

Акции

Идёт борьба с эпидемией...

Остановить ВИЧ-инфекцию – одна из важнейших задач нынешнего столетия



В Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова состоялась научно-практическая конференция «Остановим СПИД вместе».

Что характерно, мероприятие прошло в рамках Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД», приуроченной к Всемирному дню скорби о погибших вследствие этой группы заболеваний. Примечательно также, что основную часть аудитории конференции составили не только студенты МГМСУ, но и Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, а также учащиеся Московского государственного технологического

В память о погибших

университета «СТАНКИН», Московского государственного университета путей сообщения «МИИТ» и даже Университета «МГИМО» МИД России. Наряду с этим за время проведения акции в МГМСУ прошло анонимное тестирование на ВИЧ среди 162 студентов.

В мировом масштабе

– Данная акция связана, главным образом, с тем, что в течение нескольких последних лет мы потеряли бдительность к чрезвычайно опасной инфекции, которая может «паразитировать» всех без исключения, – сказал, открывая форум, ректор МГМСУ, главный стоматолог Минздрава России, профессор Олег Янушевич. – Ещё каких-то 30 лет

назад мы не воспринимали ВИЧ и СПИД всерьёз. За это время у наших специалистов в области инфекционных заболеваний сложилось чёткое понимание того, как не допустить широкомасштабного распространения данного вируса. К сожалению, наша бдительность в этой сфере находится не на самом высоком уровне. Конечно, на этот счёт нужно принимать определённые усилия для того чтобы по возможности не сталкиваться с этой беспощадной болезнью. В этой связи я возлагаю большие надежды на российскую молодёжь. Мы находимся лишь в начале большого пути, однако будущее мне видится весьма позитивным, – добавил он.

(Окончание на стр. 10.)

Владимир ШАБАЛИН,
президент Российской
ассоциации геронтологов,
академик РАН:

Мы должны активизировать наше население на проблему продления жизни.

Стр. 6



Юрий ЯШКОВ,
профессор кафедры
семейной медицины
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
президент Общества
бариатрических хирургов России:

Нередко хирург, который прошёл специальное обучение и хотел бы начать делать бариатрические операции, сталкивается с полным непониманием со стороны администрации и коллег.

Стр. 11



Проекты

К врачу – через «электронную регистратуру»

Пилотный проект, направленный на улучшение ситуации с записью на приём к врачу, будет внедрён в Приморье буквально на днях. Его участниками для начала станут две поликлиники Владивостока – № 1 и № 6. В рамках пилотного проекта функция записи пациентов на приём к врачу и вызов медработника на дом передаётся центру одной из известных справочных служб региона. О нововведении рассказали на брифинге, посвящённом вопросам развития амбулаторно-поликлинической службы Приморского края.

– Уже в мае мы планируем частично перевести работу регистратуры этих двух поликлиник на аутсорсинг. Это значит, что любой звонок в регистратуру автоматически будет переправлен на специалиста колл-центра, – сообщила главный специалист по развитию амбулаторно-поликлинической помощи Департамента здравоохранения Приморского края, главный врач поликлиники № 6 Анастасия Худченко. – В данный момент мы решаем вопросы по внедрению этого проекта – кадровые, технические и, конечно же, юридические, ведь речь идёт о персональных и медицинских данных граждан.

О предстоящем приёме к врачу специалисты колл-центра будут напоминать с помощью звонков и СМС-сообщений. Это поможет снизить количество неявок по предварительной записи через «электронную регистратуру».

Ещё одно нововведение, которое планируют внедрить в «пилотных» поликлиниках – создание картохранилищ – отдельных помещений, где

хранятся все амбулаторные карты пациентов. И оттуда они поступают в кабинет врача. При этом амбулаторная карта останется доступной для пациента во всех случаях, когда поликлиника её обязана выдать. Например, если пациенту нужна выписка из медкарты, когда он идёт на приём к специалисту в другое учреждение или на МСЭ, ложится в стационар.

Нововведения, направленные на развитие амбулаторно-поликлинической службы, уже нашли положительные отклики как в Департаменте здравоохранения Приморья, так и в территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

Плановые изменения коснутся и детских поликлиник. Сегодня специалисты по развитию детской амбулаторно-поликлинической службы также готовят ряд предложений и проектов, направленных на повышение качества и доступности медицинских услуг.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Владивосток.

Перемены

Доступна онкодиагностика нового поколения

Российская детская клиническая больница начала внедрение новых информационных технологий для удалённого консультирования онкологических диагнозов с иностранными специалистами. Это позволит существенно увеличить скорость постановки диагноза.

Реализация проекта будет проводиться на базе российской платформы для дистанционной диагностики он-

кологических заболеваний, которая позволяет врачам удалённо работать с оцифрованными гистологическими срезами, результатами КТ и МРТ, собирать онлайн-консилиумы.

Случаи будут рассматриваться врачами коллегиально – российскими и иностранными патологами. После постановки диагноза он будет дополнительно верифицироваться у узкопрофильного специалиста по данному типу опухолей.

«Внедрение новых технологий поможет избежать субъективности при выставлении диагноза», – говорит заведующий патологоанатомическим отделением РДКБ Дмитрий Рогожин.

Для проведения консультаций РДКБ уже привлекли лучших отечественных и зарубежных специалистов.

Елизавета ТАЛЬ,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Новости

С пульей в глазу

Офтальмологи Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения Москвы прооперировали подростка с пулевым ранением глаза.

Как уточняется, 16-летний москвич случайно выстрелил в себя из пневматического пистолета, пуля попала в правый глаз. На «скорой» в экстренном порядке подросток был доставлен в офтальмологическое отделение МДКБ с диагнозом «проникающее ранение орбиты с внедрением инородного тела металлического характера, контузия глазного яблока, частичный гемофтальм».

«Ребёнку было проведено рентгенологическое и КТ-исследование, на котором выявлено, что инородное тело диаметром 5,5 мм находилось вблизи средней стенки правой орбиты позади глазного яблока, а расстояние от переднего края орбиты правого глаза составляет 25 мм. Пациенту в данном случае повезло – пуля прошла в глубокие ткани орбиты, не повредив само глазное яблоко, и не проникла дальше в головной мозг», – сообщили в больнице.

Уточняется, что в настоящее время подросток продолжает получать курс регенерирующей, антибактериальной, противовоспалительной терапии. Прогноз для зрительных функций, по мнению офтальмологов, благоприятен.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Новоселье в Новоселье

В селе Новоселье Омской области после реконструкции открылся фельдшерско-акушерский пункт.

В отремонтированном здании были проведены работы по замене полов и окон, монтаж новых перегородок, систем отопления, канализации и водоснабжения, выполнено устройство новой кровли. А медпомощь здесь станут получать 620 жителей населённого пункта. Всех их обслуживают постоянно работающие в посёлке фельдшер и медицинская сестра.

Как рассказал главный врач центральной больницы Кормиловского района Вадим Мигунов, Новосельский ФАП, который давно подлежал ремонту, реконструирован в рамках реализации целевой программы «Развитие сельского хозяйства Омской области (2013-2020 гг.)». Затраты на реконструкцию ФАПа осуществлялись за счёт средств областного и федерального бюджетов.

В настоящее время помещение Новосельского ФАПа соответствует современным требованиям и стандартам. Сельские жители обеспечены качественной и своевременной медицинской помощью.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

«Адонис» готовится к лету

Единственный в России специализированный студенческий отряд по сбору лекарственного сырья Йошкар-Олинского медицинского колледжа «Адонис» готовится к летнему сезону.

Отряд был организован в 1982 г. Студенты собирали по 5-6 тонн сырья за лето, отправляя его в Марпотребсоюз и на Нижегородское фармацевтическое предприятие. Кроме того, заготавливали грибы и ягоды для торговой сети республики.

После долгих лет забвения стройотрядовских традиций «Адонис» возродился в 2013 г. и в составе 50 бойцов вновь приступил к работе. Уже 3 года в период летнего трудового семестра студенты сотрудничают с фирмой, производящей «Иван-чай», которому на республиканской ярмарке товаров и изделий присвоен знак «10 лучших товаров профессиональных образовательных организаций».

Студенческий отряд работает в экологически чистых лесах и на берегах рек и озёр в разных районах Республики Марий Эл.

На ежегодных республиканских слётах стройотрядов отряд «Адонис» 3 года подряд называли лучшим специализированным отрядом Марий Эл.

Сейчас идёт подготовка к летнему трудовому семестру-2016. В этом году планируется сделать отряд выездным, дислоцируя его в одном из самых экологически чистых уголков марийского края. Студенты медицинского колледжа намерены также привлечь к совместной работе студентов медицинского факультета Марийского государственного университета, открывшегося в Йошкар-Оле год назад.

Ольга БИРЮЧЕВА.

Республика Марий Эл.

Благотворительный забег

Студенты Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова приняли участие в глобальном благотворительном забеге за тех, кто не может вместе с ними преодолевать дальние расстояния!

Инвалиды в колясках и бегуны вышли на трассу бок о бок и смогли соревноваться друг с другом в одном из самых массовых, вдохновляющих и необычных по формату беговых мероприятий.

Подмосковная Коломна стала одной из 34 официальных трасс, где одновременно по всему миру прошли забеги, в которых участвовали более 70 тыс. бегунов. На старт в Коломне вышли более 1500 человек из разных городов России, команду Первого МГМУ представляли 13 студентов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

Ориентир

Не на словах,
а на деле

Отношение к ветеранам на Кубани – самое уважительное

День Победы – особый праздник. О том, что он значит для ветеранов, да и всех нас понимаешь ещё острее, побывав в специализированной клинике, в которой лечат защитников Отечества. Такой как Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн им. В.К.Красовитова.

...В уютном сквере госпиталя, который расположен в самом центре Краснодара, 9 мая играл военный духовой оркестр, работала полевая кухня, которая предлагала всем желающим отведать солдатской каши с тушёнкой. День выдался солнечный, почти летний, поэтому для ветеранов праздничные, как здесь говорят, «длинные сладкие столы» накрыли в тени деревьев. За ними комфортно попить чаю, поговорить и вспомнить былые времена, товарищей по оружию. А ещё станцевать вальс назло бегущим годам, ощутив прилив сил. Забота о ветеранах в этом лечебном учреждении обличена в конкретные формы, в том числе и в поддержке, и в участии медиков во всех делах и заботах пациентов.

В клубе госпиталя, после просмотра парада на Красной площади и парада в Краснодаре состоялся концерт симфонического оркестра краевой филармонии. А перед ним фронтовики поздравили председатель краевого совета ветеранов, депутат Законодательного собрания края, Герой России Евгений Шендрик, передавший приветствие от губернатора Вениамина Кондратьева, в котором были слова признательности за ратный и трудовой подвиг.

Заместитель министра здравоохранения края Сергей Стриханов, выступивший следующим, акцент сделал на том, что завершился полномасштабный ремонт в громадном корпусе госпиталя, который охватил все 8 этажей. Его реконструкция позволяет внедрять самые передовые технологии лечения и реабилитации.

Теперь ветеранам в крае созданы отличные условия для лечения. Год назад во время своего посещения губернатор В.Кондратьев пообещал им, что к следующему Дню Победы госпиталь станет одним из лучших краевых лечебных учреждений по условиям пребывания. Строители закончили ремонт, после

чего последовало переоснащение главного корпуса медицинской техникой. Таким образом, поручение главы края было выполнено, корпус сдали ещё зимой и обеспечили его современной «начинкой». И госпиталь действительно преобразился, став ещё более соответствующим самым высоким требованиям.

Новая история

Как и любая хорошая клиника, краевой госпиталь для ветеранов войн начинается с приёмного покоя. Его расположение и возможности отвечают принятым мировым стандартам, чтобы оказание медицинской помощи могло начинаться с первых минут нахождения пациента в стационаре. А все необходимые службы, вплоть до палат реанимации и диагностического отделения, располагаются предельно близко друг к другу. Таким образом, они стали более подготовленными к тем неожиданностям, которые могут произойти, когда больной поступает с неясным диагнозом. В этом лично убедился корреспондент «МГ», пройдя по этажам «нового» корпуса.

– Нашему лечебному учреждению на Кубани всегда уделялось достаточное внимание со стороны региональной власти, – говорит начальник госпиталя, председатель комиссии по охране здоровья Общественной палаты края, доктор медицинских наук Сергей Исаенко. – К сожалению, в 1990-е годы, госпиталь сдал определённые позиции, в тот переходный период здравоохранение повсеместно в нашей стране переживало стагнацию. Но медицина в мире не



Сергей Исаенко и узница фашистских концлагерей, труженица тыла Людмила Шевчук

стояла на месте, разрабатывались новые технологии, выпускалось более современное оборудование. Российские клиники не могли его приобрести и внедрить из-за проблем с финансированием.

Вынужденное отставание удалось преодолеть в последующие годы. И здесь важно отметить, что внимание и забота о ветеранах войн считается приоритетным направлением в деятельности регионального Министерства здравоохранения и лично министра Евгения Фёдоровича Филиппова. Сегодня госпиталь обслуживает свыше 120 тыс. ветеранов Великой Отечественной войны и приравненных к ним по льготам лиц, проживающих в Краснодарском крае и Республике Адыгея, являясь одним из крупнейших в России. А ведь возраст большинства из них составляет 85-100 лет.

(Окончание на стр. 5.)

Профилактика

Здоровье «с доставкой»

Мобильная медицинская бригада ямало-ненецкого центра медицинской профилактики недавно вернулась из города Муравленко, где в течение недели бесплатное профилактическое обследование смогли пройти около 200 северян, а сегодня специалисты этого центра уже вновь работают на выезде. На этот раз комплексное профилактическое обследование проходят работники Надымского управления аварийно-восстановительных работ Газпрома.

Сотрудники центра медицинской профилактики запланировали провести профилактическую работу на предприятии в 2 этапа – в мае диагностику пройдут работники, постоянно проживающие в Надыме, а в июле-августе запланировано обследовать около 200 человек, работающих вахтовым методом.

– Организация и проведение выездных профилактических обследований являются одними из важнейших и приоритетных направлений деятельности нашего центра, они служат основным инструментом повышения доступности профилактической помощи населению, – отмечает главный врач центра медицинской профилактики доктор медицинских наук Сергей Токарев. – С момента основания учреждения мы не только проводим систематические выезды в сельскую местность и удалённые районы, но и сотрудничаем со многими организациями и предприятиями по вопросу создания здоровьесберегающей среды. Подобная работа очень важна, так как позволяет своевременно выявлять и в дальнейшем устранять факторы, способствующие развитию патологии.

По итогам диагностики, которая занимает не более 30 минут, терапевт проводит для каждого посетителя индивидуальное профилактическое консультирование. Всем обследованным выдаются «Карта здорового образа жизни», а также информационные материалы, разработанные специалистами центра с учётом выявленных факторов риска. В дальнейшем на предприятии будет проведена и мобильная школа здоровья по вопросам профилактики артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета и других неинфекционных заболеваний.

Мария ТОКАРЕВА,
начальник отдела
межведомственных и внешних
связей центра медицинской
профилактики.

Ямало-Ненецкий
автономный округ.

Официально

Медосмотр перед подземными работами

Минздравом России разработан Порядок проведения медицинских осмотров работников, занятых на подземных работах в начале рабочего дня, а также в течение и (или) в конце смены. Приказ определяет правила организации и проведения медицинских осмотров людей, занятых на подземных работах.

Так, например, Порядок медицинских осмотров будет включать в себя сбор жалоб, визуальный

осмотр, осмотр видимых слизистых и кожных покровов, общую термометрию, измерение артериального давления, исследование пульса, а также выявление состояния алкогольного опьянения.

По результатам проведённых осмотров медицинским работником будет выноситься заключение о наличии или отсутствии признаков воздействия вредных и опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, которые могут воспре-

пятствовать выполнению работником трудовых обязанностей. Полученные результаты будут вноситься в журналы регистрации, где будет указываться дата и время проведения осмотра, фамилия, имя, отчество работника, пол, дата рождения, итоги исследований и заключение. Обязанность по организации проведения медицинских осмотров будет возложена на работодателя.

Соб. инф.

Перспективы

Повысят ли пенсионный возраст врачам?

Увеличение пенсионного возраста для врачей вполне реально, но оно будет поддержано только при постепенном – пошаговом переходе. Об этом заявила первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации Людмила Косткина.

Как известно, на рассмотрение верхней палаты парламента уже направлен принятый Госдумой РФ в третьем чтении закон о повышении пенсионного возраста для государственных гражданских и муниципальных служащих до 65 лет для мужчин и 63 лет – для женщин. Их возраст выхода на пенсию будет осуществляться постепенно – ежегодно на полгода. В пользу такой реформы различные ведомства ссылаются на увеличение продолжительности жизни в России.

Обсуждается также вопрос об отмене льготного выхода на пенсию по выслуге лет для врачей. В Пенсионном фонде РФ полагают, что эта мера – серьёзный финансовый резерв для наполнения этого фонда. Однако никаких расчётов на этот счёт пока не представлено.

В настоящее время страховая пенсия по старости назначается досрочно медикам, имеющим стаж работы не менее 25 лет в сельской местности или не менее 30 лет – в городах и сёлах, либо только в городах.

Впрочем, повышение пенсионного возраста коснётся всех ка-

тегорий населения. Потому что в ближайшие годы работающие не смогут содержать возрастающее число пенсионеров, утверждают эксперты. «Ясно, что рано или поздно мы всё равно к этому придём», – говорит Л.Косткина, по мнению которой «с этим пока следует подождать».

В Минздраве России не видят противопоказаний для увеличения пенсионного возраста. Здесь убеждены, что население России стало жить дольше, а о собственном здоровье заботиться лучше.

Противопоказаний для увеличения пенсионного возраста нет, полагает Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. «Я могу подтвердить положительные тенденции, которые есть в увеличении продолжительности жизни, в ответственности людей за своё здоровье и в том, какое внимание они уделяют, в том числе здоровому образу жизни, правильному питанию и физической нагрузке, – говорит она. – Поэтому мы не видим каких-то противопоказаний к тому, чтобы со временем действительно начать плавно увеличивать пенсионный возраст».

А вот председатель комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский убеждён, что до 2030 г. в пенсионной системе России не надо ничего кардинально менять. Возраст выхода на пенсию для мужчин и женщин должен быть обусловлен научными медицинскими исследованиями и пре-

жде чем повышать пенсионный возраст, надо провести исследования при поддержке научного медицинского сообщества, в том числе геронтологов, полагает он.

«Возраст выхода на пенсию должен иметь доказательную базу, иначе мы поднимем возраст, а через 2 года получим в два раза больше инвалидов, которые перетрудились, и у них начались проблемы со здоровьем, – сказал сенатор. – Поэтому идея повышения пенсионного возраста должна преобразоваться в научно обоснованную стратегию. А исходить только из того, что в федеральном бюджете достаточно или недостаточно средств – это неправильно».

Эту позицию В.Рязанского поддержали участники заседания Экспертного совета по социальному развитию в Совете Федерации, обсуждая грядущую пенсионную реформу.

Размер назначенной пенсии в России весной 2016 г. снизился на 4,3% в годовом выражении: с 1 февраля 2016 г. только на 4% проиндексированы страховые пенсии всем пенсионерам, кроме работающих. «Индексация социальных выплат по уровню инфляции во второй раз в 2016 г. необходима. Проиндексировать нужно на уровень инфляции, это 12,9%, то есть многое ещё нужно проработать и просчитать», – заключил В.Рязанский.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Тенденции

Согласно велению времени

В России доля пациентов, начинающих поиск врача с сайта-агрегатора, за последний год выросла почти в два раза. По данным Единого медицинского портала, если в позапрошлом году рынок онлайн-записи на приём в частные клиники составлял порядка 400 млн руб., то в минувшем году достиг 750 млн. Такая динамика напрямую связана с количеством пациентов, записавшихся на приём к врачу онлайн. Потребители отказываются от привычки тратить время на звонки и самостоятельную обработку информации в пользу онлайн-агрегаторов.

– Похожий процесс смены парадигмы наблюдался 7 лет назад в сфере гостиничного бизнеса, – заметил руководитель проекта «Единый медицинский портал» Владимир Митрофанов. – Своего рода тон, с моей точки зрения, задала госпрограмма построения системы

онлайн-записи на приём к врачам госучреждений, которая хорошо прижилась в крупных городах: для рядового пользователя такой вид записи к доктору кратко сократил временные затраты на посещение врачей, особенно – участкового терапевта, – добавил он.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Сити!

Акценты

Камчатка развивается

Итоги работы системы здравоохранения региона, а также задачи на 2016 г. были рассмотрены на коллегии Минздрава Камчатского края.

В целом за прошедший год работа системы здравоохранения признана удовлетворительной. В своём докладе министр здравоохранения Камчатского края Татьяна Лемешко отметила, что в регионе сохраняется стабильная демографическая обстановка.

– В это же время мы отмечаем снижение показателя общей смертности. В 2015 г. по сравнению с 2014 г. произошло снижение смертности от инфекционных болезней, злокачественных образований, болезней системы кровообращения, органов пищеварения, туберкулёза, от внешних причин, – сказала Т.Лемешко.

Она также добавила, что за прошедший год значительно возросли

объёмы получаемой высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В 2015 г. на территории края проведено почти 500 операций по ВМП. Так, в частности, в онкологическом диспансере внедрён метод фотодинамической диагностики и терапии при злокачественных новообразованиях.

– Мы оцениваем реализацию программы развития здравоохранения в крае в 2015 г. как удовлетворительную. Удалось достичь достаточно высоких показателей. Из 102 целевых индикаторов программы выполнено 84. Вместе с тем, реализация некоторых пунктов оказалась недостаточной и нам предстоит над этим очень плотно работать, – добавила Т.Лемешко.

На заседании коллегии были определены приоритетные направления развития системы здравоохранения Камчатского края на 2016 г.

Инна СЕРГЕЕВА.
Петропавловск-Камчатский.

Кагры

Целевой набор

В сентябре 2016 г. начнётся обучение 50 специалистов среднего медперсонала по целевому набору для 27 медицинских организаций Волгограда, Волжского и муниципальных районов. Приказ об этом подписан Комитетом по здравоохранению администрации Волгоградской области.

Как сообщили в региональном Комитете здравоохранения, с сентября 2016 г. Волгоградский областной медицинский колледж расширяет образовательную деятельность по привлечению целевых студентов. Договор об обучении будет заключаться между студентом и лечебным учреждением, при этом оплату за подготовку молодого специалиста будет производить непосредственно медицинская

организация. Целевики, в свою очередь, обязуются отработать в лечебном учреждении не менее 3 лет.

Отметим, в настоящее время в системе регионального здравоохранения остаются вакантными 778 ставок для среднего медперсонала: порядка 30% из них представлены в сельской местности. Для привлечения молодёжи на эти территории третий год подряд реализуется программа «Земский фельдшер». Её участники одновременно получают 500 тыс. рублей из областного бюджета. В 2014 и 2015 гг. в рамках проекта на село были привлечены 40 специалистов, в 2016 г. количество квот увеличено вдвое.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
Волгоград.

На контроле

Беда под маской БАД



Роспотребнадзор изымает из оборота фальсифицированные БАДы для повышения мужской потенции.

«В целях исключения из оборота на территории Российской Федерации фальсифицированных БАДов к пище, даны указания территориальным органам Роспотребнадзора об усилении надзора за производством и оборотом биодобавок к пище и принятии соответствующих мер по прекращению реализации и изъятию из оборота указанной фальсифицированной продукции», – говорится в сообщении на сайте ведомства.

О том, что некоторые популярные БАДы для профилактики эректильной дисфункции могут быть опасны «МГ» писала почти год назад (№ 50 от 10.07.2015). Речь шла об исследовании, проведённом по инициативе Союза профессиональ-

ных фармацевтических организаций совместно с Аптечной гильдией и саморегулируемой организацией «Объединение производителей БАДов».

Тогда в аптеках Москвы была осуществлена контрольная закупка 29 серий 8 торговых наименований БАДов, а затем исследование продукции было проведено в трёх различных лабораториях, аккредитованных при Росздравнадзоре. Его результаты оказались шокирующими: 80% средств для улучшения потенции, продающихся в аптеках под видом БАДов, содержали запрещённые вещества, бесконтрольное употребление которых могло привести к ухудшению здоровья, вплоть до инсультов и мужского бесплодия.

Анна КРАСАВКИНА.
МИА Сити!
Москва.

Под председательством Президента РФ Владимира Путина состоялось заседание Комиссии по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития Российской Федерации. Обсуждён ход выполнения поручений, сформулированных в указах главы государства от 7 мая 2012 г., в частности, в сфере здравоохранения.

Ориентир – запросы граждан

«Мы взяли на себя большую ответственность перед гражданами и должны сегодня работать без ссылок на сложности и внешние ограничения», – заявил, открывая заседание В.Путин. Он полагает, что «люди должны почувствовать реальные перемены к лучшему», например, получить качественную медицинскую помощь.

Отметив, что сделан «существенный шаг вперёд» в развитии системы здравоохранения, Президент констатировал, что по ряду направлений достигнуты цели, которые ставили на 2018 г.

«Объективные цифры говорят о снижении младенческой и материнской смертности. Собственно говоря, это объективный фактор, объективные данные, мы достигли здесь исторического минимума при историческом максимуме по продолжительности жизни в стране, – продолжил глава государства. – Снизилась смертность от сердечно-сосудистых, других заболеваний, существенно повысилась доступность высокотехнологичных операций».

Вместе с тем граждане зачастую предъявляют обоснованные претензии к здравоохранению. Для людей главное, насколько профессионально, грамотно оказывается медицинская помощь.

Надо прямо сказать: квалифицированных врачей, прежде всего узких специалистов, фельдшеров на селе, часто не хватает. Особенно остро проблема ощущается в небольших населённых пунктах, удалённых районах. И хотел бы сегодня услышать, какие шаги будут предприниматься для обеспечения здравоохранения квалифицированными кадрами. Сегодня эта задача выходит на передний план».

Напомним, что в стране заработал закон о независимой оценке качества оказания услуг в социальной сфере, и граждане получили возможность высказывать своё мнение о работе, в частности, поликлиник и больниц, В.Путин подчеркнул, что на основе этой народной оценки должны составляться рейтинги учреждений здравоохранения, приниматься и кадровые, и управленческие решения. «Открытость, учёт общественного мнения должны стать стимулами для преобразований в социальной сфере, – считает он. – И принципиально важно, чтобы организации социальной сферы слышали позицию граждан, ориентировались на их запросы и интересы, повышали качество работы».

В свою очередь, министр труда и социальной защиты РФ Максим Топилин отметил, что в прошлом году в механизм независимой оценки уже включились поликлиники и больницы. Ключевые показатели здесь – доступность записи к врачу с помощью современных средств связи, срок ожидания плановой госпитализации или проведения диагностики, наличие или отсутствие необоснованных платных услуг.

Первый опыт показывает, что достаточно высокие оценки по независимой системе в сфере здравоохранения показали такие регионы, как Ростовская, Тульская, Кемеровская области, Республика Бурятия, сообщил глава Минтруда. С другой сторо-

В центре внимания

Обойдёмся без ссылок на сложности!

Для людей главное – насколько профессионально оказывается медицинская помощь



ны, невысокие оценки получили учреждения здравоохранения в Нижегородской и Курганской областях.

Результат активных действий

«В 2015 г. были сохранены и закреплены положительные демографические тенденции прошлых лет, – констатировала в своём докладе министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – За год продолжительность жизни увеличилась на полгода, до 71,4. Общая смертность снизилась более чем на 3,8 тыс. человек. Существеннее смертность снизилась у лиц трудоспособного возраста – более чем на 21 тыс. человек. Мы вышли на национально-исторический минимум по младенческой, материнской смертности. Благодаря активным программам психологической поддержки снизили число абортов по желанию женщин за год на 65 тыс., что внесло существенный вклад в повышение рождаемости.

Важно отметить, что указанные тенденции сохранились и в нынешнем году, за I квартал которого смертность населения снизилась более чем на 14 тыс. человек по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Данные изменения явились результатом активных действий по повышению доступности и качества медицинской помощи разных видов – от профилактической до высокотехнологичной. Движущей силой всех изменений в отрасли является двухмиллионная армия медицинских работников.

Во исполнение указа Президента Минздравом совместно со всеми субъектами Российской Федерации реализовывался комплекс мер по совершенствованию кадровой политики. Впервые были разработаны методики расчёта потребности каждого региона во врачебных и сестринских кадрах, позволяющие учитывать региональные особенности, а также структурные преобразования в отрасли и типовые отраслевые нормы труда.

В каждом регионе утверждена «дорожная карта» преодоления дефицита и дисбаланса медицинских кадров. В 2015 г. 43 субъекта Российской Федерации уже достигли плановых пока-

зателей обеспеченности врачами, однако в семи субъектах отмечено существенное отставание в реализации региональных кадровых программ, что потребовало введения практически ручного управления со стороны федерального Минздрава.

В целом по стране за 2015 г. число врачей, работающих в государственных медицинских организациях системы Минздрава, выросло на 1061 человека. Особенно важно, что при этом удалось сократить уровень кадровых дисбалансов. Так, по сравнению с 2012 г. выросло число врачей, работающих на селе, на 5,5 тыс. человек, или более чем на 11%. За один 2015 г. – на 3,9%. Во многом это произошло благодаря программе «Земский доктор», которая привлекла на село более 19 тыс. врачей (в 2015 г. – 3750 человек).

В 2015 г. впервые за последние годы удалось существенно увеличить число врачей по таким традиционно дефицитным специальностям, как анестезиология и реаниматология – почти на 900 новых специалистов в отрасли; онкология и рентгенология – по 400 специалистов; психиатрия, патологическая анатомия и ряд других. Важно отметить, что показатель соотношения числа средних медицинских работников к числу врачей в 2015 г. также увеличился на 8,5%, а по сравнению с 2011 г. – почти на 15%, и составил 2,4 к одному.

Одним из основных механизмов устранения кадровых дисбалансов является адресная целевая подготовка специалистов по заявкам регионов. Её эффективность, то есть процент возврата на подготовленные рабочие места в целом по стране, превысила 86%. Вместе с тем сохраняются межрегиональные различия, и в 6 регионах эффективность целевой подготовки была менее 50%, что требует принятия дополнительных организационных мер на местах.

Качество оказываемой медицинской помощи напрямую зависит от качества подготовки специалистов. За последние 3 года были обновлены все образовательные программы в рамках новых государственных образовательных стандартов. Программы обогащены современными фундаментальными биомедицинскими

и клиническими блоками, особое внимание уделялось практической подготовке в специально созданных симуляционно-тренинговых центрах в каждом медицинском вузе, а также у постели больного. Фактически сейчас всё направлено на подготовку выпускников к самостоятельной работе в первичном звене здравоохранения сразу после окончания вуза.

Все вузы системы Минздрава признаны эффективными на основе мониторинга Министерства образования и науки. Для дальнейшего выравнивания их образовательного потенциала в 2015 г. Минздрав объединил их в 13 научно-образовательных кластеров с применением перекрёстных образовательных технологий и средств контроля, общей электронной медицинской библиотеки, научно-образовательных баз.

С 2016 г. мы внедряем принципиально новую систему допуска к профессиональной деятельности – аккредитацию. Само профессиональное сообщество решает вопрос о допуске специалиста на основе комплексных процедур, соответствующих международной системе допуска к врачеванию, включающих медицинский ЕГЭ, подтверждение навыков и умений, способность решать ситуационные задачи.

Уже в этом году аккредитацию пройдут выпускники вузов по специальностям «Стоматология» и «Фармация», с 2017 г. мы начнём аккредитацию выпускников по всей группе медицинских специальностей, а затем планомерно и поэтапно перейдём к аккредитации всех медицинских работников.

Приведение уровня подготовки медиков к единым требованиям осуществляется через разработанную систему непрерывного медицинского образования. Созданный в этих целях портал непрерывного медицинского образования обеспечивает уже сегодня доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ с возможностью формирования индивидуально-го плана обучения, выбора не только теоретических программ, но и симуляционных тренингов, стажировок, циклов повышения квалификации. Частью системы непрерывного медицинского образования является внедряемый с прошлого года образовательный сертификат. Полностью система непрерывного медицинского образования охватит всех врачей к 2021 г.

Эффективность работы отрасли во многом определяется и уровнем подготовки управленческих кадров. В 2015 г. Минздравом проведена подготовка более 3 тыс. управленцев, курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях субъектов Российской Федерации. В качестве итоговой аттестационной работы был предусмотрен анализ финансовой деятельности конкретной медицинской организации и выработка на основе полученных знаний механизмов повышения её эффективности.

К концу года было информатизировано около 380 тыс. рабочих

мест врачей, или 57% от общего количества, что обеспечивает не только комфортные условия работы и возможность перехода на электронный документооборот, но и доступ к информационным ресурсам отрасли, к консультативным телемедицинским технологиям и к дистанционным модулям непрерывного медицинского образования. В 2016 г. мы планируем увеличить количество автоматизированных рабочих мест врачей до 70% от потребности.

Для формирования настоящего врача наряду с профессиональной подготовкой необходимо уделять особое внимание воспитанию душевных, моральных и личностных качеств. Мы воссоздали систему профориентации со школьной скамьи, в большинстве регионов возрождены лицейские медицинские классы и предвузовские курсы.

Сегодня у абитуриентов, поступающих в медицинские вузы системы Минздрава, наиболее высокий средний балл ЕГЭ, превышающий на 10 пунктов средний российский показатель. Конкурс в медицинские вузы Минздрава составил более 10 человек на место. Важно, что в последние 2 года появился конкурс в медицинские колледжи, который в 2015 г. составил уже около 4 человек на место. Это значит, что профессии врача и медицинских сестёр стали снова престижными. Мы надеемся, что из лучших абитуриентов будут формироваться лучшие студенты и лучшие медицинские специалисты страны.

В ближайшие годы нам предстоит завершить все начатые преобразования, прежде всего закрепить тесную и неразрывную связь кадровых потребностей каждого региона страны с адресной подготовкой кадров, сбалансированной по медицинским профилям и уровням системы здравоохранения. Для этого совместно с субъектами нам нужно дополнительно отшлифовать механизмы целевой подготовки медицинских работников.

Второе – гарантировать качество подготовки врачей и среднего медицинского персонала через поэтапное включение всех медицинских работников в систему непрерывного медицинского образования на основе инновационного развития биомедицины и под контролем аккредитации.

И хотелось бы сказать, что для гибкого управления кадровым потенциалом отрасли в настоящее время завершается формирование единой информационной системы, которая объединяет федеральный регистр медицинских работников, а также сведения об их участии в непрерывном образовании, в аккредитации, что позволит нам планировать кадровое развитие и адекватно реагировать на возникающие потребности отрасли».

В заседании приняли участие главы министерств и ведомств, полномочные представители Президента РФ в федеральных округах, а также руководители ряда регионов.

Подготовил
Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 2.)

Важное изменение произошло в истории госпиталя в 2003 г., когда постановлением главы администрации края к нему была присоединена краевая больница № 2. В результате объединения количество коек увеличилось до 640 (сегодня уже – 700) и была организована поликлиника на 900 посещений в смену.

– Когда я пришёл работать в госпиталь, как раз происходило объединение двух лечебных учреждений, – вспоминает С.Исаенко. – Перед нами стояли задачи – выйти на новые методики лечения, оснастить лечебное учреждение более современным оборудованием и обучить коллектив работе на нём. Но тогда и подумать не могли, что этот процесс получит такое мощное продолжение.

Сегодня диагностическая база отвечает всем требованиям: лабораторные исследования выполняются на современных анализаторах. В госпитале проводятся ультразвуковые, эндоскопические исследования, применяются современные методы рентгенодиагностики, в том числе и компьютерная томография. А ещё спирография, реовазография, реоэнцефалография и эхоэнцефалография, холтеровское мониторирование ЭКГ, стабилметрия и десятки других исследований. Все палаты отделения анестезиологии и реанимации имеют функциональные кровати с прикроватными мониторами и дыхательными аппаратами. Кроме того, в этом отделении имеется аппарат УЗИ и переносной рентгеновский аппарат.

Отремонтированный корпус, без преувеличения можно назвать новым лечебным комплексом. Он расширил возможности госпитального этапа лечения, позволил более рационально использовать имеющийся коечный фонд. В госпитале функционируют 32 лечебно-диагностических отделения, из них 11 стационарных, в которых ежегодно получают лечение свыше 13 тыс. ветеранов войн.

Качество жизни и лечение

– Мы всегда ориентировались на этапное оказание медицинской помощи, – продолжает С.Исаенко. – Поэтому наши ветераны стоят на учёте в поликлиниках по месту жительства, где проходят углублённую диспансеризацию. Именно участковые врачи, которые вместе с нами несут персональную ответственность за здоровье ветеранов, направляют их на лечение в госпиталь. Консультативная поликлиника помогает уточнить диагноз, если это по каким-то причинам не сделали по месту жительства.

Госпиталь работает в тесном взаимодействии со всеми краевыми лечебными учреждениями, заняв своё место в системе регионального здравоохранения. Мы прекрасно понимаем, что незачем конкурировать с коллегами. Специализированные центры обеспечивают высокий уровень оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Лучше прооперировать больного в краевой больнице, а подготовку его к операции или реабилитацию взять на себя врачам госпиталя. Или пригласить в госпиталь хирурга, который прооперирует больного в нашем операционном блоке. С другой стороны, не редко забираем ветеранов из других лечебных учреждений, чтобы они проходили лечение у нас с учётом своего пожилого возраста. Развиваем и определённые виды специализированной помощи. Но только те, которые наиболее востребованы лицами старших возрастных групп. Например, расширено офтальмологическое отделение.

– Хирургия в офтальмологии применяется на самом современном уровне, – вступает в разговор заведующая профильным отделением, доктор медицинских наук Елена Волик. – Но офтальмология абсолютно чётко ориентирована сегодня на амбулаторное лечение. Действующие стандарты требуют выписки больного из стационара буквально через несколько дней после операции. Но кто-то должен учитывать, что пожилые больные часто имеют серьёзные сопутствующие заболевания. А это требует проведения дополнительных обследований перед вмешательством и более длительного наблюдения за ними после его выполнения. И свя-

зано это не с офтальмологическими проблемами, а с общим состоянием здоровья наших ветеранов.

В результате операции сегодня идут настоящим потоком. Офтальмологическое отделение признано пионером в области лечения новообразований конъюнктивы. Здесь функционирует лазерная операционная и с помощью комбайн-микрохирургических систем ежедневно проводятся операции по удалению катаракты любой степени зрелости с имплантацией искусственного

Кулику сегодня уже 90, а война для него началась в августе 1943 г. Он принимал участие в освобождении Харькова, затем на Втором Украинском фронте громил кишинёвскую группировку фашистов. Довелось ему участвовать и в штурме Будапешта, именно там он встретил Великую Победу.

Как говорит ветеран, лечиться он не любит, но госпиталь считает лучшим лечебным учреждением в крае. Первый раз он был госпитализирован сюда по поводу грыжи 15 лет назад.

ное учреждение, к которому краевая администрация всегда относилась с предельным вниманием, – говорит председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко. – Кубанская земля всегда отличалась уважительным отношением к людям старшего поколения. Недавно завершившийся капитальный ремонт и переоснащение главного корпуса госпиталя для ветеранов войн будут способствовать развитию уникального лечебного учреждения. С каждым годом всё меньше с нами остаётся тех, кто пережил

войн колоссальная, – считает заместитель председателя Комитета по делам воинов-интернационалистов при совете глав правительств СНГ по медицинской и реабилитационной работе Галина Демченко. – Лучшие учреждения по обслуживанию ветеранов – это именно госпитали, гордость нашего здравоохранения, потому что за рубежом такие специализированные клиники редко встретишь.

Госпитали в России сейчас оказывают практически всю медико-социальную помощь, которая существует,

Ориентиры

Не на словах, а на деле



Реабилитация после инсульта – сложное дело

хрусталика. Освоена технология и впервые в крае выполнены операции по кератопротезированию – замены помутневшей роговицы сложным оптическим протезом. На днях офтальмологи госпиталя писали отзыв на применение лейко-сапфирового дренажа. Его установкой больным они занимаются с 2014 г. и считают, что отечественные аналоги по своим качествам не уступают импортным. Хотя стоят, безусловно, гораздо дешевле. И соответственно могут быть установлены большему числу ветеранов.

– Мы берёмся оперировать больных и старше 90 лет, – уточняет Е.Волик. – Ведь и на 100-летнем рубеже люди хотят видеть мир своими глазами, решаются на вмешательство, и мы должны предоставить такую помощь.

Можно о каждом отделении госпиталя рассказать немало поучительно. Проведённый ремонт позволил, например, на 8-м этаже создать реабилитационное отделение. Оно участвует в комплексном лечении ветеранов, применяя иглорефлексотерапию, методы мануальной и механотерапии. Здесь активно используются современные тренажёры, поскольку значительное число больных поступают в госпиталь после тяжёлых инсультов.

Ты, Кубань, ты наша Родина

Песня с таким названием, написанная в 1914 г. на русско-турецком фронте священником Константином Образцовым, в 1995 г. стала гимном Краснодарского края. Её слова знакомы каждому краснодарцу, ещё раз напоминая о традициях этой земли. А одна из них – уважительное отношение к старшему поколению. Госпиталь же именно то учреждение, где обязательно познакомишься с историей жизни людей, защищавших нашу страну в годы самой страшной войны за всё время существования человечества.

С одним из фронтовиков корреспондент «МГ» встретился во время посещения госпиталя. Василию

Его удачно прооперировали, вернули к привычному образу жизни. На этот раз перед майскими праздниками Василий Иванович простудился, заболел ОРВИ. Заведующая приёмного отделения, прослушав его лёгкие, настояла на госпитализации в пульмонологическое отделение. Здесь ветерана подлечили и на 15-й день, когда мы с ним беседовали, он уже готовился к выписке.

– После ремонта госпиталь ничем не уступает столичным клиникам, где я навещал однополчан, – уверен ветеран. – Коллектив – профессиональный, его отличает доброжелательное и внимательное отношение к пациентам.

И ещё несколько страничек из истории госпиталя – с 1948 г. в нём впервые на Северном Кавказе широко стала развиваться хирургия, основателем которой был ведущий хирург Владимир Красовитов и в то время начальник госпиталя Иван Петров. Здесь выполняли сложнейшие операции на органах грудной клетки, удаляя инородные тела из лёгких (которые хранятся и сейчас

сражения Великой Отечественной и завоевал для нас Великую Победу. Мы перед ними в долгу. Убеждена, что прошедшие полями войны ветераны – это та категория пациентов, для сохранения здоровья которых должны быть задействованы самые передовые медицинские технологии, созданы все условия. В Краснодарском краевом госпитале такое отношение к ветеранам реализуется не на словах, а на деле. Многие известные на Кубани врачи когда-то трудились в этом госпитале. Из этой плеяды заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Кубанского медицинского института, профессор Владимир Красовитов, имя которого в настоящее время носит клиника. Образцом служения своей профессии является и руководящий госпиталем сегодня Сергей Иванович Исаенко.

Совет ветеранов опекает госпиталь

В каждом районе существует общественная ветеранская комиссия, которая бдительно следит за лечением своих заслуженных земляков, они прекрасно знают номера телефонов начальника госпиталя и его заместителя, по которым всегда могут обратиться, когда возникает неотложная ситуация. Например, ветерану стало плохо в сельском районе... Госпиталь может задействовать 2 реанимобиля с полным комплектом оснащения, вовремя прийти на помощь или проконсультировать врачей края по телемедицине.

По инициативе вице-губернатора региона Анны Миньковой в Красно-

в том числе – высокотехнологичную. Это крупнейшие учреждения, укомплектованные очень квалифицированными кадрами, которые не понаслышке знакомы с тем, что называется «военной травмой».

С военными госпиталями мы работаем с 2002 г. В 2003 г. нами был проведён первый Международный конкурс госпиталей – от России представлено 48, а всего их было 62 из всех стран СНГ. Теперь каждый госпиталь предоставляет информационные материалы о проделанной работе. Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн им. В.К.Красовитова Министерства здравоохранения Краснодарского края в этом году отмечает своё 70-летие. Он был преобразован в госпиталь именно для ветеранов войн в 1946 г. Здесь стали развиваться хирургические подразделения, а с 2003 г., когда руководителем стал Сергей Иванович Исаенко, преобразование клиники ещё больше усилилось. В последнем конкурсе госпиталь занял первое место.

Это очень крупный госпиталь, и я его считаю лучшим в России. Проведённые ремонтные работы и переоснащение госпиталя современным оборудованием позволили эффективно использовать имеющийся коечный фонд, внедрить и применить в большинстве отделений современные методики диагностики и лечения ветеранов войн, улучшить основные показатели деятельности учреждения.

Сергей Иванович до вступления в должность начальника госпиталя руководил Министерством здравоохранения Краснодарского края. У него есть опыт и клинициста, и организатора, а также великолепное юридическое образование. Эти 3 составляющие и помогли ему сделать из госпиталя то, что есть сейчас. Исаенко укрепил материально-техническую базу в соответствии с развитием программы здравоохранения России. Госпиталь получил потрясающее оборудование на уровне мировых стандартов, что позволяет оказывать высокотехнологичную помощь, в частности – офтальмологическую и кардиологическую. Здесь великолепная психоневрология.

Будучи доктором медицинских наук, Исаенко смог сплотить команду специалистов со степенями докторов и кандидатов наук. В настоящее время госпиталь стал ведущим лечебно-диагностическим учреждением по лечению ветеранов Краснодарского края и Республики Адыгея. С 2013 г. госпиталь использует и методы телемедицины. А это позволяет коллегам давать консультации всему Кубанскому региону и Адыгеи.

В 2015 г. Президент РФ Владимир Путин за активное участие в патриотическом воспитании граждан и решении социально-экономических проблем ветеранов Великой отечественной войны наградил госпиталь памятной медалью «70 лет Победы в Великой Отечественной войне», а руководитель Организационного комитета по подготовке мероприятий, связанных с празднованием 70-летия Победы Сергей Иванов – благодарностью за активное участие в подготовке и проведении мероприятий, связанных с этим значимым для всех нас событием.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Краснодар.



Осколки снарядов, которые были удалены хирургами госпиталя из лёгких

в музее лечебного учреждения), при нагноительных процессах, опухолях, применяя эфирно-хлороформный наркоз.

Заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Кубанского медицинского института, профессор Владимир Красовитов не оставлял работу в госпитале на протяжении всей своей жизни. Без всякого преувеличения, он являлся учёным и хирургом мирового масштаба. И сегодня хирурги в нашей стране широко используют методики, внедрённые Красовитовым. А во время вьетнамской войны американские хирурги проводили свободную кожную пластику исключительно по методу Красовитова. Ныне, в память о выдающемся враче и учёном, госпиталь носит его имя.

– Краснодарский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн им. В.К.Красовитова – лечеб-

дарском крае активно развиваются выездные формы работы. Врачи госпиталя постоянно выезжают в территории края, тем самым они получают более полную картину о здоровье ветеранов. Госпиталь стал и своего рода социальным центром для них. Не зря же они его называют «Наш второй дом». Здесь пожилым людям помогают в решении социальных и юридических вопросов. Ценится ими и то, что госпиталь занимается организацией досуга в период лечения.

А начальник госпиталя доктор медицинских наук С.Исаенко умеет поставить вопросы, которые волнуют ветеранов, перед всеми ветвями власти. Для этого он участвовал в форуме Общероссийского народного фронта в Москве «За качественную и доступную медицину».

– Значимую функцию организации системы госпиталей для ветеранов

Современная демографическая ситуация в России с каждым годом ставит всё новые требования перед обществом. Растёт число людей с возрастными заболеваниями, повышаются требования к качественной медицинской помощи для престарелых и пожилых, к её доступности. Нельзя не замечать, что забота об обеспечении комфортных условий для жизни старшего поколения, решение социальных вопросов реализованы в целом ряде правительственных и ведомственных документов. Воспрянули духом специалисты, решающие проблемы пожилых. Геронтологи разрабатывают новые подходы к лечению, профилактике этой группы людей, гериатры активно внедряют их в практику. Об этом свидетельствует и прошедший в Москве Всероссийский конгресс по геронтологии и гериатрии, обсудивший актуальные вопросы службы. На нём собрались представители многих регионов – те, кто по-настоящему болеет за состояние дел в науке и практике, кто решает важные вопросы людей, составляющих треть населения страны. Какие вопросы служба уже решила, какие проблемы предстоит решить, что волнует специалистов – обо всём этом шёл разговор на прошедшем форуме.

Меняйте стереотипы!

С какой бы стороны мы не подходили к вопросу оказания медицинской помощи пожилым, решающая роль здесь принадлежит Министерству здравоохранения РФ. Заместитель министра Т.Яковлева, открывая конгресс, остановилась на ряде принципиальных вопросов, решаемых сегодня в главном ведомстве страны. Она подвела итоги тех преобразований, которые стали заметны в последние годы – о снижении детской смертности, внедрении трёх уровней системы оказания медицинской помощи в стране. Подчеркнув важность Концепции развития гериатрической службы в Российской Федерации для решения вопросов охраны здоровья старшего поколения, она выразила уверенность в том, что Всероссийский научно-клинический геронтологический центр – один из инициаторов конгресса, взявший на себя его организацию и проведение, успешно выполнит поставленные перед ним задачи по охране здоровья старшего поколения.

Надо прямо сказать, что молодому руководителю центра – ВНКГЦ по сути новой структуры, главному гериатру Минздрава России, доктору медицинских наук О.Ткачёвой предстоит нелёгкая работа. На энтузиазме решить сложнейшие проблемы научного и практического порядка вряд ли удастся, а значит – впереди большой труд. Но взяв на конгрессе слово, главный гериатр Минздрава России представила участникам своё видение, как строить предстоящую работу.

– Гериатрическая служба начала в последние годы активно меняться, – сказала она. – У нас появились стратегические документы о её структуре, финансировании, системе образования, она входит в общую систему оказания медицинской помощи, является её неотъемлемой составной частью. Разработаны профессиональные программы, появилась Межведомственная программа, в которой приняли участие 23 министерства и ведомства – медики, социальные работники, общественные организации, различные фонды. Особое значение сыграли принятый и утверждённый Минздравом «Порядок», который – содержит новые подходы к гериатрии, гериатрическим синдромам, оценке социальной помощи пожилым, качеству жизни этой категории пациентов. Ориентированная терапия – это новый гериатрический подход, когда каждый пациент вместе с врачом выбирает собственное лечение, врач помогает ему решить вопрос, и самое важное –

ся, что его подхватят коллеги за сотни километров в других коллективах. Предстоит вместе с ними изучить опыт жизни людей, достигших столетнего возраста, а только в Москве таковых около 3 тыс. Закончена подготовка проекта «Работа» – оценка потребности пожилых людей в труде. Создана амбулаторная карта больного, карта комплексной гериатрической оценки стационара, готовятся клинические рекомендации по питанию, физической нагрузке, врачи участвуют в подготовке пилотного проекта Департамента здравоохранения Москвы о пожилых пациентах с множественным хроническими заболева-

На какую идею мы должны работать?

Задав этот вопрос, наш патриарх геронтологии академик РАН В.Шабалин ответил на него просто и ясно: «Мы должны активизировать наше население на проблему продления жизни». И только при такой мотивации, считает он, можно рассчитывать на успех.



Выступает Татьяна Яковлева

Деловые встречи

Диалог поколений продолжается

Всероссийский конгресс геронтологов и гериатров обсудил проблемы здоровья старшего поколения

получит ли пациент то качество жизни, которое ему необходимо.

В своём выступлении О.Ткачёва затронула в частности вопрос о том, что забота о пожилым пациентом ложится сегодня на плечи врачей первичного звена, что утверждёнными Минздравом России документами предусмотрен один гериатр на 20 тыс. населения, а значит, связь специалистов необходима. Увы, врачи поликлиник загружены, часто не умеют общаться с пожилыми пациентами, у них отсутствуют навыки определения их состояния, а тем более должностителей. Участковая служба в гериатрии только выстраивается, но О.Ткачёва уверена, что и эта задача будет со временем решена.

Сегодня Минздрав России поручил центру провести исследования, которые позволят с медицинской точки зрения оценить пенсионный возраст человека, что почётно, но и ответственно, поскольку имеет государственное значение.

Уже сейчас готовится проект для врачей первичного звена, в его разработке примут участие гериатры не только Москвы, но и регионов. Также в столице готовится проект «Полезный гражданин». В центре надеются



Владимир Шабалин

ний, который меняет стратегию ведения пожилого больного с 60 лет, специалисты участвовали и в работе над известным уже сегодня проектом «50+». Заканчивая своё выступление, О.Ткачёва особенно отметила такую характерную особенность сегодняшнего дня – понимание людей, что гериатрия нужна и что внимание гражданского общества к проблемам пожилых растёт, а значит надо активнее их решать.



В зале заседаний

Негативные социально-экономические и политические процессы обуславливают ухудшение здоровья беременных женщин и рожениц и, следовательно, его качества у новорождённых и в целом подрастающего поколения. Число здоровых детей достигло критической черты и составляет по разным регионам от 2 до 10%. Во многом структура заболеваемости у детей совпадает со структурой заболеваемости у пожилых. Это свидетельствует о преждевременном патологическом старении и раннем поражении систем организма, деятельность которых при физиологическом старении нарушалась только с приходом старости или в поздний её период. То есть, серьёзное нездоровье молодых в России неизбежно обернётся тем, что последующие группы стареющих людей, достигающих одного и того же возраста, будут иметь более слабое здоровье, а заболевания приобретут более длительный характер и будут проявляться в период, предшествующий старости или в раннем пожилом возрасте.

Научные исследования имеют основополагающее значение при формировании, реализации и оценке государственной политики и программ, касающихся пожилых. К числу приоритетных следует отнести следующие направления фундаментальных и прикладных научных исследований: роль биологических, в том числе генетических факторов в процессе старения; изучение феномена долгожительства; профилактика преждевременного и патологического старения. При этом следует поощрять комплексные междисциплинарные исследования.

В заключении выступающий отметил, что разработка концепции является важным условием поддержания демографической, экономической, социальной и духовной безопасности Российской Федерации. Межпоко-

– Старость – это подарок, который даётся далеко не каждому, – подчеркнул академик в своём выступлении. – При разработке мотивации людей к активному образу жизни, долголетию надо, чтобы ощущение счастья приходило к человеку через работу. Важно, чтобы люди понимали, что такое старение. Одной из первоочередных задач при этом является обеспечение физиологического старения, под которым понимается естественный процесс, сопровождающийся постепенным угасанием функций организма, изменениями духовного, психологического и социального характера в условиях, исключающих или значительно снижающих воздействие факторов, неблагоприятно влияющих на этот процесс, ускоряющих его и способствующих наступлению преждевременной смерти.

Физиологическое старение, считает В.Шабалин, зависит от потенциала здоровья, который формируется, начиная с внутриутробного развития и далее в детском и молодом возрасте. В настоящее время в Российской Федерации потенциал здоровья молодёжи не позволяет прогнозировать физиологическое старение большинства населения.

ленческая разобщённость представляет собой опасную трещину в фундаменте государственной стабильности и устойчивого развития общества.

Возраст – не помеха

Тема гериатрического патронажа, как нового принципа организации медицинской помощи пожилым, прозвучала в выступлении доктора медицинских наук Н.Рунихиной.

Проведение комплексной гериатрической оценки (КГО) в традиционном варианте требует большего времени, чем при рутинном осмотре пациента, так же и специальной подготовки, и поэтому не может использоваться в повседневной практике врачами участковой поликлинической службы. Для предварительного отбора лиц с возможными гериатрическими проблемами могут использоваться скрининговые

которых полезен для их предупреждения и прогнозирования.

Когда нет равнодушных

Одним из регионов, достигших заметных результатов в оказании медицинской помощи пожилым пациентам, сегодня является Санкт-Петербург. И всё потому, что много лет назад в городе на Неве появился человек, который в годы «дремучего» отношения к гериатрии заложил основы её организационных принципов. Уже ушедшая, к сожалению, из жизни Э.Пушкова отдала до последнего все свои силы любимому делу – пожилым людям. Её сподвижники, ученики, продолжили работу и сегодня. Служба городского социально-медицинского геронтологического центра северной столицы, возглавляемая доктором медицинских наук Владимиром Серповым, является авангардом учреждений данного профиля в нашей стране. Главный врач поделился интересным опытом работы коллектива с участниками конгресса.

– Наша служба – не просто учреждение здравоохранения, оно взяло на себя особые функции по формированию у пожилых нового социального опыта, позитивной мотивации, активизации их жизненных сил. В центре широко проводятся научно-практические конференции, школы практиче-



Слово Ольге Ткачёвой

скалы, краткие опросники и тесты, составленные, как правило, с учётом национальных и культурных особенностей, языковой принадлежности пожилого населения.

Опираясь на результаты международных исследований, опыт отечественных учёных, мы предприняли попытку создания теста для предварительного отбора пациентов с признаками в медицинском понимании старости, или хрупкости, сказала Н.Рунихина. В соответствии с возложенной задачей этот тест должен отвечать двум основным критериям: обладать в достаточной степени информативностью и приемлемостью для использования в ежедневной врачебной практике.

Составленный краткий опросник «Возраст не помеха» объединил 7 вопросов о наиболее актуальных гериатрических проблемах и традиционно применяемых в аналогичных скрининговых тестах: вопрос о весе, о его непреднамеренном снижении, ухудшении слуха и зрения, о травмах и падениях, настроении, памяти, недержании мочи и т.д. При выявлении трёх и более основных гериатрических проблем пациенту необходимо пройти обследование у гериатра. Предварительно отобранных пациентов детализируют – общее состояние здоровья, степень снижения функций и уровень зависимости. Предложенная нами схема взаимодействия участковой и гериатрической службы, подчеркнула выступающая, позволит сосредоточить усилия гериатров на решении медицинских проблем людей с признаками старческой астении и обратить внимание лечащих врачей на проблемы, ассоциированные с возрастом, мониторинг

ской гериатрии, «Пушковские чтения», что улучшает качество работы коллектива, обогащает новыми знаниями специалистов.

Специализированную помощь врачи оказывают в 14 гериатрических кабинетах, в дневном стационаре на 187 коек, в 22 гериатрических отделениях. Такие показатели работы, как посещение гериатром пожилых на дому, длительность пребывания на койке и другие за последние 3 года всё лучше. За всеми этими фактами – большой труд коллектива, его неравнодушие и ответственное отношение к пациентам.

Когда в регионе накоплен интересный опыт, равнодушных к нему не бывает. И на этот раз в зале заседаний стояла особая тишина, когда слово взяла главный специалист по гериатрии Н.Осычная, рассказавшая о работе в Рязанской области и в том числе о клиническом госпитале ветеранов войн. В области внедрена трёхуровневая система оказания медицинской помощи пожилым. Первый её уровень – это амбулаторное звено, поликлиники, ЦРБ, участковые больницы, врачебные амбулатории, офисы ВОП, ФАПы. Второй уровень – межрайонные центры, и третий – специализированные медорганизации, госпиталь ветеранов войн, две областные больницы, кардиодиспансер и др.

Благодаря этой системе выигрывают все, но особенно жите-

ли сельской местности, которых в области 30%. Так, например, здесь активно функционируют ФАПы, фельдшерские пункты, а для повышения доступности лекарственного обеспечения в рамках программы «Старшее поколение» лицензии на фармацевтическую деятельность получили около 300 пунктов на базе ФАПов и 28 на базе врачебных амбулаторий, что помогает правильно реализовывать лекарства.

Но пожилые пациенты области получили много иных преимуществ. Для повышения доступности и качества помощи маломобильным гражданам пожилого возраста широко используется выездная работа. Благодаря социальному автопоезду «Забота и здоровье» привычными стали консультации, лечебно-оздоровительные мероприятия для пожилых. Многим предоставляются мобильные телефоны, чтобы у них была постоянная связь с социальными работниками, со скорой помощью.

Много актуальных вопросов о перспективах развития гериатрической службы прозвучало в выступлении региональных руководителей: главного врача госпиталя ветеранов войн Волгоградской области О.Кириллова, главного специалиста Комитета по здравоохранению Ленинградской области доктора медицинских наук А.Башкировой, главного специалиста Республики Башкортостан кандидата медицинских наук Х.Мустафина, главного врача Воронежской городской больницы № 4 Т.Черкашенко, с которыми мы постараемся познакомить наших читателей в своих публикациях, так как в работе каждого из этих учреждений есть те крупницы опыта, которые полезны для всех.

Люди иного менталитета

Когда мы говорим о тех, кто посвятил свою профессиональную жизнь борьбе за здоровье пожилых и стариков, мы действительно, во всяком случае, многие, считаем их людьми «другого менталитета». Их отношение к своим пациентам – это как ощущение лично себя, их почти болезненные признания в том, как много мы недодаём старикам, трогают до глубины души. Послушаем их.



Коллеги обмениваются мнениями

Э.ГРИГОРЬЕВ – начальник госпиталя ветеранов войн Великого Новгорода:

– Состоявшийся конгресс – это событие для геронтологов и гериатров. Принятие стандартов оказания помощи пожилым, о которых сегодня шла речь, это сигнал Министерства здравооох-

ранения, чем надо заниматься в территориях, поскольку в регионах специалисты сегодня работают, кто как может. Участники понимают, что гериатрия это не только наука, а целый комплекс мероприятий и что медицина начинается с педиатрии, а заканчивается гериатрией. Мне понравился форум. Специалисты получили информацию о том, куда мы движемся, есть хорошие наработки. Медицина сегодня – вещь дорогая и интересно было услышать об опыте США, где решение некоторых задач там передают в руки парамедиков. «Бомбой» я бы назвал «нововведение» в нашей стране, когда лицам старше 72 лет категорически запрещено вызывать врача, это недопустимо по отношению к пожилым, людям надо оказывать квалифицированную медпомощь. Порадовал Санкт-Петербург, где отлично организована работа городского центра геронтологии, именно такой должна быть региональная служба, мы – новгородцы у них учимся. К сожалению, Москва в этом смысле отстала. Надо сказать, что народа на конгрессе маловато, видимо, это некоторые организационные недоработки.

О.КИРИЛЛОВ – главный врач Волгоградского госпиталя ветеранов войн:

– Ветераны сфокусированы сегодня на своих болезнях и для них важны две вещи – поиск лекарств и чудо доктора. Первичное звено очень важно, участковый терапевт должен не только назначать таблетки, а обращать внимание, насколько та среда, в которой живёт пожилой, соответствует его функциональным возможностям, надо шире внедрять стационары на дому, врач должен активно посещать ветеранов. Справедливо сказано, что кадры решают всё, мы обучаем врачей первичного звена, 19-20 из них вскоре пройдут специализацию по гериатрии. Добиваемся, чтобы наш госпиталь стал базой для врачей и студентов, надо воспитывать у них светлый образ стариков. В каком бы возрасте не находился наш пациент, мы до последнего должны стоять на страже его здоровья. Вот возьмите свечу, когда она почти вся прогорела, остался маленький кусочек, но разве она горит менее ярко? Так и человек...

и много ценного, полезного для практики ведения гериатрических больных. Здесь был озвучен «Порядок» оказания гериатрической помощи, чего ранее не было, информация о трёхуровневой схеме её оказания. Практики услышали сообщение о комплексной гериатрической оценке пожилых пациентов, которая очень значима, как инструмент для работы гериатров. Нельзя не сказать, что акцент был сделан на старческой астении и её основной концепции в сегодняшней ситуации. Её профилактикой надо заниматься даже до наступления пожилого возраста, это следует обязательно взять на вооружение. Приходится отметить, что на конгрессе не так много народа. Это удивительно, я бываю на других конгрессах – терапевтов, кардиологов, пульмонологов, там залы «ломаются» от участников. Но это связано со спецификой гериатрии, она не так популярна, заманчива, как другие специальности, впечатляющих результатов от ожидаемого лечения она практически не даёт. Хочу отметить, что сегодня в эту профессию идут в основном люди особого склада, со спецификой душевного менталитета, которые понимают стариков, именно таких жизнь приводит в гериатрию. Но огорчаться не стоит, у гериатрии большое будущее, она станет набирать обороты, мы придём к тому, что наша специальность будет более значима и популярна и прежде всего среди терапевтов и семейных врачей.

* * *

Конгресс завершил свою работу. Много интересных докладов, сообщений прозвучало в одном из престижных залов столицы – Доме учёных. Участники в большинстве своём остались довольны тематикой, выступлениями, клиническим разбором больного. К удивлению, аудитория была сравнительно молодая, но вот геронтологов и гериатров старшего поколения, видных учёных можно было сосчитать по пальцам. Просчёт или организационные промахи?

Во всяком случае, эту «особенность» учесть в будущем надо, потому что диалог поколений – важнейшее требование времени, только вместе, только сообща можно решить тяжелейшую проблему современности. Конгресс, а можно считать его первым, удался, считает большинство его участников. И несмотря на то, что в специальности пока идут не многие врачи и есть опасность, что такая ситуация изменится ещё не скоро, тем более хочется порадоваться за тех, кто тянет тяжёлую, порой невыносимо тяжёлую и физически и морально, ношу на своих плечах.

В заключение своего выступления ведущая О.Ткачева сказала, может быть даже пророческие слова, обращаясь к аудитории: «Спасибо вам, что пришли сюда!». Пришли не только чтобы услышать коллег, узнать дальнейшие пути становления специальности. В этих словах надежда, что в гериатрию и геронтологию придёт новое поколение, которое принесёт «стареющей планете» новое отношение к старшему поколению.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 34 (1973)

Такая знакомая многим картина. Вчерашний кумир, спортсмен, любимец миллионов болельщиков вдруг настолько внешне меняется, что его даже трудно узнать. И, как правило, случается это после того, как он заканчивает свою карьеру. Но далеко не все «доходят до такой жизни». Если мы вспомним таких любимцев публики, как Игорь Бобрин, Лариса Латынина, Светлана Журова, Ирина Роднина, и многих других, то непременно улыбнёмся, отмечая, что эти выдающиеся спортсмены явно не пренебрегают теми основами здорового образа жизни, которые усвоили в молодости и до сих пор держат себя в отличной форме.

Одной из сложных проблем остаётся ожирение. По оценкам экспертов, около 75% мужчин и более 60% женщин в развитых странах будут им страдать в течение ближайших 15 лет. Проблема избыточной массы тела является актуальной не только для людей, не занимающихся спортом, но и для спортсменов, чей образ жизни, казалось бы, с точки зрения сбалансированности нагрузка/диета, является более чем идеальным. Во многих видах спорта, к сожалению, проблеме избыточного веса уделяют незначительное внимание. А вопрос остро стоит перед теми, кто занимается пауэрлифтингом, тяжёлой и лёгкой атлетикой (метатели молота, дискометатели и др.), перед борцами и боксёрами в тяжёлых весовых категориях. Сегодня очевидно, что этой проблемой нужно заниматься. Ведь по окончании спортивной карьеры начинается другая жизнь, порой с обострением заболеваний и травм. У спортсменов с избыточным весом тела появляются ишемическая болезнь сердца, артрозы, диабет. Этот перечень, к сожалению, очень длинный.

Методика определения
жировой ткани
в организме атлета

Контроль массы тела необходим. Мы предлагаем ещё раз убедиться в простоте и эффективности данной методики, которая позволит изменить некоторые стереотипы питания и активности у спортсменов. На их здоровье влияет не общая масса тела, а содержание в ней жировой ткани, которая, увы, контролируется только банальным измерением массы тела. Определение же общей массы жира в организме измеряют несколько иным способом, в частности калипером, определяя толщину кожной складки, причём в четырёх местах. Сумма данных складывается, и по таблице мужчины/женщины, возраста определяется нормальное содержание жировой ткани в организме.

Где проводить замеры? (См. рис.)

Складка в области трицепса. Замер производится в вертикальном положении, по центру руки.

Складка в области бицепса. Замер производится в районе бицепса.

Складка на спине (лопатка). Замер производится чуть ниже лопатки.

Складка на животе (талия). Замер производится чуть выше передней верхней ости подвздошной кости.

О вреде избытка жира говорить не стоит. Он общеизвестен. Но и недостаток его не является нормальным показателем для жизнедеятельности. Чтобы правильно ориентироваться, приводим данную таблицу.

Женщины, в отличие от мужчин, имеют более высокий процент жира, который считается нормальным. Но слабый пол и должен иметь его больше из-за физиологических различий. Также для проявления рельефа мышц и пресса нужно иметь не более 12% жира для мужчин и 14% для женщин. Избыток жировой

ткани в организме – это всегда нагрузка как для опорно-двигательного аппарата (крупные суставы, позвоночник), так и для желёз внутренней секреции, сердца, сосудов головного мозга и других органов.

Энергетический
расход

При окончании спортивной карьеры, у такой категории спортсменов, как атлеты, обмен веществ ещё некоторое время остаётся на прежнем уровне, а затем, жировой обмен явно понижен.



пищи в организм атлета и при недостаточной физической активности, вес тела начинает расти. Избыток жировой ткани требует ещё больше пищи. Таким образом замыкается порочный круг.

Жировой обмен изменяется за счёт гиперхолестеринемии. Кровь становится «жирной». Липопroteиды низкой и очень низкой плотности «вымещают»

жизни – и всё это следствие спортивной карьеры, завершённой неправильно, без дальнейшего профилирования в спорте, без дальнейших занятий. Ведь не секрет, что, заканчивая карьеру, спортсмены редко занимаются собой и сейчас их просто не узнать в виду избыточной массы тела. Избыток веса старит внешне и губит внутри.

Ожирение у спортсменов

Расчёт процента жира, %				Таблица	
Сумма в мм	Для Мужчин			Для Женщин	
	16-29 лет	30-49 лет	50 +	16-29 лет	30-49 лет
20	8,1	12,1	12,5	14,1	18,4
22	9,2	13,2	13,9	15,4	19,5
24	10,2	14,2	15,1	16,5	20,6
26	11,2	15,2	16,3	17,6	21,5
28	12,1	16,1	17,4	18,6	22,4
30	12,9	16,9	18,5	19,5	23,3
35	14,7	18,7	20,8	21,6	25,2
40	16,3	20,3	22,8	23,4	26,8
45	17,7	21,8	24,7	25,0	28,3
50	19,0	23,0	26,3	26,5	29,6
55	20,2	24,2	27,8	27,8	30,8
60	21,2	25,3	29,1	29,1	31,9
65	22,2	26,3	30,4	30,2	32,9
70	23,2	27,2	31,5	31,2	33,9
75	24,0	28,0	32,6	32,2	34,7
80	24,8	28,8	33,7	33,1	35,6
85	25,6	29,6	34,6	34,0	36,3
90	26,3	30,3	35,5	34,8	37,1
95	27,0	31,0	36,5	35,6	37,8
100	27,6	31,7	37,3	36,3	38,5
110	28,8	32,9	38,8	37,7	39,7
120	29,9	34,0	40,2	39,0	40,8
130	31,0	35,0	41,5	40,2	41,9
140	31,9	36,0	42,8	41,3	42,9
150	32,8	36,8	43,9	42,3	43,8
160	33,6	37,7	45,0	43,2	44,7
170	34,4	38,5	46,0	44,6	45,5
180	35,2	39,2	47,0	45,0	46,2
190	35,9	39,9	47,9	45,8	46,9
200	36,5	40,6	48,8	46,6	47,6

Энергетический расход, как известно, состоит из трёх частей:

- основной обмен (белковый, углеводный, жировой) – 60%;
- терморегуляция (20%);
- физическая активность (20%).

У спортсменов основной обмен уменьшается за счёт увеличения физической активности практически пропорционально. Энергетический сход сохраняет константу. За счёт увеличения физической активности с 20 до 50-60%, снижается основной обмен втрое. Терморегуляция практически постоянна.

При поступлении избытка калорийной

лиipoproteиды высокой плотности и создают жировой «каркас» в основных артериальных магистралах, создавая предпосылки к инфарктам и инсультам, диабету и артриту.

Заболевания, связанные
с избытком массы тела

Основные «тяжёлые» проблемы у спортсменов, связанные с избытком массы тела: ишемическая болезнь сердца, артрозы суставов конечностей, остеохондроз различных отделов позвоночника, сахарный диабет 2-го типа, апатия к

Диета

Борьба с дислипидемиями должна начинаться с изменения стереотипа питания и соблюдения диеты с низким содержанием холестерина (AHA Diet and Lifestyle Recommendations Revision, 2006).

В соответствии с результатами клинических рандомизированных исследований, чаще всего рекомендуется «средиземноморская» диета. Низкохолестериновая «средиземноморская» диета предписывает:

- отказаться от животных жиров (сливочного масла, жирных молочных и кисломолочных продуктов, сала, жирных сортов мяса);
- уменьшить применение баранины и говядины (заменяется птицей, дичью, крольчатиной);
- ограничить потребление яиц, исключить икру рыб;
- не менее 2 раз в неделю включать в рацион порцию источников Омега-3 – полиненасыщенных жирных кислот, способствующих снижению содержания триглицеридов в плазме и обладающих противовоспалительным и противотромботическим эффектом (морепродукты и жирная морская рыба: лосось, сельдь, палтус, ставрида, камбала);
- регулярно потреблять растительное, предпочтительно оливковое масло и растительную пищу, содержащую растительные стanoлы/стеролы (вещества, понижающие уровень липопroteидов низкой плотности) – грецкие орехи, миндаль, льняное семя, зерновые, бобовые, корнеплоды, а также свежие овощи и фрукты.

Во время активного тренировочного процесса, атлеты должны уделять больше внимания диете, активным восстановительным мероприятиям, сохранению гибкости и подвижности тела, водно-солевому балансу.

По окончании спортивной карьеры имеет смысл продолжать заниматься спортом постоянно – бегом ли, плаванием, велоспортом, ходьбой и т.д. Мы это называем перепрофилированием.

Эдуард НАУМЕНКО,
хирург,
кандидат медицинских наук.

Сергей МАТВЕЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор СПбГМУ.

Москва.

Санкт-Петербург.

Стоматологи, зубные врачи, их помощники – медицинские сёстры, а также зубные техники представляют собой многочисленный контингент медицинских работников, оказывающих массовую помощь населению в стоматологических медицинских организациях (СМО) различных форм собственности. Основная цель настоящей публикации заключается в том, чтобы указанные специалисты в процессе своей профессиональной деятельности выполняли соответствующие мероприятия, направленные на сохранение и укрепление их собственного здоровья, предупреждение возникновения возможной профессиональной патологии.

Исследования, проведённые В.Капцовым (1986), показали, что по уровню профессиональной заболеваемости стоматологи занимали третье место после патологоанатомов и инфекционистов, включая фтизиатров. Наши более поздние исследования (1990, 2002) структуры профессиональной заболеваемости стоматологов и зубных врачей установили, что на первом месте у них – болезни аллергической природы – дерматиты и экзема.

Изучение условий труда специалистов стоматологического профиля, проведённое гигиенистами в нашей стране, выявило характерные для них особенности трудовой деятельности, которые в ряде случаев могут стать факторами риска развития патологических отклонений в состоянии здоровья.

Неблагоприятные производственные факторы в работе указанных специалистов были сведены в следующие четыре группы:

- нерациональное устройство стоматологических кабинетов;
- специфика лечебного стоматологического приёма;
- нерациональность материально-технического оснащения рабочего места;
- нарушения организации трудовой деятельности.

В настоящее время правильное устройство стоматологических кабинетов регламентирует раздел V «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям» официального документа – СанПиН 2.1.3.2530-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Этот документ рекомендует минимальные нормативы размеров площадей лечебных кабинетов, вспомогательных производственных помещений и гигиенические требования к рациональному устройству их санитарно-технического оборудования (отопление, вентиляция, освещение).

Достаточные параметры помещений стоматологических кабинетов (длина, глубина, высота, площадь) обеспечивают нормальную величину воздушного куба на одного человека (врача, его помощника, пациента) и дают возможность размещать необходимое оборудование таким образом, чтобы качественно выполнять соответствующие лечебные манипуляции в положении пациента (сидя, лёжа, полужёжа), наиболее удобном врачу.

Соблюдение гигиенических нормативов размеров кабинетов создаёт комфортные микроклиматические условия (температура, относительная влажность, подвижность воздуха) на рабочем месте и необходимое качество воздушной среды, предупреждающее возможность передачи инфекций воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями.

Кроме этого, обеспечивается возможность рационального размещения в кабинете необходимого оборудования: стоматологическую установку, стоматологическое кресло для пациента, специальный стул для врача, столики для инструментария и медикаментов, вытяжной шкаф, письменный стол и канцелярский стул для заполнения медицинской документации, рабочее место медицинской сестры, кушетку для пациента и т.д.

Минимальный размер кабинета на одно стоматологическое кресло составляет не менее 14 м².

Правильно устроенные отопление и вентиляция должны обеспечивать нормальные микроклиматические условия на основных и временных рабочих местах, от которых напрямую зависят комфортные теплоощущения персонала и пациентов, а также качество воздушной среды кабинета.

В этой связи устройство и оборудование всех стоматологических поликлиник, вновь

Главные гигиенические аспекты профессиональной деятельности специалистов стоматологического профиля

строящихся или вводимых в эксплуатацию после реконструкции, независимо от формы их собственности (государственная, частная, ведомственная), должны полностью отвечать гигиеническим требованиям указанного выше документа.

Для того чтобы в СМО поддерживалось должное санитарное состояние, уже в течение ряда лет действуют аттестация рабочих мест по условиям труда (АРМУТ) и дополняющий её производственный контроль (ПК), организация и проведение которых возложены на администрацию организации – юридическое лицо или индивидуального предпринимателя.

Следующая группа производственных факторов в работе указанных специалистов связана с особенностями лечебной работы стоматологов и зубных врачей, которую справедливо квалифицируют как зрительную-мануальную, причём в близком контакте с ротовой полостью пациента.

Это означает, что врачи во время приёма вынуждены сильно напрягать зрение, чтобы заметить самые начальные элементы стоматологической патологии, причём малоконтрастные на тёмном фоне, которые могут иметь размеры менее 1 мм, и слабо отличаться по цвету от цвета здоровых тканей. Значит, помимо зрительного напряжения у врачей стоматологического профиля важны и такие функции зрительного анализатора, как цветоощущение и цветоразличение.

Они особенно востребованы в работе стоматологов-ортопедов, выполняющих протезирование зубов. Чрезвычайно важно подобрать цвет зубного протеза или отдельных протезируемых зубов, соответствующий цвету собственных зубов пациента. На конечном этапе лечения отсутствие такого соответствия нередко приводит к конфликтным ситуациям между пациентом и лечащим врачом, вплоть до судебных разбирательств.

В профилактике подобных ситуаций большое значение имеют рациональное освещение рабочего места врача и состояние его зрения.

Различают дневное (естественное) освещение и искусственное – общее и местное. Врачи должны помнить, что предпочтительнее подбирать цвет искусственных зубов при дневном освещении. В ряде случаев приходится использовать искусственное освещение, которое должно быть выполнено люминесцентными лампами типа ЛДЦ (дневного света с исправленной цветопередачей).

Важно напомнить, что в процессе работы со светоотверждаемыми композитными материалами, для сохранения зрительных функций и высокой работоспособности органов зрения, врач должен выполнять определённые правила, научно-обоснованные Н.Фроловой (2000).

Достаточность естественного освещения нормируют с помощью коэффициента естественного освещения (КЕО), который должен быть в кабинетах не менее 1,5%.

Искусственное общее освещение должно обеспечивать уровень освещённости рабочего места не менее 500 лк, а местное – не более 5000 лк, чтобы их соотношение составляло 1 : 10. Это необходимо для устранения возможности появления при переводе взгляда с более освещённых поверхностей на тёмные и наоборот, явления переадаптации очень утомительного для зрения.

Мануальные особенности врачей стоматологического профиля на поликлиническом приёме обусловлены тем, что в процессе диагностики и лечения, к которому они приступают сразу же после установления диагноза заболевания, приходится пользоваться разнообразными стоматологическими инструментами, совершая много движений мелкими мышцами кисти рабочей руки.

Гигиеническая характеристика стоматологического инструментария включает оценку его формы, размера рабочей части, конструкции рукоятки и качества материала, из которого инструмент изготовлен.

Инструментарий должен иметь форму, обеспечивающую высокое качество мытья (очистку), надёжную дезинфекцию и стерилизацию. Поиск инструмента с нужным размером рабочей части значительно облегчает хранение его по размерам, либо подбор необходимо проводить в наиболее освещённом месте кабинета.

Рукоятка стоматологических инструментов должна иметь конструкцию, учитывающую анатомо-физиологические функции кисти рабочей руки врача. Она не должна быть слишком тонкой или толстой, иметь утолщения и углубления, дающие возможность удобно её захватывать и прочно удерживать рукой без излишнего статического мышечного напряжения, как известно, более утомительного, чем динамическое напряжение.

Длительная работа инструментарием с нерациональной конструкцией рукояток может приводить к серьёзным нарушениям мышечно-связочного аппарата рабочей руки врачей, описанным в научной литературе: миозиты, тендовагиниты, писчий спазм и другие патологические состояния.

Материал, из которого изготовлен стоматологический инструментарий, должен выдерживать соответствующие режимы дезинфекции и стерилизации.

Важной особенностью лечебного стоматологического приёма является близкий контакт врача с полостью рта пациента, содержащей даже у здорового человека большое количество разнообразной микрофлоры. Больные же люди, кроме сапрофитной флоры, могут быть носителями и патогенной, включая возбудителей туберкулёза, гепатита В, ВИЧ-инфекции и др.

Препарирование твёрдых тканей зуба современными скоростными бормашинами и турбинами с водяным и воздушным охлаждением, как показали многочисленные исследования, приводит к рассеиванию микрофлоры полости рта пациента на расстояние в несколько метров, загрязняя воздушную среду и поверхности кабинета, что создаёт реальную опасность передачи внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Врач должен предупредить подобный риск, для чего перед началом препарирования твёрдых тканей он должен предложить пациенту прополоскать полость рта дезинфектантом, например, раствором хлоргексидина, и во время препарирования защищать свои органы дыхания одноразовой маской.

Для профилактики ВБИ во всех стоматологических кабинетах (терапевтических, хирургических, ортопедических, ортодонтических, смешанного приёма) необходимо строго соблюдать режимы дезинфекции или стерилизации, в соответствии с рекомендациями указанного СанПиН, так как многие стоматологические манипуляции сопровождаются контактом с кровью пациента.

Эффективными мерами профилактики ВБИ являются использование одноразового стерильного инструментария, и строгое соблюдение врачами правил мытья рук до и после приёма каждого пациента.

Мыть руки следует водой комнатной температуры, используя нейтральные сорта мыла, например, «Детское», тщательно вытирать руки индивидуальным полотенцем и на ночь смягчать кожу рук специальными кремами, чтобы предупредить возникновение её сухости.

Важнейшим гигиеническим аспектом профессиональной деятельности специалистов стоматологического профиля считают риск возникновения сенсibilизации их организма в результате постоянного профессионального контакта с множеством

медикаментов, пломбировочных и зуботехнических материалов, среди которых могут быть аллергены.

Основное правило работы с любыми материалами – не допускать их контакта с открытыми поверхностями кожных покровов. Это касается, в первую очередь, кожи рук, которые необходимо защищать одноразовыми медицинскими перчатками.

Для того чтобы среди новых стоматологических и зуботехнических материалов не оказалось материалов с аллергенными свойствами, экспертиза их аллергенности должна учитывать все возможные пути поступления в организм человека: слизистые оболочки и твёрдые ткани, дыхательные пути (респираторно), кожные покровы (перкутанно).

Свои профессиональные особенности имеет рабочая поза врачей-стоматологов, зубных врачей и зубных техников. Врачи могут работать в вынужденной рабочей позе сидя, стоя или же чередуя их. Зубные техники работают преимущественно в положении сидя.

Длительные (вынужденные) рабочие положения тела, сидя и стоя, считают нерациональными, так как они могут способствовать развитию преждевременного утомления, возникновению нарушений осанки (сколиозы, кифоз, кифосколиозы), остеохондроза шейного и плечевого отделов позвоночника, застоя венозной крови в органах малого таза и нижних конечностях, приводящего к таким видам патологии, как геморрой и тромбофлебит.

Профилактика указанных нарушений заключается в выборе рациональной рабочей позы в процессе лечения пациента.

Точные, кропотливые манипуляции, требующие длительного времени, следует выполнять, сидя на стуле, специально сконструированном для стоматолога. Он должен иметь хорошую опору для спины, предплечий, свободно вращающееся сиденье, перемещаться на роликах в пространстве помещения и прочно фиксироваться на месте под тяжестью тела.

Стоя необходимо выполнять вмешательства, требующие значительного физического усилия за короткий промежуток времени. Правильнее всего чередовать указанные рабочие позы, периодически перемещаясь по кабинету.

В помещениях стоматологических поликлиник персонал должен находиться в удобной сменной обуви с устойчивым каблуком высотой 2,5-3 см: мужчины – в ботинках, женщины – в туфлях. Тапочки и обувь на высоком каблуке неприемлемы в качестве рабочей обуви, поскольку при длительном использовании тапочки способствуют развитию плоскостопия, а туфли – преждевременного утомления.

Наблюдения выявили следующие возможные нарушения организации трудовой деятельности специалистов стоматологического профиля:

- график рабочего дня, не предусматривающий для каждого сотрудника чередование утренней и вечерней смен;
- ненормированный рабочий день сотрудников;
- отсутствие или недостаточное количество средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, очки, щитки);
- неблагоприятная психологическая обстановка в коллективе.

Своевременное устранение указанных нарушений нормализует рабочую обстановку, способствует высокой эффективности трудовой деятельности персонала, сохраняя его здоровье и повышая работоспособность.

Валентина КАТАЕВА,
профессор кафедры общей гигиены
Московского государственного медико-стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук.

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

– Минздрав России чрезвычайно озабочен проблемой заболеваемости, распространения ВИЧ и СПИДа, а также смертностью населения вследствие этого зловещего вируса. Озвучивать это неприятно, но данный вирус вольготно разгуливает по нашей стране. Это – эпидемия, – заявила заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения РФ Тереза Касаева. – За годы своего развития в России это заболевание «поразило» очень и очень многих. На сегодняшний день, согласно официальным данным, немногим менее миллиона наших сограждан являются носителями ВИЧ. Только за прошлый год более 12 тыс. россиян ушло из жизни вследствие данной патологии. Такие цифры требуют глубокого осмысления. На долю студентов-медиков нынешнего поколения выпало немало проблем. Одной из главных задач, стоящей перед современной медицинской молодёжью, по моему мнению, является противодействие распространению, выявление на самых ранних стадиях и профилактика ВИЧ. Федеральный Минздрав всячески пытается взять ситуацию под контроль – и с точки

Необходимо также понимать, что в настоящее время ВИЧ – это очень серьёзный диагноз, однако отнюдь не приговор. Современная противовирусная терапия способна поддерживать состояние организма больного ВИЧ, главным образом – иммунной системы на весьма удовлетворительном уровне. С этой патологией можно жить полноценной жизнью, создавать семьи, рожать и воспитывать детей. Общественное сознание должно перестроиться: больные ВИЧ не должны находиться в социальной изоляции. Они ничем не опасны для здорового населения, если иметь более или менее полноценное представление о путях распространения данного вируса. В то же время больные с ВИЧ-

XXI столетие – это такой век, где здоровые люди и больные СПИДом будут жить сообща. ВИЧ-инфицированные люди не должны быть изгоями в приличном обществе. Каждый из нас может «подхватить» данный вирус. Никто от этого не застрахован. Мнение о том, что только асоциальные группы людей могут болеть ВИЧ – атавизм. Это далеко не так, – заключил он.

Академик Н.Ющук не стал продолжать своё выступление: крупный учёный-инфекционист убеждён в том, что рассказывать о ВИЧ и СПИДе должен не он, а его учитель – один из основоположников эпидемиологии



Николай Ющук

в нашей стране, представив неоспоримые клинические доказательства на примере нескольких пациентов-иностранцев, работающих в тогдашнем СССР, «подхвативших» злосчастный вирус за рубежом и вплоть до первого гражданина нашей страны, положившего начало эпидемии СПИДа в России.

В.Покровский подробно и досконально рассказал все детали научного продвижения на этом поприще, продемонстрировав аудитории блестящую память и ясность мышления, несмотря на весьма пожилой возраст. В заключение мэтр пригласил студентов, проявляющих интерес к инфекционным заболеваниям, для прохождения последилового обучения в ординатуре и аспирантуре в ЦНИИ эпидемиологии. «У нас есть всё для вашего становления как учёных-клиницистов. Мы всегда рады молодёжи», – закончил своё выступление академик под аплодисменты аудитории.

Ложные стереотипы

– К великому сожалению, вплоть до настоящего времени в обществе сложилось мнение о том, что ВИЧ – это ложь, несмотря на все научно-практические опровержения этой, по меньшей мере, глупой теории, – обратился к аудитории профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ Юрий Мартынов. – Всё это свидетельствует о низкой информированности населения. Как следствие – в обществе формируются ложные стереотипы и рискованные модели поведения, в том числе – сексуального плана, – констатировал он.

На сегодняшний день по официальным данным во всём мире около 34 млн человек живёт с ВИЧ-инфекцией. По прогнозам одного из ведущих учёных нашей страны в этой области – руководителя Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академика РАН Вадима Покровского, к концу нынешнего года общее количество носителей ВИЧ-инфекции в России превысит миллион человек, что является весьма тревожным сигналом не только для медицинской общественности, но и общества в целом. Иными словами – эпидемия продолжает развиваться.

И ещё одна тревожная тенденция: происходит смещение впервые выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов на более старшие возрастные группы. До 70% нынешних российских пациентов с ВИЧ – это люди старше 30 лет. Наряду с этим в нашей стране отмечается рост количества случаев полового пути передачи инфекции, а в столичном регионе он целиком и полностью доминирует.

«Нам необходимо в срочном порядке повысить информированность населения обо всех путях и способах распространения ВИЧ-инфекции. Каждому человеку необходимо знать свой ВИЧ-статус. Это позволит изменить модель своего поведения. Кроме того, применение современной высокоэффективной антиретровирусной терапии (наряду с клиническим эффектом – Д.В.) будет снижать риск возможного дальнейшего распространения этой зловещей инфекции. Нынешняя акция является важнейшим звеном в борьбе с эпидемией ВИЧ и СПИДа на территории нашей страны», – резюмировал мероприятие Ю.Мартынов.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Акции

Идёт борьба с эпидемией...



Валентин Покровский

зрения контрольно-надзорных мероприятий, и со стороны нормативно-правового обеспечения всего необходимого объёма медицинской помощи... Однако без тесного взаимодействия с профессиональной средой, общественностью и молодёжными организациями нам в одиночку на этом поприще успехов не достичь и проблем не решить. Это нужно чётко осознавать и принять как данность, – заключила она.

Вовсе не приговор

К сожалению, наше население отнюдь недостаточно информировано о проблеме распространения ВИЧ, о коварстве этого микроорганизма. Медицинская активность россиян также находится отнюдь не на высоком уровне – особенно в небольших городах и сельской местности. Казалось бы, наступила эпоха интернета, в свободном доступе находится уйма самой разнообразной информации... Только всё это, словно вопреки очевидным вещам, никак не стимулирует наших сограждан к ведению здорового образа жизни, прохождению регулярной диспансеризации. Такой пренебрежительный подход к собственному здоровью позволил бы не только выявлять самые разнообразные патологии со стороны организма, но и сокращать государственные затраты, которые и без того ничтожно малы, на медицину и здравоохранение – предупредить болезнь не только легче, но и дешевле, нежели лечить.

инфекцией должны получать терапию на постоянной основе. Прервать лечение – значит уступить болезни, дать ей шанс на победу.

Как известно, ВИЧ в нашей стране имеет свои особенности. В отличие от США, Кана-

ды и стран Европейского Союза, в целом по России преобладает парентеральный путь передачи этого вируса. Однако и в плане передачи данного микроорганизма половым путём далеко не всё безоблачно, особенно в крупных городах. Регистрируются всё новые случаи гетеросексуального пути передачи ВИЧ. Это говорит об одном: инфекция широко внедряется и в благополучные слои населения, а не только в социально-уязвимые, что, вне всякого сомнения, является весьма тревожным знаком.

– Я рад приветствовать всех собравшихся. Наше мероприятие приурочено к 33-й годовщине Всемирного дня скорби по погибшим от СПИДа. К сожалению, эпидемия ВИЧ только нарастает. И эта проблема носит общемировой характер. Как следствие – число смертей от СПИДа будет только расти, – отметил президент МГМСУ, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии, академик РАН Николай Ющук. – К нам должно прийти понимание того, что

в нашей стране, выдающийся учёный-клиницист в области инфекционных заболеваний в целом и ВИЧ в частности, директор Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН Валентин Покровский.

– Я считаю Валентина Ивановича своим главным учителем в профессии. Он создал огромную школу клиницистов-инфекционистов и эпидемиологов. Однако ни один из учеников не превзошёл своего учителя. И вряд ли кто-то превзойдёт. По моему мнению, никто из инфекционистов не может или вряд ли сможет сравниться с ним в каком-либо из аспектов этой клинической специализации. Академик Покровский – легенда российской науки, корифей отечественной инфекционной службы и врачебного дела. Хочу напомнить аудитории, что Валентин Иванович около 20 лет возглавлял сначала Академию медицинских наук СССР, а в дальнейшем РАМН. Именно он первым описал больного ВИЧ-инфекцией в нашей стране, – сказал Н.Ющук.

Экскурс в прошлое

– Уважаемые коллеги, позвольте мне не во всём согласиться с представленной здесь позицией Минздрава России. С моей точки зрения, головное отраслевое учреждение нашей страны в борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом явно

не дорабатывает, – критично подчеркнул В.Покровский.

Академик Покровский не стал повторять слова предыдущих спикеров. Корифей отечественной инфекционной службы предпочёл рассказать молодёжи об истории изучения проблемы ВИЧ и СПИДа в нашей стране: от первых упоминаний в научной литературе и первых пациентов в нашей стране вплоть до современности. Стоит заметить, что аудитория, затаив дыхание, слушала увлекательные рассказы академика, то и дело сопровождавшиеся остроумными комментариями с его стороны.

– Данный вирус был открыт в 1980-е годы двумя независимыми друг от друга научными группами – из США и Франции. Советская идеология отнюдь не способствовала стремительному развитию отечественной науки на поприще изучения ВИЧ – поначалу считалось, что ВИЧ представляет собой болезнь гомосексуалистов, а такого, как известно, в СССР не было. Когда в западной литературе появились первые сведения о ВИЧ-инфекции у женщин, то в нашей стране это вновь опровергли: в стране Советов проституции тоже не было. Официально. По идеологическим соображениям, – рассказал В.Покровский.

Тем не менее, отечественным учёным во главе с академиком В.Покровским всё-таки удалось доказать существование ВИЧ



Вот они – добровольцы

Авторитетное мнение

Скальпель против ожирения и диабета

Почему в нашей стране столь важный раздел хирургии остаётся факультативным?

– В отличие от России, в большинстве стран мира бариатрическая хирургия занимает полноценное место в медицине. Там страховые компании подсчитали ущерб, который наносит государству и гражданам лечение осложнений ожирения и сахарного диабета 2-го типа – потери зрения, почечной недостаточности, ампутации конечностей, – а также выплата пенсий по инвалидности данной категории больных. Эти затраты многократно выше, чем расходы на хирургическое лечение ожирения и диабета. Гораздо выгоднее своевременно оперировать таких людей и возвращать им трудоспособность.

– **Насколько многочисленно общество бариатрических хирургов в нашей стране?**

– Сегодня членами общества являются около 90 человек. Помимо Москвы и Санкт-Петербурга такие операции выполняются на регулярной основе в Самаре, Тюмени, Калининграде, Новосибирске, Ставрополе, Воронеже, Рязани, и еще некоторых городах.

– **Как вы полагаете, служба хирургии ожирения должна быть в каждом крупном городе России, или в этом нет необходимости?**

– Думаю, в каждом регионе, но только на базе крупных стационаров, а именно областных больниц или вузовских клиник, где имеется необходимый уровень технической оснащённости и хорошее анестезиологическое обеспечение.

Почему пока не так много хирургов занимается метаболической хирургией? Не все клиники имеют достаточный уровень оснащённости – это лишь одно из ограничений. Нередко хирург, который заинтересовался данным разделом, прошёл специальное обучение и хотел бы начать в своей больнице делать бариатрические операции, сталкивается с полным непониманием со стороны администрации и коллег. Это очень большая проблема в регионах.

Многие, например, не понимают, зачем удалять здоровый орган? Ведь бариатрическая хирургия является той областью медицины, где операция выполняется именно на здоровых органах, в этом её специфика. Чтобы вылечить пациента, страдающего метаболическим синдромом, нужно удалить ему часть здорового желудка или вмешаться в работу здорового кишечника, «выключив» один из его участков из процесса пищеварения. Но делается это для того, чтобы избавить человека от ожирения, сахарного диабета 2-го типа, риска тяжёлых осложнений и преждевременной смерти.

Сегодня мы часто сталкиваемся с ситуацией, когда не только хирурги, но в ещё большей степени терапевты и эндокринологи не знают, что такое бариатрическая операция, с какой целью она выполняется, к каким результатам приводит. Не просто не знают, но и не хотят знать. Им проще адресовать оперированного пациента за консультацией туда, где его оперировали, чем самим вникать в тему и пытаться помогать больным.

Состоявшийся в Москве Международный бариатрический конгресс изначально был задуман, не как «клуб по интересам», где хирурги могли бы обменяться друг с другом опытом применения той или иной оперативной технологии. Организаторы поставили более широкую задачу – объединить вокруг темы «хирургическое лечение ожирения и сахарного диабета 2-го типа» врачей разных профилей, а именно хирургов, анестезиологов, эндокринологов, психотерапевтов, диетологов и даже специалистов в сфере экономики здравоохранения.

Надо признать, в представлении не только обывателей, но и большого числа представителей врачебного сообщества бариатрическая (метаболическая) хирургия, так же, как эстетическая хирургия и психотерапия, выглядят в чистом виде баловством, удовлетворением прихоти людей, сначала растолстевших, а теперь пожелавших стать стройными. С такой оценкой категорически не согласен профессор кафедры семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, президент Общества бариатрических хирургов России Юрий ЯШКОВ.

– **Рискну предположить, чем это обусловлено. Бариатрические хирурги отнимают хлеб у эндокринологов, которые пожизненно лечат больных сахарным диабетом. Не исключено, что свою роль здесь играют фармкомпании – производители сахароснижающих препаратов и таблеток «для похудения». Вы зашли на поле чужого бизнеса.**

– Не думаю, что хирурги могут оставить без работы эндокринологов. Фронт работы огромен, её хватит всем. Судите сами: на всю многомиллионную Россию мы сегодня оперируем, может быть, одну десятитысячную часть (или сотую долю процента) людей, которые вообще в этом нуждаются, то есть выполняем всего 4-5 тыс. бариатрических операций в год. При том, что заболеваемость ожирением в нашей стране ничуть не меньше, чем в США или в Европе. Более того, на конгрессе прозвучали данные, что Россия на четвёртом месте в мире по распространённости ожирения. Поэтому говорить о том, что мы можем перейти дорожку фармацевтическому бизнесу, не приходится.

И, кстати, что могут предложить фармкомпании для лечения ожирения? Ничего, кроме единственного препарата, который на сегодняшний день официально разрешён в мире. Кому-то он поможет, а, скорее всего, нет, и остаётся только вариант хирургического вмешательства.

Другое дело – лечение пациентов с сахарным диабетом, где на фармацевтическом рынке представлен широкий спектр сахароснижающих препаратов. Здесь такая ситуация действительно может иметь место, потому что некоторые виды хирургических операций, а именно гастрешунтирование и билиопанкреатическое шунтирование, с высокой, почти 100% вероятностью позволяют пациентам компенсировать углеводный обмен. То есть нормализовать уровень глюкозы без дополнительного приёма лекарственных препаратов. Но и в этом случае пациент должен по-прежнему оставаться под динамическим наблюдением эндокринолога, только вектор работы этого специалиста меняется: даже если у пациента нормальный уровень сахара, он нуждается в профилактике нарушений кальциевого обмена после бариатрической операции. То есть в чём-то мы заменяем эндокринологов, а в чём-то наоборот, обеспечиваем им дополнительную сферу деятельности.

Иными словами, в части помощи больным с метаболическими нарушениями речь идёт уже не столько о комплаенсе пациента с хирургом, сколько о комплаенсе эндокринологов с хирургами.

– **Звучит на самом деле непривычно – хирургическое лечение сахарного диабета. Ведь у большинства бариатрическая хирургия прочно ассоциируется только с ожирением.**



– Действительно, пациенты с массой тела не только свыше 100, но и более 200 кг уже не казуистика в практике метаболических хирургов. И, к счастью, не у всех наших пациентов есть в анамнезе сахарный диабет: если мы посмотрим обычный контингент с морбидным ожирением, примерно 27-30% из них страдают сахарным диабетом 2-го типа, который развился на фоне ожирения.

Практика показала, что хирургические методы, в том числе операция гастрешунтирования, билиопанкреатическое шунтирование обладают мощным антидиабетическим эффектом, который является альтернативой и даже превосходит по эффективности любые известные виды медикаментозной терапии. Не у всех, но у большинства пациентов, чтобы добиться нормализации глюкозы в крови, достаточно уменьшить желудок до объёма 100-150 мл.

На прошедшем бариатрическом конгрессе были представлены результаты исследования, которое выполнено в Эндокринологическом научном центре Минздрава России. Наблюдения показали, что уровень глюкозы в крови после билиопанкреатического шунтирования компенсируется у 98,5% больных сахарным диабетом 2-го типа. Причём, без медикаментозной поддержки и без соблюдения специальных диет. В нашей совместной группе наблюдения компенсация удерживается на протяжении уже более 5 лет.

Кстати, к хирургам стали всё чаще обращаться люди, для которых собственно ожирение не является проблемой, а основная задача для них – скорректировать сахарный диабет, чтобы избежать осложнений заболевания и преждевременной смерти. Это могут быть даже люди с массой тела 85-90 кг, но при этом имеющие клинически значимый и даже инсулинопотребный диабет 2-го типа. И таких пациентов становится всё больше и больше, что также подчёркивает важность данного раздела хирургии.

– **Юрий Иванович, как вы полагаете, займёт ли в нашей стране бариатрическая хирургия должное место, или так и останется «факультативом»?**

– Должна занять. Потому что ни сегодня, ни в обозримом будущем других таких же эффективных методов лечения ожирения и сахарного диабета 2-го типа не просматривается. А вот пациентов, судя по числу детей и подростков с избыточным весом, будет только прибавляться.

Кстати, следует отметить, что в настоящее время в России какой-то глобальной политики в области профилактики и лечения ожирения у детей и подростков не существует. Между тем, семейные случаи ожирения и диабета 2-го типа – достаточно частое явление, и у нас уже много случаев, когда оперируются родители и дети. Не будем говорить о генетике, всё гораздо проще – в доме вырабатываются неправильные привычки питания, семья «подсаживается» на еду.

В то же время профилактика метаболических нарушений – важное направление, и во многих странах этому уделяется большое внимание. Можно сидеть в кафе и смотреть на большом экране видеоролики о вреде переедания и пользе занятий спортом. Я видел такое за рубежом, но никогда ничего подобного не видел в России.

– **Трудно даже представить, чтобы российские рестораторы позволили у себя в заведениях крутить подобное кино...**

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Тенденции

Спасённых детей становится больше

Это происходит благодаря современному оборудованию и мастерству врачей

Пермские врачи в течение года уже спасли 100 детей с экстремально низкой массой тела, которые не выжили бы без специальных условий выхаживания и высокотехнологичного оборудования. В конце прошлой недели ещё один маленький пациент, весивший при рождении меньше килограмма, отправился домой.

В середине февраля за 90 дней до предполагаемой даты родов в Пермском краевом перинатальном центре родился малыш весом 800 г. Почти 3 месяца врачи боролись за жизнь маленького пациента:

выхаживали в специальном кувете, способном поддерживать температуру и влажность аналогичной утробе матери; вводили препараты, способствующие созреванию лёгких ребёнка, боролись с анемией тяжёлой

степени, проводили аппаратную поддержку дыхания.

– Масса тела от 500 до 1000 г считается экстремально низкой. Такие дети рождаются с целым комплексом проблем, с которыми не справиться без применения современных методик лечения и специальных условий выхаживания. Этот период составляет от 100 дней до 6 месяцев, затем мы наблюдаем таких пациентов до 3 лет, – рассказывает заместитель главного врача Пермского

краевого перинатального центра Вера Лошкарёва.

На данный момент жизни февральского новорождённого ничего не угрожает. После сложной интенсивной терапии малыш прибавил в весе 1,5 кг. Вместе с мамой в середине мая он выписан домой.

«Ещё 3 года назад выживаемость пациентов с экстремально низкой массой тела была около 50%. За последние годы её удалось увеличить до 80%. Это

связано с внедрением новых комплексных методов лечения, использованием современного оборудования и высококласной работой врачей. Только за год они спасли 100 детей, которым природа просто не дала шансов выжить», – говорит министр здравоохранения Пермского края Ольга Ковтун.

Дмитрий ПРОТОПОПОВ,
сотрудник Министерства
здравоохранения Пермского края.

Проблемы и решения

В десятке «сильнейших»

Рак яичников занимает печальное лидерство по распространённости у женщин

В развитых странах от рака яичников умирают больше женщин, чем от других видов онкологических патологий женской репродуктивной системы. В мире он находится на 8 месте по распространённости и на 7 по значимости среди причин смерти от рака среди женщин (более 140 тыс. смертей в год).

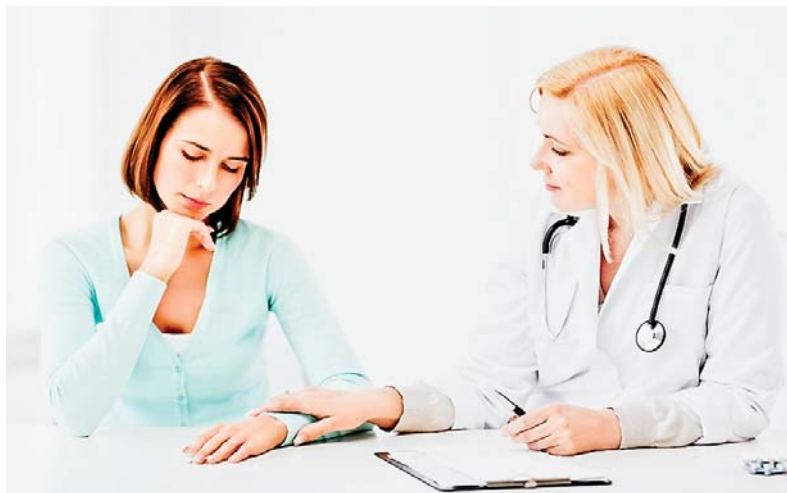
Такой диагноз поставлен более чем 13 тыс. россиянок, что составляет 70,5 человек на 100 тыс. населения, причём 23% летальных случаев приходится уже на первый год выявления заболевания.

Но внимание обращают на себя не только эти цифры, тревожные сами по себе. Не менее важно то, что число заболевших не уменьшается, равно как и количество выявления рака яичников на поздних стадиях (на сегодня у 40% женщин заболевание обнаруживается на III стадии).

– Причина развития рака яичников до сих пор неизвестна, – говорит заведующая отделением клиничко-диагностической лаборатории клинической больницы Управления делами Президента РФ кандидат медицинских наук Ника Стериополо.

Среди факторов, которые могут повысить риск его развития, она называет возраст женщины (средний и старше среднего), семейный анамнез (до 5% случаев), наличие других видов рака – молочных желёз, матки или колоректального. Настораживать должен и эндометриоз; отсутствие беременности или проблемы с тем, чтобы забеременеть и ряд других.

– На наличие рака яичников могут указывать один или более признаков, таких, как повышенный уровень вагинальных кровотечений или выделений; боли в тазовой или брюшной области или в спине; вздутие живота как при тяжести в желудке или передании и быстрое насыщение пищей, – говорит Н.Стериополо. – Нельзя пропустить и такой симптом, как изменение привычек личной гигиены, например, очень редкое или затруднённое мочеиспускание, запоры или диарея.



Для предотвращения опасных недугов всегда важно раннее обследование

Однако все эти проявления не являются эксклюзивными для рака яичников: они могут указывать и на другие заболевания, а значит, не способны быть достаточным основанием для постановки такого диагноза.

Поэтому столь важны постоянные обследования у гинекологов, о которых медики не устают повторять пациенткам. Тем более, что в данном случае группа риска достаточно обширна.

Сложностью при диагностике рака яичников является именно то, что на ранних стадиях у него часто не бывает специфических симптомов (именно поэтому столь высок процент обнаружения заболевания на поздних стадиях). Иными словами, не существует простого и надёжного способа скрининга при отсутствии каких-либо признаков или симптомов.

Чаще всего для выявления рака яичников используют 2 теста – трансвагинальное УЗИ (TVUS) и анализ крови на СА-125.

– Трансвагинальный ультразвук – это тест, в ходе которого для изучения матки, фаллопиевых труб и яичников используются звуковые волны путём размещения во влагалище специального ультразвукового датчика, – поясняет Ника Александровна. – Такая процедура может помочь выявить объёмное образование (опухоль) в яичнике, однако фактически не указывает на его

доброкачественный или злокачественный характер.

Исследование СА-125 направлено на выявление белка в крови. Это важно, поскольку у многих женщин, имеющих данное заболевание, уровень СА-125 (ракового антигена) высок. Такой тест может быть полезен в качестве опухолевого маркера во время лечения женщин с диагностированным раком яичников: если оно «работает», то и уровень белка снижается.

Однако диагностическая чувствительность такого метода – 70-78%. С одной стороны, это вроде бы много. А если вдуматься, понимаешь: примерно в трети случаев заболевание оказывается не выявленным.

– Относительно новым, но перспективным маркером для определения опухоли является HE4 (белок эпидидимиса человека), – рассказывает Н.Стериополо. – Он также используется вместе с СА-125 в рамках методики ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm), то есть алгоритма установления риска рака яичников. Индекс ROMA применяется для того, чтобы оценить возможность развития эпителиального рака яичников у женщин с новообразованиями в области малого таза в пре- и постменопаузе.

Известно, что некоторые женщины являются носителями мутаций в генах BRCA. (BRCA1/2 – Cancer susceptibility gene). Дан-

ные мутации ассоциированы с повышенным риском возникновения рака молочной железы, яичников и других видов рака в молодом возрасте.

– Обычно гены BRCA (отвечающие за восстановление ДНК клетки) помогают защитить женский организм от развития рака, – поясняет Н.Стериополо. – Но когда в них имеются генетические изменения или мутации, они перестают выполнять свою функцию, что может привести к развитию рака.

Для предупреждения заболевания или выявления его на ранней стадии, врачи рекомендуют в первую очередь регулярное посещение гинеколога и своевременное информирование его про какие-либо нерегулярные кровотечения из влагалища, вздутие живота или боли в животе. Также значимым является использование барьерных средств контрацепции; регуляция числа беременностей и родов; профилактика абортов; отказ от курения и поддержание оптимального веса.

Очень важно формирование группы онкогенетического риска – тщательный сбор семейного анамнеза (заболевания раком яичника и молочной железы среди родственников).

При этом некоторые исследования показывают, что в определённой степени на риск развития данного заболевания могут повлиять роды и особенно – кормление грудью.

Однако важно помнить: абсолютных рекомендаций здесь нет и быть не может. В каждом отдельном случае советы женщине может дать только её лечащий врач.

Что же касается лечения, то в зависимости от типа рака яичников и степени его распространения применяются такие способы, как оперативное вмешательство, химио- и лучевая терапии.

Как и во всех остальных случаях, наиболее эффективным оно бывает при раннем выявлении. Согласно рекомендациям Европейского противоракового союза, это – главное условие снижения смертности.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Сотрудничество

Первый совместный медицинский симпозиум по диагностике и лечению онкологических заболеваний проведут сахалинские и японские онкологи в конце октября в городе Саппоро (остров Хоккайдо, Япония), сообщили в правительстве Сахалинской области.

Онкологи объединяются

Симпозиум будет проводиться на территории Университета Хоккайдо в Саппоро. Сахалинские доктора также смогут посетить передовые клиники города, ознакомиться с их работой. Детали будущей конференции с делегацией японских врачей и представителей губернаторства Хоккайдо обсудила заместитель председателя регионального правительства Наталья Старцева.

Стороны также договорились о развитии сотрудничества в данной сфере медицины. «Онкологические заболевания наряду с сердечно-сосудистыми – главные причины смертности населения во всём мире. В борьбе с ними важна профилактика и ранняя диагностика. Конкретными наработками в этом отношении с сахалинскими коллегами готовы поделиться японские врачи», – отмечают в правительстве региона.

Н.Старцева предложила японским гостям сформировать план конкретных действий по развитию сотрудничества в онкологии. Отражение в нём должны найти не только совместные симпозиумы и встречи медиков, но и технологии телемедицины – обмен опытом между врачами на расстоянии в режиме онлайн. Предлагается также организовать телетрансляцию на Сахалин первого медицинского симпозиума в Саппоро.

Японские гости в свою очередь сообщили, что Университет Хоккайдо, благодаря видеосвязи, имеет прочные связи с медучреждениями Тайваня, Китая и Южной Кореи. Например, недавно японские медики с телеэкранов следили за ходом операции в Сеуле.

К слову, в соответствии с межправительственным соглашением между министерствами иностранных дел двух государств, в рамках безвизовых обменов, обследование и лечение в клиниках Хоккайдо за 5 лет получили 70 жителей южных и средних Курильских островов, стажировку на Хоккайдо прошли 22 сахалинских врача.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Новости

В Омском областном клиническом медико-хирургическом центре Министерства здравоохранения Омской области проведена операция с применением новых высокотехнологичных материалов – углеродных наноструктурных имплантатов.

Пациенту с травматическим остеомиелитом большеберцовой кости была выполнена замена повреждённого участка кости современным материалом. Операция уникальна не только для омского, но и для российского здравоохранения. Клинический медико-хирургический центр стал одним из 5 крупных травматологических клиник России, где внедряются данные технологии.

Углеродные наноструктурные имплантаты являются инновационной отечественной разработкой и применяются при замещении костных дефектов

Операция с отечественными имплантатами

вследствие травм, переломов и гнойных процессов. А изготавливаются они из прочного, пористого углеродного материала, производимого по оригинальной запатентованной инновационной технологии.

Такая технология позволяет выпускать материалы, максимально приближенные по своим характеристикам к свойствам кости человека, и обладают специальной пористой структурой, обеспечивающей быстрое прорастание кости с образованием костно-углеродного блока.

Ранее в России при замещении дефектов кости использовались

зарубежные дорогостоящие имплантаты из различных материалов, таких как металл, пористый титан и даже коралл. В отличие от своих предшественников отечественная разработка, помимо низкой стоимости изготовления, имеет и ряд технологических преимуществ: высокую биологическую совместимость с тканями организма (не вызывает аллергических реакций и отторжения), механическую прочность, лёгкостью в моделировании под размер полости, обеспечивая раннюю мобилизацию конечности, легко сочетается с любыми системами фиксации.

Внедрением данной инновации врачи травматологи Клинического медико-хирургического центра совместно с кафедрой травматологии и ортопедии Омского ГМУ занимаются уже на протяжении 2 лет. За это время ими была проделана огромная работа, в результате которой исследованы свойства материала и разработана уникальная методика применения углеродных наноимплантатов.

«Использование этого материала позволит нам существенно улучшить качество операций у сложных пациентов. Кроме того, у него огромные перспективы.

В будущем мы планируем расширить сферы его применения: внедрить его при ревизионном эндопротезировании, а также использовать в качестве контейнера лекарственных средств при лечении остеомиелита», – отметил главный специалист травматолог-ортопед Министерства здравоохранения Омской области, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Омского ГМУ профессор Леонид Резник, проводивший уникальную операцию.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Версии

Верная Пенелопа помнит и ждёт загулявшего «ходока» – Одиссея, а дети царя-героя Агамемнона не могут простить и забыть его убийство неверной матерью Клитемнестрой и её любовником Эгисфом. И.Павлов полагал, что мозг после возбуждения впадает в охранительное торможение, а память, то бишь условный рефлекс, требует постоянного подкрепления. А.Лурия написал брошюру о своём пациенте, который не мог ничего забыть, причём виденное и слышанное им подкреплялось зрительными мемами, один из которых являлся ему в виде большого яйца, выступающего из стены дома на нынешней Тверской.

Ещё Фрейд писал, что плохое быстро забывается, в чём сотрудники Принстонского университета (США) попытались разобраться с помощью функционального МРТ (фМРТ), родившегося практически одновременно с оптогенетикой. Благодаря ему учёные выявили нейронные сигнатуры контекстуального и намеренного забывания».

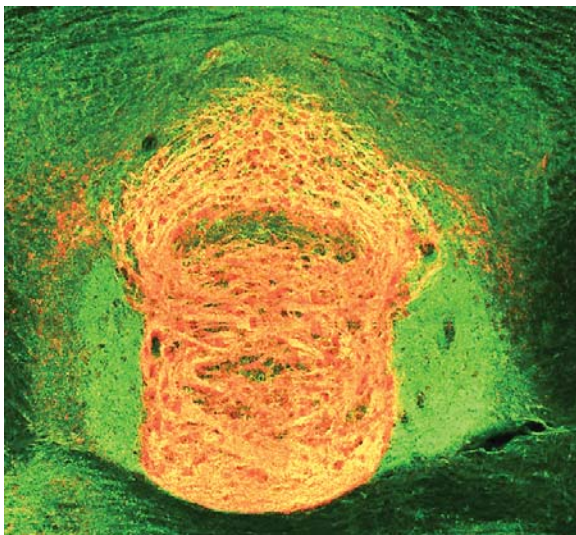
Провалы памяти: всё начинается с допамина

В начале 1950-х годов у двух пациентов нейрохирурги удалили гиппокамп, в результате чего люди утратили способность к формированию кратковременной памяти. Сегодня память изучают с помощью оптогенетики, то есть метода предложенного 10 лет назад К.Дейсеротом в Станфорде (США). От изучения допамина-дофамина, синтез которого нарушается с гибелью определённых нейронов (в результате чего возникает паркинсонизм), нейробиологи пришли к его «мишени» в головном мозге. Она представляет собой «прилежащее» ядро, лежащее у основания лобных долей. Небольшое число его нейронов отвечает за чувство удовольствия – вознаграждения (reward), которое мы испытываем в связи с разными стимулами. Именно допамин формирует у людей пагубные зависимости и пристрастия, с которыми трудно бороться, почему та же тяга к никотину получила название отрицательной награды (negative reward).

Всё начинается с допамина, поддерживающего жизнеспособность нервных клеток, в том числе и тех, что выделяют возбуждающие нейромедиаторы ацетилхолин, необходимый для поддержания мышечного тонуса, и глутаминовую аминокислоту (глутамат).

Нейросеть зависимости от табака концентрируется в ядре уздечки, клетки которой накладывают «узду» на волю подверженного пагубной страсти человека. Сочетание двух активирующих нейромедиаторов в одной точке мозга оказывается сильнее всех увещаний докторов и табекса с антитабачными препаратами.

Память о ранее пережитом ощущении «откладывается» в гиппокампе, «резинтентами» которого являются и нервные стволы



Оранжевая зона «покрытия» двух нейромедиаторов (ацетилхолина и глутамата) в древней уздечке мозга

клетки (НСК). Образование нейрона связано с работой протеасом, в которых разрушаются-деградируют отработавшие своё протеины. При выключении гена одного из ферментов протеасом у мышей нарушилось развитие нервных клеток, что привело к утере памяти и способности к обучению. Гиппокамп считается древней корой, на что указывает трёхслойность (в отличие от 6-7 слоёв коры новой). К таким же консервативным структурам относится уздечка и ядро в перегородке между желудочками-полостями больших полушарий.

Клетки этого образования интересны выделяемым им ацетилхолином, отправляющимся затем к нейронам близлежащего гиппокампа, модулируя его функцию. Учёные Боннского университета (Германия) и их заокеанские помощники выяснили, что в перегородке локализуется важнейший механизм переключения памяти. Помогал коллегам К.Дейсерот, в результате чего с помощью оптогенетики было показано переключение с режима воспоминания на запоминание.

Сигнатурами старые аптекари называли бумажки с названиями настоек и микстур, контекстом же называется содержание и окружение (одни и те же слова понимаются по-разному в различных контекстах, сравни: он поднял косу и корабль налетел на косу). Выявление специфической активности нейронов коры у добровольцев, находившихся в фМРТ, проводилось с помощью двух наборов природных фото и списков не связанных – случайно отобранных – друг с другом по смыслу слов. После первого «сеанса» испытуемых просили запомнить или забыть первый список. Исследования показали, что мозг активнее запоминает или забывает, если «привязывает» слова к конкретным зрительным образам.

Авторы подчёркивают, что умеренное забывание имеет прямое отношение к компьютерной памяти, поскольку девайс нельзя прямо «научить» тому или иному памятному контексту. Наш мозг, как выяснилось, соотносит память о том или ином событии, словах и переживаниях с постоянно меняющимися и «подвижными» контекстами окружающего и внутреннего миров, содержание которых важно для формирования или стирания памяти, управляемой древнейшими мозговыми структурами. Те закладывались сотни миллионов лет назад ещё у обитателей первичного океана.

...Неувядающий Шварценеггер, которого мы знаем по «Вспомнить всё» – фильму из времён освоения Марса – решил вернуться в комедию, хотя трудно себе представить что-то сравнимое с «Близнецами», где бывший Конан и Терминатор сыграл в паре с Девитом.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Psychonomic Bulletin.

Взгляд

К разгадке тайны да Винчи

Группа учёных, вовлечённых в Проект Леонардо (Leonardo Project), собирается заняться расшифровкой генома Леонардо да Винчи. В команду исследователей войдут не только генетики, но и историки, искусствоведы, а также археологи. Все они попытаются узнать больше о гениальном художнике.

Исследователи попытаются обнаружить ДНК, принадлежавшую великому Леонардо, а также изучить отпечатки его пальцев, оставшиеся на принадлежащих ему записях. После этого они попробуют сравнить полученные данные с данными о геноме родственников Леонардо да Винчи,

как умерших, так и ныне живущих. Они выделяют её из костей, волос и клеток кожи.

Всё это станет возможным благодаря появлению новых методов, позволяющих изучать малые количества ДНК, обнаруженные в отпечатках пальцев. Ведущий исследователь Ронда Роби не исключает того, что генетический материал содержится и в самих работах великого художника, однако, их необходимо обнаружить и извлечь так, чтобы не повредить сохранившиеся шедевры.

Согласно официальной информации, Леонардо да Винчи похоронен в капелле святого Гумберта в Амбаузском замке (Франция), однако точное расположение могилы неизвестно. Даже если ис-

следователям удастся обнаружить останки художника, требуется подтвердить, что они принадлежат именно ему, сравнив его ДНК либо с ДНК его отца, либо с его собственной ДНК, возможно присутствующей в его творениях.

Учёные объясняют, что, несмотря на то, что в настоящее время мы много знаем о работах Леонардо да Винчи, однако о нём, как о человеке, известно довольно мало. Авторы планируют собрать воедино полученные данные о его геноме и выяснить, какого цвета были его глаза, волосы, а также узнать больше о его здоровье и личности.

Борис БЕРКУТ.

По информации iflscience.com

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

приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- ✓ уролог
- ✓ оториноларинголог
- ✓ эндокринолог
- ✓ кардиолог
- ✓ педиатр участковый.
- ✓ инфекционист
- ✓ эндокринолог детский
- ✓ терапевт участковый
- ✓ психиатр-нарколог детский

Предоставляется служебное жильё.

Официальный сайт: sovboldnitsa.ru

Телефоны: 8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом; 8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача

по поликлинической работе;

8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.

Адрес: ул. Гагарина, 62а, Советский, ХМАО-Югра 628240 (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу:

sovhospital@sovboldnitsa.ru

Деньги

Экономика должна быть экономной?

В США Майкл Йохансен из Университета Огайо и Каролина Ричардсон из Мичиганского университета проанализировали, сколько денег уходит у американцев на медикаменты, и каким образом можно сократить эти расходы, используя заменители.

Для этого учёные воспользовались данными 107 132 респондентов из результатов опроса Medical Expenditure Panel Survey за 2010-2012 гг. Учитывалось общее количество потраченных средств, а также суммы, уплаченные наличными. Рассматривались различные категории лекарственных средств – как медикаменты, имеющие химически

эквивалентный аналог, так и не имеющие такового.

62,1% ответивших указали, что покупают лекарства по рецептам. 16,6% следовали указаниям врача и покупали именно оригинальный прописанный доктором препарат, 24% приобретали дженерик, 9,1% – и то, и другое. Всего на медикаменты респондентами было потрачено 760 млрд долл.

Авторы исследования указывают, что из этих средств 9,6% было потрачено на оригинальные лекарства, которые можно было бы успешно заменить на дженерики.

Ян РИЦКИЙ.

По информации eurekaalert.org

Эксперименты

Долой морщины!

Исследовательская группа во главе с Робертом Лэнджером из Массачусетского технологического института (США) создала новый материал, который способен разглаживать морщины и уменьшать «мешки» под глазами.

Эту «вторую кожу» можно использовать не только в косметологии. Авторы не исключают, что материал поможет людям, страдающим хроническими воспалительными заболеваниями кожных покровов. В состав синтетической «кожи» можно будет вводить лекарственные вещества, способные бороться с воспалением. Кроме того, она может защищать и от солнечных лучей.

Созданный учёными материал был протестирован на 22 людях с сухой кожей и 12 добровольцах, жаловавшихся на «мешки» под глазами. Искусственная «кожа» об-

разуется после нанесения на лицо двух кремов – они формируют тонкую плёнку, которая препятствует потерям влаги, а также разглаживает кожу, делая морщины менее заметными.

В другом эксперименте проверялась прочность плёнки – искусственная «кожа» оставалась на лице 25 добровольцев в течение 16 часов. Граница между кожей лица и нанесённой на неё плёнкой была заметна лишь у двух человек. Прозрачная плёнка не вызывала дискомфорт, а также не приводила к появлению какого-либо раздражения на коже.

Разработчики нового материала пока не могут сказать, когда «вторая кожа» поступит в продажу, а также не знают, сколько это покрытие будет стоить.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации livenesscience.com

Прогнозы

Предсказать рак на дому?

Пациенты с раком молочной железы получат в ближайшее время точный тест крови для самостоятельной проверки эффективности лечения. Тест способен показать, распространяется ли рак. Причём, это можно сделать ещё до того, как вторичные опухоли будут видны на снимках.

Тест – разработка Университета Вестминстера (Великобритания). По словам учёных, высокий уровень определённого белка в крови точно предсказывает развитие вторичных опухолей в течение года. Эксперты проанализировали кровь 112 пациентов с раком молочной железы,

где были выявлены лабораторные показатели вторичного рака, представляющие собой белок с необычными сахарами на поверхности.

Его уровень позволял сделать прогноз с точностью до 92% почти у 70% пациентов с эстроген-зависимым типом рака. У трёх четвертей этих пациентов были кровеносные сосуды в опухолях, что является значимым маркёром будущего распространения болезни. Примечательно, что для проведения теста не требуется особое оборудование. В теории его можно проводить даже дома.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Daily Mail.

Причём, такие завещания нередко оставляют известные люди, занимающие весьма ответственные посты.

Так, после смерти легендарного директора МОССАДа (Израильская внешняя разведка) 71-летнего генерал-майора Меира Дагана стало известно, что и он стал владельцем памятной карточки организации «АДИ», израильского Центра трансплантации при Министерстве здравоохранения.

Трёхбуквенное наименование карточки – акроним ивритских букв имени и фамилии Эхуда Бен-Дрора, израильтянина, умершего в возрасте 26 лет, так и не дождавшись почки донора. Названная в память о нём организация объединяет граждан, принявших решение пожертвовать после смерти свои органы больным, которым пересадка может спасти жизнь или улучшить состояние здоровья. Такую карточку можно получить с 17 лет. В принципе, возраст донора для пересадки особого значения не имеет. Например, при ожогах для пересадки не исключается использование тканей даже 90-летних стариков. Важно, чтобы разница в возрасте донора и реципиента при пересадке роговицы не превышала 20 лет.

Человек, независимо от диагностированного у него заболевания, также не лишается права получить карту донора «АДИ». Понятно, что без определённых анализов, проверки функции органов покойника никакого решения о донорстве не принимается.

Следует иметь в виду, что ещё несколько лет назад онкологические больные не могли жертвовать органы для пересадки, сегодня же некоторые виды рака препятствием для этого не являются. В рамках израильского закона о трансплантации от 2008 г. присутствует статья, согласно которой все владельцы карточки «АДИ» и их ближайшие родственники в случае необходимости пересадки органа или тканей получают преимущество в «списке ожидания». Подобная статья уникальна в международном законодательстве.

Владелец карточки «АДИ» – прежде всего, выражает свою гражданскую позицию. Под-

А как у них?

И после ухода творить добро

Практика прижизненного завещания посмертной передачи органов заставляет задуматься...

пись на ней рассматривается как своеобразное завещание владельца. Тем не менее, последнее слово всё-таки остаётся за ближайшими родственниками покойного.

Считается, что наличие у скончавшегося карточки «АДИ» помогает членам его семьи принять решение о пожертвовании органов. В Израиле запрещено «донорство по умолчанию». Иначе говоря, здешние врачи не могут считать умершего пациента потенциальным донором, даже если при жизни он не заявлял обратного. В Израиле отсутствие несогласия не означает согласия.

Доктор Аркадий Волох из израильской больничной кассы «Леуми» обратил внимание «МГ» на следующий факт: в 2012 г. у Меира Дагана был диагностирован рак печени в поздней стадии. Курс химиотерапии, который начал проводиться израильскими врачами, прогрессирование болезни не остановил. Рассчитывать на трансплантацию печени в Израиле Даган не мог, ибо не отвечал критериям, существовавшим в стране в то время.

Тогда в «список ожидания» на трансплантацию печени включали страждущих не старше 65 лет. Ни весьма значимые заслуги перед страной, ни генеральское звание, ни готовность выложить немалые деньги не могли в нарушение принятого порядка сделать Дагана реципиентом печени в здешней больнице. Правда, в наши дни при наличии у больного карточки «АДИ» операцию по трансплантации

могут произвести страждущим без ограничения по возрасту.

Тогда же, в 2012 г., с просьбой о пересадке печени Меиру Дагану его родственники обращались в клиники США, Германии и Швеции. И везде получали отказ. За проведение такой операции не брался ни один тамошний врач. Только в Республике Беларусь, куда в октябре того же года был тайно доставлен Даган, ему была пересажена печень. Операцию в Минске провела интернациональная бригада израильско-белорусских медиков, которую возглавлял известный французский хирург Даниэль Азулай, основным местом работы которого в то время был Парижский центр трансплантологии. Ему ассистировал израильский профессор Ицхак Шапира. Сегодня профессор Азулай работает в Израиле.

После стабилизации состояния бывшего директора МОССАДа его вернули в Израиль. И хотя трансплантация прошла успешно, рак успел поразить другие ткани организма, что через 4 года и привело его к смерти. Тем не менее, роговицы немолодого и нездорового Меира Дагана помогли вернуться к нормальной жизни двум пожилым людям – 81-летнему Аврааму Гаину, владельцу магазина в Тель-Авиве, и 70-летней женщине, которая просила не обнародовать её имя.

Операции по пересадке были проведены в офтальмологическом отделении тель-авивской больницы им. Мордехая Ихилова. Оба реципиента теперь нормально видят и могут читать.

По словам Хедвы, жены Авраама Гаина, 17 лет назад её муж уже перенёс операцию по пересадке роговицы, но её результаты удачными не были, хотя возраст тогдашнего донора даже не приближался к старческому. Сам же Гаин, после снятия повязки с глаз, вновь став зрячим через много лет почти полной слепоты, сказал: «Я был ошеломлён, узнав, что мне пересадили роговицу генерала Дагана. Безмерно благодарю его семью за подтверждение согласия на пожертвование. Пусть будет благословенна память этого человека, много сделавшего для народа Израиля, а теперь и лично для меня».

Меир Даган (настоящая фамилия Губерман) родился в Новосибирске в 1945 г. Неудивительно, что в ведомстве, в котором он служил, его звали «Сибиряком». Родители будущего директора МОССАДа – польские евреи, бежали в 1939 г. на территорию СССР от приближавшихся гитлеровских орд. Все их родственники, оставшиеся на оккупированной польской территории, погибли. Причём, родители матери будущего главы израильской внешней разведки претерпели перед смертью страшные муки.

Случайно сохранившийся фотоснимок своего деда, над которым издевался германский офицер, внук убитого еврея, ставший генералом, всегда держал на своём рабочем столе. Во второй половине 40-х годов Меир вместе с родителями вернулся в Польшу, а в 1950 г. вся семья репатриировалась в Израиль. Службу в ЦАХАЛе (Армия обо-

роны Израиля) начал солдатом спецназа.

Вступая 2 октября 2002 г. на должность директора МОССАДа, Даган следующими словами изложил своё кредо: «Каждый, кто встал на путь терроризма, должен чётко понимать, что тем самым он подписывает себе смертный приговор». Это, с одной стороны. С другой, – он считал, что человек должен спешить делать добро при жизни и, если сможет, то и после смерти. И «Сибиряк» успел и смог!

Нельзя не сказать, что и «русская улица» в Израиле также не остаётся в стороне, когда необходимо принять непростое решение пожертвовать органы своего родственника, по какой-либо причине ушедшего из жизни. Особенную боль вызывает гибель молодых людей! Недавно в результате теракта получил тяжёлое ранение выходец из Белоруссии 19-летний Биньямин Якубович, старший сержант (в Израиле это офицерское звание) пограничной полиции.

Его очень быстро доставили в иерусалимскую больницу «Хадасса эйн-Керем», но спасти жизнь парню врачи не смогли. Родители Биньямина приняли решение пожертвовать органы сына тем, кто в них нуждается. Его печень и почки были пересажены 54-летнему больному, находившемуся в критическом состоянии. Операция, длившаяся 10 часов, успешно завершилась.

Вот что написал на своей странице Facebook о погибшем офицере и его родителях министр обороны Израиля Моше Яалон: «В больнице я успел застать офицера Якубовича за считанные минуты до смерти. Рядом с ним находились его родители Симона и Станислав. Я поговорил с ними, и на меня огромное впечатление произвела их душевная сила. Позже, после смерти сына, они объявили, что жертвуют его органы. Убеждён, что родители, совершившие такой экстраординарный гуманитарный жест, обладают высокими душевными качествами и достоинством. Они должны быть для нас примером и моделью поведения».

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Однако

Белль Гибсон стала популярной в Австралии и во всём мире после того, как стала рассказывать в блоге о своей борьбе с раком. По словам девушки у неё была опухоль мозга, а также несколько других онкологических заболеваний. Для того чтобы справиться с ними, она решила отказаться от традиционной медицины, обратившись к специальной диете, подразумевающей отказ от сахара и глютенa.

Злокачественное поведение

В 2013 г. Б.Гибсон выпустила мобильное приложение, посвящённое здоровому питанию. Приложение очень быстро набирало популярность – оно было скачано более 200 тыс. раз. Девушка также стала автором книги о здоровом питании и образе жизни.

На следующий год (в 2014 г.) девушка рассказала своим подписчикам, что кроме опухоли мозга у неё нашли онкологические заболевания печени и матки.

В марте 2015 г. появилась первая информация о том, что Б.Гибсон не была честна с подписчиками. Было неясно, где именно девушка проходила лечение, и кто был её лечащим врачом.

Ответы Гибсон были путанными и неясными. Она стёрла фото из

инстаграм, её мобильное приложение было удалено из сети, а продажи книги прекратились.

Весной прошлого года в журнале The Australian Women's Weekly вышло интервью с Белль Гибсон, в котором она призналась, что вся история о раке была выдуманной.

Сейчас же Управление по делам потребителей Австралии подало на Б.Гибсон в суд. Ей может грозить штраф в размере до 160 тыс. долл. Издательство, выпустившее книгу лжебольной, уже выплатило 22 тыс. долл. в качестве штрафа за публикацию непроверенной информации.

Алина КРАЗУЗЕ.

По информации bbc.com

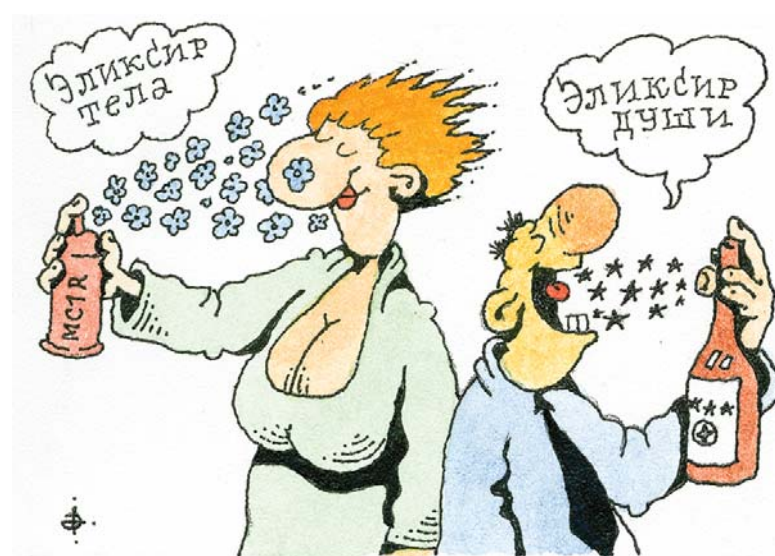
Исследования

Гены молодости

Результаты исследования, в котором приняли участие около 2,7 тыс. пожилых датчан, свидетельствуют о том, что люди, выглядящие моложе своих лет, оказались носителями определённой формы одного из генов. Те, в чьём геноме она была обнаружена, в среднем выглядели на пару лет моложе.

Манфред Кайзер, профессор Университета Копенгагена, поясняет, что это первое подобное исследование. Учёные выяснили, что гены играли гораздо более важную роль, чем образ жизни, пребывание на солнце и курение. Ранее именно эти факторы считались ключевыми. В ходе эксперимента учёные предлагали экспертам, также принимавшим участие в исследовании, по фото определить возраст участников. Кроме этого был проведён анализ ДНК каждого из пожилых людей, вовлечённых в эксперимент.

Авторы показали, что ключевую роль в том, насколько молодо выглядит человек, играл ген MC1R. Он участвует в процессе синтеза меланина, определяя цвет кожи.



Кроме того мутации, затрагивающие этот ген, были обнаружены у рыжеволосых людей.

Теперь же учёные предполагают, что MC1R каким-то образом может влиять на уровень воспаления в организме, замедляя, таким образом, процесс старения и влияя на

внешний вид. Они также считают, что этот процесс может контролироваться и другими генами, о которых, однако, пока ничего неизвестно.

Марк ВИНТЕР.

По информации livescience.com

Нынче, к сожалению, это имя известно, пожалуй, лишь историкам медицины. А ведь знаменитый в прошлом ректор Дерптского (Тартусского) университета Иван Мойер, 230 лет со дня рождения которого исполнилось в марте этого года, дал в своё время путёвку в жизнь своим гениальным ученикам – Николаю Пирогову и Владимиру Далю. И вряд ли кто не знает сегодня хотя бы что-нибудь о жизни и деятельности основоположника военно-полевой хирургии и создателя мону-ментального «Толкового словаря живого великорусского языка». А вот об их учителе... Даже о месте его захоронения можно говорить нынче лишь предположительно. Хотя личность эта была поистине неординарная.



Иван Мойер

Родился он в семье ревельского пастора голландского происхождения. И по желанию отца поступил в 1803 г. в Дерптский университет, где в течение трёх лет изучал богословие. Затем отправился за границу, где усиленно познавал секреты медицины. В Вене и итальянском городе Павия наставниками Мойера были известные учёные Скарпа и Руст, причём с профессором Павийского университета А.Скарпой будущий хирург даже подружился. По тому времени это были выдающиеся врачи, делавшие порой чудеса в медицинской практике. Вот, например, случай, рассказанный в своё время Иваном Мойером Николаю Пирогову:

«Приехал в Вену из Италии от Скарпа, и Руст показал одного больного с опухолью под коленом. – Что бы тут сделал старик Скарпа? – спросил он меня.

Я ответил, что Скарпа предложил бы ампутацию.

– А я удалю опухоль, – сказал Руст и тут же приступил к операции...»

Верно замечено, что талантливый человек талантлив во всём. Будучи в Вене, Иван Мойер познакомился с великим композитором Людвигом ван Бетховеном, стал под его руководством усиленно заниматься музыкой, превосходно играл на фортепиано.

Разносторонними оказались интересы молодого доктора. Посетив больше 20 итальянских городов, он скрупулёзно заносил свои впечатления об архитектурных шедеврах Рима, Венеции, Неаполя в «Путевой дневник».

Вернувшись в Россию, Иван Мойер руководил хирургическими отделениями военных госпиталей сначала в Риге, а потом при университетской клинике в Дерпте. И уже в 1815 г. стал профессором хирургии этого университета. По

шейся свадьбы хирург и музыкант считал себя самым счастливым человеком на свете, обретая в лице жены верного друга и помощника во всех своих многотрудных делах. Супруги часто устраивали благотворительные концерты, а вырученные средства шли на создание в городе Бедного дома для престарелых. А между тем всё росла и известность Ивана Филипповича как выдающегося врача. Будучи профессором одного из крупнейших университетов страны, он стал к той поре поистине виртуозом в нелёгком искусстве врачевания. Причём и других стремился обучить тому, что умел делать сам. Вот что, например, писала ещё до замужества Мария Протасова своей родственнице Авдотье Киреевской:

свой талант для других. Клиника университета у него на руках, но так как там нельзя содержать беспрестанно больше 5 человек..., то Мойер нанимает большой дом для обучения студентов, куда привозят безруких и безногих и лечит на свой счёт...»

Знакомись сейчас с такими сохранившимися в архивах документами и просто диву даёшься, Иван Филиппович был, судя по всему, как принято говорить, человеком не от мира сего. Он оказался на редкость благородной натурой, которая собственным примером учила будущих докторов не только хирургии, но и добру, бескорыстию.

В октябре 1820 г. в семье Мойеров родилась дочь. Казалось

«У каждого по горю, да не поровну», – говорит русская пословица. Купив после смерти жены часть орловского села Бунино, вчерашний профессор, выйдя в отставку, распрощался с Дерптом и стал сельским помещиком. И здесь этот незаурядный человек проявил себя уже как опытный земледelec и агроном. Во всяком случае, серьёзно занявшись этой наукой, доктор медицины научился получать на своих землях невиданные здесь доселе урожаи зёрновых и овощей. А перейдя незадолго до смерти из лютеранской веры в православие, раздал крестьянам почти всё зерно из господских амбаров. Скончался этот незаурядный человек 1 апреля 1858 г. и был похоронен возле сельской

Имена и судьбы

И хирург, и музыкант, и педагог...

В центре села Бунино Орловской области установлена мемориальная доска с барельефом Ивана Мойера

сохранившимся воспоминаниям, ученики просто боготворили своего преподавателя. А в доме профессора даже жили его любимцы – Николай Пирогов и Владимир Даль. А потом небесам было угодно свести в единый треугольник судьбы выдающегося хирурга, великого поэта и очаровательной женщины. В литературном наследии В.А.Жуковского есть цикл стихов, посвящённых орловчанке Марии Протасовой.

«Тебя любить –

одна мне радость,

Ты мне – все блага на земле...», – писал поэт возлюбленной. Однако все попытки добиться согласия матери на брак с её дочерью оказались безуспешными, окрасив в соответствующие тона и лирику поэта. И вот тут-то...

В феврале 1815 г. на одном из концертов пианист Иван Мойер произвёл сильное впечатление на Марию Протасову, назвавшую его «виртуозом». Иван Филиппович вызвался давать ей уроки музыки, а потом...

Потом произошло то, чего и следовало ожидать. В день состояв-



Университет в Тарту

«Есть милый, добрый, благородный Мойер... Он положил себе за правило забывать и не думать о себе там, где дело идёт о пользе ближнего, и жертвовать всем другому. И это не слова, а дело. Он отказывает себе в самых приятных занятиях для того, что может употребить своё время и

счастью не будет конца, однако через два с половиной года даже медицина целого университета оказалась бессильной помочь Марии Мойер: она скончалась при родах. В последний путь Марию Андреевну провожал весь Дерпт, а Иван Филиппович совершенно поседел в 37 лет...

Покровской церкви. Спустя 30 с лишним лет его внука построила на этом месте каменный храм, который, к сожалению, до наших дней не сохранился. Так что, повторюсь, о месте захоронения выдающегося хирурга своего времени можно говорить лишь предположительно.

А село Бунино вошло нынче в малое Золотое кольцо Орловщины, и приезжающие сюда могут кое-что узнать о подвигнической жизни И.Мойера. По преданию, в окрестностях села ещё сохранился лес, посаженный когда-то руками врача и агронома. Говорят, что только за одну осень крестьяне высадили под руководством Ивана Филипповича около 140 тыс. берёз. Он же лично устроил берёзовую аллею, ведущую от ворот господского дома к колодезю. А ведь для глубокой памяти о человеке бывает достаточно и одного-единственного посаженного им дерева...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Орловская обл.

Далёкое – близкое

Геннадий Павлов о прожитом и пережитом

Лучшей наградой этот санинструктор считал слова благодарности раненого: «Спасибо, браток»!

Недавно в Национальной библиотеке Удмуртии прошла презентация книги Геннадия Павлова «О прожитом и пережитом». Во встрече клуба «Край удмуртский» участвовали студенты, преподаватели и коллеги юбиляра. Автор – ветеран Великой Отечественной войны, всю жизнь посвятивший медицине, в апреле отметил 95-летие.

Эта книга – история страны, показанная через призму жизни одного человека с начала XX века и до наших дней. Уроженец Подмосковья, выпускник медицинского техникума по разнарядке Минздрава РСФСР был направлен работать на север Иркутской области. Год трудился в медпункте в глухой тайге. Первое боевое крещение Геннадий Павлов получил в боях с белофиннами. Был

тяжело ранен, когда пытался спасти раненого солдата, год лечился в госпиталях. Великую Отечественную он встретил 22 июня в полдень на западной границе Белоруссии. Воевал в окружении. Весной 1943 г. тяжело заболел и был переправлен на большую землю. Закончил войну в Берлине. Самые значимые награды – два ордена Красной Звезды, медали «За отвагу», «Партизану Отечественной войны 1 степени», «За освобождение Белоруссии», «За взятие Берлина», за участие в партизанском движении – нагрудный знак «Партизан Беларуси».

После войны окончил военно-медицинскую академию, затем университет марксизма-ленинизма – высшие курсы по подготовке высшего командного состава. Прослужил в Вооружённых силах более 40 лет. В 1980-е годы создал кафедру гражданской обороны в

Новокузнецком институте усовершенствования врачей. Многие медицинские работники проходили там переподготовку.

После переезда в Ижевск был начальником штаба гражданской обороны, работал заместителем главного врача на городской станции «скорой помощи». По словам заведующей кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Ижевской государственной медицинской академии, доктора медицинских наук Елены Шкатовой, Геннадий Иванович стоял у истоков появления самой службы медицины катастроф, когда на смену гражданской обороне приходила уже другая структура, которая сегодня оказывает медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

«Материал, который имеется сегодня на кафедрах, нарабатывался

благодаря Геннадию Ивановичу. Мы с ним много встречались, он делился своим опытом, давал материал, который сегодня составляет учебную базу. Мы ему благодарны и рады, что вместе с ним пришлось поработать, а его работа и знания пригодились студентам».

Геннадий Иванович стал одним из авторов пособия по медицине катастроф, которое вышло в свет в 1994 г.

Общий трудовой стаж заслуженного работника здравоохранения Удмуртии Геннадия Павлова превысил 60 лет. На пенсию Геннадий Иванович вышел на 83-м году жизни.

Отметив 90-летний юбилей, написал книгу «О прожитом и пережитом» только для своей семьи. Однако коллеги попросили прочесть рукопись, материал им очень понравился. Так появился расширенный вариант книги.

В прошлом году Геннадия Ивановича приняли в члены Союза писателей Удмуртии. В 2015-2016 гг. его воспоминания увидели свет и в литературно-художественном журнале «Луч».

Возможно, сохранять ясность ума и бодрость духа нашему герою помогают занятия шахматами: Геннадий Павлов – кандидат в мастера спорта СССР по шахматам.

«И в финскую, и во время Великой Отечественной я не стрелял по немцам. Я работал санитарным инструктором – оказывал помощь и выносил раненых с поля боя. Лучшей наградой всегда считал, когда вынесенный с поля боя тяжело раненый солдат говорил мне: «Браток, спасибо»!

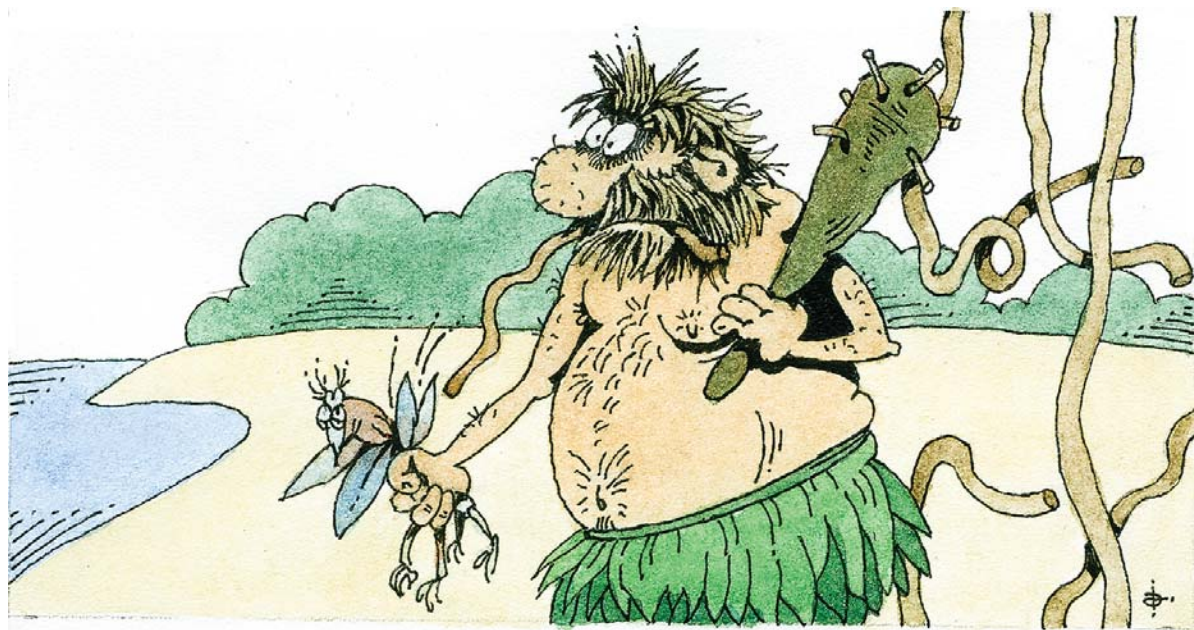
Марина ЦВЕТУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

На литературный конкурс

Евгений ГУРСКИЙ

Назад – в природу или К вопросу о снежном человеке



Длительные, кропотливейшие эксперименты и сложнейшие расчёты на ЭВМ позволили однажды молодому стоматологу и кандидату наук Любомиру Лахину совершить устрашающее открытие: ему удалось доказать, что если современное человечество срочно и где-то даже немедленно не вернётся к пище далёких предков, оно вскоре окончательно и навсегда лишится зубов!

И молодой учёный тут же, без каких-либо колебаний, решил повести за собой человечество с благородной целью сохранения у наших потомков их жевательного аппарата. Пищей учёного стоматолога стали сырые корни и корнеплоды, зёрна злаков и лекарственные травы. А вскоре Лахин категорически отказался от электробрита и ножниц, и принялся обкусывать прутья из себя ногти, а также обгрызать быстрорастущую бороду и свисающие на неё усы.

Коллеги кандидата наук почти открыто поражаются грандиозному подвижничеству и где-то даже научно-практическому подвигу молодого учёного. «Идёт на всё ради всеобщего блага будущих поколений!», – почти восхищённо шептались они.

Вскоре Любомир, начавший работу над своей очередной, теперь уже докторской, диссертацией, сделал ещё одно ужасающее открытие века: если человек не прекратит кутаться в лето, и зимой в тёплые одежды, ему грозит полное вымирание от простудных заболеваний и страшных осложнений!

«Для сохранения себя, как вида, человечеству настоятельно и незамедлительно-насуточно необ-

ходима, по-настоящему суровая закалка!», – осознал молодой учёный.

Печалься о судьбе далёких потомков, пока ещё кандидат наук постепенно отнёс в «Секонд-Хэнд» и в благотворительные фонды почти всё содержимое своего гардероба. Прошло немного времени, и Любомир уже мог совершать долгие ночные прогулки по полуспящему городу босиком и в одной лишь набеденной повязке!

Коллеги дружно заговорили об очередном научном подвиге молодого учёного. Только его заместитель по проблемной лаборатории Харитон Ухарев высказывал кощунственное предположение, что это его начальник просто решил сделаться автолюбителем, а потому начал отказывать себе во всём ради приобретения хотя бы подержанной иномарки. А, быть может, даже возжелал приобрести себе «однушку» в старом жилом фонде.

Однако ещё через полгода молодой реформатор науки и практики смело и где-то даже весьма решительно выступил против удобств современных жилищ.

«Современный излишний комфорт расслабляет человека, делает его организм совершенно беспомощным перед хищным ликом растущего эмоционального и физического стресса!», – выдвинул новое положение кандидат наук Любомир.

А потом... потом верный своим убеждениям и научным идеям до конца, талантливый экспериментатор однажды решительно покинул свою комнату в коммуналке с совмещённым с соседями санузелом и... поселился в пещере

на берегу далёкой и неизвестной таёжной реки.

«Всё-таки ушёл в неё... в природу!», – почти восторженно ахнули коллеги учёного, а его заместитель Харитон Ухарев официально восхитился этим его научным подвигом и решительно возглавил покинутую своим бывшим заведующим лабораторию.

Через несколько лет, когда о молодом подвижнике науки уже почти все забыли, группа звероловов изловила в далёких северо-восточных горах обезьяночеловека. Существо это не знало огня, питалось кореньями, зёрнами злаков, еловыми и сосновыми шишками, а также многочисленными насекомыми. Оно было всё с ног до головы покрыто густой растительностью и издавало нечленораздельные ликующие вопли.

Отловленное существо сфотографировал корреспондент местной газеты «Очевидное невероятное», первым сообщивший всему цивилизованному миру о сенсационной поимке в России снежного человека.

Однако по пути в областной центр этот обезьяночеловек ухитрился перегрызть металлические прутья клетки, в которой его везли, и скрылся в местной густой и очень дремучей тайге.

На опубликованном фотоснимке несколько человек сумели опознать бывшего кандидата соответствующих наук Любомира Лахина. В их числе был и теперь уже профессор Харитон Святославович Ухарев, почти недвусмысленно заявивший: «Настоящий человек всегда способен достичь любой, поставленной им перед собой, цели, если пойдёт до конца!»

Сокровенное

Александр МЕЛЬНИКОВ

Чернобыльские тетради

(Воспоминания о трагедии)

Александр Мельникову – врачу, поэту исполнилось бы в эти дни 80 лет. Он родился в деревне Васильки Могилёвской области, закончил Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт, работал в Могилёвской областной санэпидстанции на должностях санитарного врача, заведующего отделом, главного врача; старшим научным сотрудником Могилёвского филиала НИИ радиационной медицины Минздрава Республики Беларусь. Наибольший профессиональный след А. Мельников оставил в области организации радиационной гигиены. Он принимал непосредственное участие в ликвидации катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Стихи начал писать ещё в школьные годы. Будучи студентом Ленинградского медицинского института, занимался в литературном кружке литобъединения. Публиковаться стал рано, был членом областного отделения Союза белорусских писателей. Его стихи появлялись в журналах «Неман», «Аврора», «Огонёк», «Нева», сборниках «Дзень паэзіі», «Литературной газете», «Медицинской газете». В связи с 30-летней годовщиной Чернобыльской трагедии предлагаем читателям его стихи.

Горькая была

1
Развеется, смоется пыль,
Но всё же, что ни глаголь,
Чернобыль – горькая была,
Чернобыль – долгая боль.
Напишутся тыщи страниц
Высвечивать наши дела,
Но тень трагедийных зарниц
Уже на потомков легла.
И страшно о будущем знать,
Если случится вновь...
А жизни должно хватать
На песню и на любовь.

2
Налево пойдёшь
– сыроежки в песке,
Направо – маслята в иглице,
Прямо пойдёшь –
белый гриб в ве-ре-ске...
И бьёшь поклоны землице.
А в пысинском крае,
в Высоком Борке,
Стронций да цезий

в боровике.
В боровике и древесном
дымке,
В хлебе насущном,
в грудном молоке...

3
Убегаем в леса и травы
Врачевать душевные травмы.
Уезжаем под солнце юга
Плоть отлучив от недуга.
Нас увозят в чужие страны
От чернобыльской

нашей раны.
Чуть почувствуем:
отпустило –
И потянет некая сила,
Некий тихий толчок глубинный
В дом оставленный,
в край пуповинный –
В болевые наши начала...
Всё опять начинать сначала.

Рассказ женщины

– Неидёт из головы
Услышанное где-то:
До праведной Москвы
Не дальше того света...

Но надо мне дойти,
До главных доступиться.

У сына две культы
И полая глазница.

Ещё с афганских ран
Не посмывала крови,
А тут уже уран
Чернобыльский наготове.

Ни крова, ни лекарств.
Высокие посулы...
О, царствие мытарств!
О, преисподней гулы!...

Вдохнула и молчит.
Молчит на всю планету.
А поезд мчит и мчит
Всё ближе к тому свету...

Переселенка

По выходным безлюдней
города,
Острее глазу и слышнее уху.
Вздыхается и падает вода
Под ивой убаюкивать старуху.

Её почти что силой увезли.
Бульдозером село
захоронили.
На пустырях отравленной
земли
Ветра и волки тризну
довершили.

Старуха дремлет,
слушая фонтан,
И снится ей –
из облака фонтана
Возрос пропавший
без вести Иван
И спросил: –
Куда вертаться, Анна?

Клён кивает головой

Над Белой Русью, надо мной
Полынный дождь,
полынный зной.
Над Белой Русью и над ним
Полынный ветер,
полынный дым.
В мохнатой шапке снеговой
Он мне кивает головой.
И я киваю головой –
Напоминаю, что живой.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Д. ВОЛОДАРСКИЙ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Заказ № 16-04-00283
Тираж 28 977 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 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

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

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