое. Во-вторых, неизвестно, будет ли клон долго жить и будет ли он уж настолько, как предполагается, одинаковым – это непредсказуемо. Да и для создания запасных органов клонирование тоже не подходит.

Религиозные люди так говорят: с момента зачатия это уже человек. Если его клонировать, тем более в промышленных целях, тогда человек низводится до уровня животного. Сейчас, кстати, всё меньше споров на эту тему, потому что побеждает такая точка зрения.

Кроме того, за короткий период молекулярная биология и генетическая медицина настолько продвинулись вперёд! Изучение человеческого генома даёт огромный источник знаний, отвечая на вопросы: кто мы? как мы живём? почему мы болеем? А если человечеству известна причина, оно обязательно найдёт ключ к решению проблемы.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-04-00493 Тираж 31 140 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент – Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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