

Работают мастера

Без единого разреза

Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция – рутинная процедура для столичных хирургов



В Московском клиническом научном центре (МКНЦ) Департамента здравоохранения Москвы совместно с Европейской ассоциацией эндоскопической хирургии состоялся уникальный мастер-класс для стран Европейского союза. Одну из ведущих российских клиник, занимающуюся диагностикой и лечением (как хирургическим, так и консервативным) заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, посетила группа итальянских хирургов. Целью визита европейских коллег явилось освоение техники выполнения лапароскопических панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Мастер-класс для зарубежных специалистов в течение 4 дней проводил директор МКНЦ, заведующий кафедрой факультетской хирургии

Во время операции

Московского государственного медицинского столичного университета им. А.И.Евдокимова, главный онколог Департамента здравоохранения Москвы, член-корреспондент РАН Игорь Хатков, выполнивший за это время 4 ПДР – по одной в день, оперируя более 5 часов ежедневно. Необходимо отметить, что именно профессор И.Хатков несколько лет назад первым в нашей стране выполнил лапароскопическую ПДР. На сегодняшний день им и его коллегами в МКНЦ проведено более 180 эндоскопических хирургических вмешательств при лечении онкологических заболеваний органов ЖКТ, 14 из которых выполнены с резекцией магистральных сосудов, в частности – верхней брыжеечной и воротной вен. Примечательно,

что хирургическое лечение опухолей органов ЖКТ посредством эндоскопии выполняют всего в двух клиниках по всему миру: наряду с МКНЦ это проводится в Клинике Мэйо (США).

Следует сказать, что с американскими коллегами по окончании мастер-класса в режиме реального времени состоялась дискуссия, в ходе которой ведущие американские и российские специалисты в области хирургического лечения новообразований органов ЖКТ обменялись накопленным опытом в тактике ведения пациентов с данной патологией.

(Окончание на стр. 4.)

Фото
Александра ХУДАСОВА.



Николай ПЛАВУНОВ,
главный врач Станции скорой
и неотложной медицинской помощи
им. А.С.Пучкова, профессор:

Давайте вместе активно работать над проблемой защиты медицинских работников при исполнении ими профессионального долга.

Стр. 5

Игорь УШАКОВ,
президент Диагностической
медицинской ассоциации:

Диагностический центр в Чите четверть века является одним из ведущих учреждений здравоохранения Забайкалья.

Стр. 6



Мария ШКОЛЬНИКОВА,
директор Научно-исследовательского
клинического института педиатрии
им. Ю.Е.Вельтищева, профессор:

Практически каждый год мы внедряем новые технологии, многие из них – впервые в Российской Федерации, а некоторые даже – впервые в мире.

Стр. 11

Вехи

От научных знаний к эффективному лечению

Учёные Ростовского научно-исследовательского онкологического института провели юбилейную сессию на XX Российском онкологическом конгрессе.

Она была приурочена к 85-летию учреждения. Отдельная юбилейная сессия медицинского учреждения была организована впервые за всю историю конгресса и называлась: «От научных знаний к эффективному лечению».

Доклады из области экспериментальной и клинической онкологии представили ведущие учёные института. Это исследования специалистов РНИОИ из области молекулярной онкологии, иммунологии, лекарственной противоопухолевой терапии, абдоминальной и реконструктивной хирургии, урологии, нейроонкологии, превентивной онкологии.

– Отдельная сессия в рамках Российского онкологического

конгресса – большая честь для нас. Составляя программу, мы пытались отразить самые яркие исследования наших учёных из разных областей онкологии. Думаю, нам удалось заинтересовать коллег – сессию ростовского онкоинститута посетили более 130 человек, – отметил директор РНИОИ, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Олег Кит.

Участниками крупнейшего в стране научного мероприятия для онкологов были ведущие специалисты России, Европы и США. Делегация Ростовского научно-исследовательского онкологического института приняла активное участие в его работе. Также в постерной сессии конгресса было представлено 17 научных докладов специалистов онкологического института.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

События

Укрепляя экстренную помощь

В волгоградской больнице скорой медицинской помощи № 25 сдана в эксплуатацию вертолётная площадка. Здесь планируется принимать санитарный воздушный транспорт при доставке экстренных тяжелобольных пациентов со всех районов области, а также пострадавших в ДТП на федеральных трассах, которые проходят по Волгоградской области.

Как отметил глава администрации Волгоградской области Андрей Боча-

ров, «специализированную санитарную авиацию у нас ожидает надежное будущее». В этой связи руководство региона рассматривает разные варианты. Один из них – это заключение договоров с компаниями, имеющими вертолёты. Но для этого следует ещё приобрести специальное оборудование, необходимое при доставке экстренных больных в стационар.

Специалисты медицины катастроф, которые смогут работать на винтокрылых машинах, уже подготовлены: 8 врачей, 6 медицинских сестёр и 4 фельдшера.

Кроме того, укрепляется и обычная скорая помощь. Недавно распределены по районам области 23 новых автомобиля. Важно отметить, что все они укомплектованы современным медицинским оборудованием для оказания неотложной помощи. Помимо этого, на условиях государственно-частного партнёрства в областной центр и город Волжский поступило 95 новых автомобилей скорой помощи.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. корр. «МГ».

Волгоград.

DIXION
МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

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

Новости

Будет центр протонной терапии

Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт посетил центр протонной терапии в Японии. Он встретился с руководством клиники, а также с представителями корпорации, которая поставляет оборудование для медучреждения. На встрече речь шла о возможности создания подобной современной клиники в Хабаровске. Этот город уже является центром ядерной медицины на Дальнем Востоке, впереди его ждёт дальнейшее развитие современных технологий в медицине.

Сегодня протонная терапия наиболее передовая технология по лечению онкологических заболеваний. Протонный пучок способен уничтожать опухоль с точностью до 0,5 мм. При этом практически не повреждаются здоровые, живые ткани.

Ранее В.Шпорт обговаривал возможность строительства такого центра во время Восточного экономического форума во Владивостоке.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Хабаровский край.

Аневризма устранена

Специалисты Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского провели сложную операцию по удалению аневризмы.

У 55-летней жительницы Щёлковского района Московской области, страдающей головными болями, во время обследования была обнаружена аневризма головного мозга. В случае её разрыва мог бы наступить летальный исход.

Лечение проводилось в отделении ангиографии. Пациентке провели эндоваскулярную эмболизацию – процедуру, направленную на устранение аневризмы с помощью закупорки сосуда, в котором она находится. На следующий день после операции пациентка самостоятельно передвигалась по палате, в ближайшее время планируется её выписка.

В отделении ангиографии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского выполняется около 50 подобных операций в год. Планируется, что в ближайшее время их число будет удвоено. Примечательно, что в Московской области регистрируют более 400 эпизодов разрыва аневризм головного мозга ежегодно.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Московская область.

Помощь становится доступнее

В Приморском крае ввели в действие специальную информационную систему, позволяющую пациентам из любого муниципалитета дистанционно записаться на приём к онкологам краевой онкологической поликлиники. Система действует во всех клиниках Приморья, как государственных, так и частных. Нововведение стало частью государственной программы «Развитие здравоохранения Приморского края» на 2013–2020 гг.

Новая система удобна и врачам на местах, и сотрудникам краевой онкологической поликлиники, и, безусловно, больным – для них это возможность попасть к онкологу без очереди. Как рассказала главный онколог Приморья Людмила Гурина, благодаря введению удалённой электронной записи время ожидания сократилось почти в три раза. По её словам, пациент, которого записали на приём, попадает к онкологу в течение недели. Он получает в своей участковой поликлинике талон с указанием даты, времени приёма и фамилии врача. Теперь длинные очереди и жалобы онкобольных на проблемы с консультациями краевых специалистов останутся в прошлом, полагают в Департаменте здравоохранения края.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

Владивосток.

Встреча с пациентами в аптеке

Всемирный день борьбы с сахарным диабетом специалисты поликлиники № 2 Йошкар-Олы отметили совместным мероприятием в недавно открывшейся в столице республики «Диабетической аптеке». В течение всего дня пациенты с диабетом бесплатно измеряли уровень сахара в крови и получали консультации эндокринологов. Состоялись занятия школы сахарного диабета.

В первой половине дня врачи консультировали больных с сахарным диабетом 2-го типа, а после обеда пациенты с диабетом 1-го типа получили информацию о помповой инсулинотерапии.

В рамках мероприятия прошёл «круглый стол» эндокринологов столицы Республики Марий Эл, где обсуждались проблемы внедрения высоких медицинских технологий в диагностику и лечении сахарного диабета в условиях стационара и поликлиники.

В течение дня в специализированной аптеке уровень гликозилированного гемоглобина измерили около 50 человек, сахар крови – 250, холестерина – 25.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

Министр подаёт пример

Министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько спас жизнь пассажира, с которым летел одним самолётом из Хабаровска в Москву. Вместе другими врачами, оказавшимися на борту воздушного судна, он оказал необходимую медицинскую помощь 43-летнему мужчине, у которого случился сердечный приступ. У пассажира упало давление, была потеря сознания, остановка дыхания. Медики диагностировали острый коронарный синдром и стали проводить необходимые мероприятия. Подключили к кислороду, давление восстановилось, но боль в груди не проходила.

Тогда А.Витько посоветовался с пилотом, и было решено экстренно посадить самолёт в Мирном. Больного мужчину в Якутии уже встречала бригада медицинской помощи, которая отвезла его в стационар. Стараниями медиков человек остался жив.

Николай ИГНАТОВ.

Хабаровск.

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

События

Теперь — настоящие студенты!

Их встречали добрыми словами и весёлыми песнями



Этот момент запомнится навсегда!

Улыбки на лицах собравшихся в одном из центральных залов Тамбова, торжественность в приветствиях «виновников» встречи особенно бросались в глаза в этот вечер. Это было посвящение в студенческое братство первокурсников Тамбовского областного медицинского колледжа. Началось оно с исполнения студенческим хором «Гаудеамуса» на латинском языке.

С приветственным словом к посвящающимся в студенты обратился директор колледжа, депутат Тамбовской городской думы, кандидат педагогических

наук, заслуженный работник здравоохранения РФ Евгений Лапочкин, который призвал их хранить традиции старейшего в России медицинского образовательного учреждения с почти 150-летней историей. Затем Евгений Владимирович вручил первокурсникам символический студенческий билет.

Студентов 1-го курса приветствовали главный специалист-эксперт по управлению сестринской деятельностью Управления здравоохранения области, главная медицинская сестра клинической психиатрической больницы Марина Белевитина, председатель городской думы

Виктор Путинцев, председатель областной организации профсоюза работников здравоохранения Геннадий Афанасов и другие.

После официальной части состоялся праздничный концерт, подготовленный студентами колледжа.

...Вот и стали настоящими студентами первокурсники медицинского колледжа. Теперь уже, как говорится, по всем статьям. Впереди годы учёбы, а потом – любимое дело, выбранное на всю жизнь.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внест. корр. «МГ».

Тамбов.

Акции

Столица против СПИДа

Московские вирусологи, клиницисты и организаторы здравоохранения обсудили методы лечения ВИЧ-инфекций и констатировали, что в столице созданы все условия для оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным СПИДом.

Так, в преддверии Международного дня борьбы со СПИДом, который отмечается 1 декабря, в здании правительства Москвы на Новом Арбате прошла научно-практическая конференция, посвящённая ситуации с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией. Участники встречи обсудили методы лечения болезни и меры, направленные на её профилактику.

Конференция была организована Московским городским центром профилактики и борьбы со СПИДом и Национальной вирусологической ассоциацией при поддержке Департамента здравоохранения Москвы.

– В настоящее время от СПИДа в мире уже умерло 40 млн человек и ещё 40 млн живут с этим забо-

леванием, – сообщила заместитель руководителя департамента Елена Хавкина. По её словам, высокая плотность населения, наличие крупных транспортных узлов, интенсивных миграционных процессов мегаполиса делают большие города наиболее уязвимыми для инфекций в целом и для СПИДа.

– При этом в настоящее время в Москве благодаря системной работе, которая проводится под руководством Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, удалось сдержать негативный тренд распространения этой инфекции и стабилизировать распространённость ВИЧ-СПИДа среди горожан на уровне относительно благополучных европейских столиц. Например, в Берлине этот показатель даже несколько выше, чем в Москве, – добавила Е.Хавкина.

Участники конференции отметили, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией тесно связана, в частности, с проблемами наркомании и с распространением туберкулёза. В то же время, по словам специ-

алистов, в Москве созданы все условия для того, чтобы больные ВИЧ получали все виды медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Как сказал Михаил Бяхов, заместитель главного онколога департамента, с 1990-х годов накоплен большой опыт в лечении онкологических пациентов, больных СПИДом. «Мы ушли от первоначальных страхов перед СПИДом. Не только медицинский персонал утратил страх. Развита толерантность к таким больным и со стороны других пациентов, с которыми они лежат в одной палате», – заявил он.

Вечером в первый день зимы фасады здания столичного правительства на Новом Арбате украсят красной лентой, символом борьбы со СПИДом. А на электронных щитах будут демонстрироваться видеоролики социальной рекламы на тему профилактики и лечения этой болезни, подготовленные Департаментом здравоохранения Москвы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

В центре внимания

Главное — продолжительность жизни

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в открытом пленарном заседании Высокого уровня на 9-й глобальной конференции по укреплению здоровья.

В своём выступлении на панельной дискуссии она рассказала об основных мерах, предпринимаемых сегодня в России по укреплению здоровья. Министр отметила, что Российская Федерация уделяет особое внимание межсекторальному подходу в вопросе формирования здорового образа жизни. «По инициативе Минздрава России Правительство сформировало специальную комиссию по охране здоровья граждан, которую возглавляет председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев, куда вошли все министры, а также представители религиозных и общественных организаций — силы, которые объединились для формирования здорового образа жизни», — сказала В.Скворцова. Глава Минздрава России также подчеркнула, что в РФ действуют

национальные стратегии по борьбе с табакокурением и потреблением алкоголя. В 2013 г. Президентом РФ был подписан всеобъемлющий закон против табака, которым введены наиболее эффективные антитабачные меры. В целом же последовательная работа на данном направлении позволила, по словам В.Скворцовой, за период менее 10 лет снизить употребление табака взрослых на 25%, а у подростков — в 2,5-3 раза. Причём снизилось и пассивное курение: дома — в 2 раза, в общественных местах — более чем в 3. Аналогичная ситуация складывается и с потреблением алкогольных напитков, которое менее чем за 10 лет снизилось на 26%.

Министр рассказала, что важным направлением межсекторальной работы является мотивирование к здоровому питанию — потреблению большего количества овощей и фруктов. «За 10 лет (с 2005 по 2015 г.), по данным статистики, среднестатистическое потребление овощей (и бахчевых) в России увеличилось на 10%, фруктов и ягод — на

38%. Потребление сахара, в свою очередь, уменьшилось почти на 10%».

Особое внимание, как рассказала В.Скворцова, уделяется коммуникационным и образовательным проектам в области общественного здоровья, а также взаимодействию со СМИ. «Все эти мероприятия привели к тому, что Российская Федерация стала одним из лидеров по увеличению продолжительности жизни и снижению смертности населения. В мире в целом продолжительность жизни за 30 лет увеличилась на 8 лет, а в России — более чем на 8 лет менее чем за 20 лет», — заключила министр.

Отвечая на вопрос о наиболее важных направлениях работы по укреплению здоровья, глава ведомства назвала повышение личной ответственности граждан за своё здоровье, инновационное развитие биомедицинских технологий, позволяющее предоставлять гражданам максимально возможный уровень здоровья.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Сити!

Решения

Задача для школьных психологов

Правительство РФ намерено реорганизовать и усилить всю службу психологов, прежде всего школьных. Об этом сообщила заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец. «Прежде всего даны поручения для изучения всей психологической службы, которая существует в поддержку наших школьников», — сказала она.

По её словам, сегодня психологи в школах чаще всего ориентированы на детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, которые живут в заведомо неблагополучных семьях. «Скрытое неблагополучие, дискомфорт, отсутствие внимания к ребёнку, человеческой родитель-

ской любви и внимания, дефицит времени у родителей на ребёнка приводит к более сложным и иногда трагическим последствиям», — считает О.Голодец.

Вице-премьер также указала, что Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского подготовит курс семинаров и методик для психологов в школах по результатам анализа всех трагических случаев, суицидов, которые произошли в России за последние несколько лет. Там же подготовят программы для переподготовки школьных психологов.

Как известно, 14 ноября в одном из домов посёлка Струги Красные Псковской области забаррика-

дировались 15-летние юноша и девушка. Они открыли стрельбу по сотрудникам правоохранительных органов, которые прибыли на вызов. По данным Следственного комитета РФ, правоохранители в течение нескольких часов вели переговоры. Когда спецназ пошёл на штурм, подростки были обнаружены мёртвыми с огнестрельными ранениями.

В сети собирают подписи за проведение гласного публичного расследования трагедии под Псковом. Петицию с соответствующим требованием подписали более 2 тыс. человек.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.
МИА Сити!

Официально

Расходы продолжают расти

В следующем году Московский городской фонд ОМС увеличит бюджет на 23 млрд руб. Об этом говорится в проекте бюджета фонда.

Согласно документу, в следующем году планируемые расходы составят более 216 млрд руб., а в 2019 г. эта сумма вырастет до 247 млрд. В 2016 г. расходная часть столичного фонда ОМС составила 193,3 млрд. Средства пойдут на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования населения, на оплату медицинской помощи в больницах

и диспансерах города, а также на выполнение фондом своих функций.

При этом Московский городской фонд ОМС планирует получить в будущем году порядка 9,6 млн руб. за счёт оказания платных услуг и компенсации затрат государства, порядка 216 млрд траншей из федерального бюджета, а также прочих безвозмездных поступлений на сумму более 5 млрд. Как известно, в прошлом году подушевое финансирование московских поликлиник в системе ОМС увеличили на 10%. Тогда власти провели индексацию тарифов ОМС на лечение 80 заболеваний в больнице, на эти цели

город выделил дополнительные 6,2 млрд руб.

Единую информационную систему анализа историй болезни запустят во всех больницах, поликлиниках и диспансерах Москвы в 2017 г. Система будет автоматически собирать и вести данные каждого пациента: где он лечился, когда проходил диспансеризацию, какие диагнозы ему ставили ранее. С её помощью власти смогут контролировать качество оказания медицинской помощи жителям Москвы.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сити!

Дословно

Здравоохранение — на первом месте

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подтвердил заявленные ранее приоритетные направления расходов федерального бюджета — около 200 млрд руб. будет выделено на поддержку здравоохранения, образования и развитие малого бизнеса в будущем году.

— Чтобы реализовать бюджетные приоритеты, мы договорились использовать проектный подход. В следующем году правительство предложило выделить на приорите-

ты значительные средства — почти 200 млрд руб. Среди них — проекты в здравоохранении и образовании, развитие ипотеки, коммунальной инфраструктуры, строительство и

ремонт дорог, улучшение экологических стандартов..., — сказал Д.Медведев.

Глава федерального правительства также отметил, что в случае появления дополнительных доходов данные средства также могут быть направлены на поддержку основных приоритетов развития страны.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.
МИА Сити!

Акценты

Кто за виртуальный контакт, а кто против?

54% российских врачей хотят проводить консультации пациентов с помощью онлайн-сервисов или по телефону, 46% выступают против этой практики. Таковы данные опроса, прошедшего в социальной сети, в котором приняли участие 714 врачей.

С точки зрения докторов, дистанционные консультации нужны для корректировки медикаментозной терапии (так ответили 67% респондентов), пациентам с хроническими заболеваниями (67%), а также тем, кому необходимы частые визиты к врачу (58%) или послеоперационное лечение (16%), и пациентам с нарушением поведения (11%).

При этом сами врачи выразили готовность обучаться работе с телемедицинскими технологиями и использовать их для поддержки

пациентов. «Большинство, 67% из тех, кто хотел бы консультировать дистанционно, ответили, что готовы проходить специальную аттестацию для оказания таких услуг», — говорят авторы исследования.

Что характерно, законопроект о телемедицине, разработанный Минздравом России, в настоящее время проходит процедуру согласования. В конце сентября нынешнего года его одобрило Минкомсвязи. Проект закона вводит не только понятие и правила оказания телемедицинских услуг, но и предполагает медицинским учреждениям перейти на электронный документооборот. Ожидается, что данный законопроект о телемедицине должен быть принят Госдумой РФ до конца нынешнего года.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Сити!

Начеку!

Медицина в особых условиях

Правозащитная организация «Зона права» подготовила доклад о состоянии тюремной медицины. Основные проблемы здесь — недофинансирование, дефицит специалистов и поздняя диагностика заболеваний, что зачастую приводит к смерти пациентов.

По данным правозащитников, в системе Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) в прошлом году скончалось почти 4 тыс. человек. Выход авторы доклада видят в переподчинении медицинской службы ФСИН Минздраву, чтобы врачи в местах заключения были независимы от руководства

колонии и могли более эффективно отстаивать права своих пациентов.

На первом месте среди болезней, приводящих к смерти осуждённых, по данным доклада «Зоны права», — сердечно-сосудистые заболевания (23,5%), на втором — ВИЧ (19,4%), затем следуют травмы, отравления (16,2%) и онкология (10,9%). Все остальные заболевания — 22,4%.

— Врачи должны быть подчинены Министерству здравоохранения РФ и оказывать услуги по заключаемому между ним и ФСИН России контрактам, — считают правозащитники.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сити!

Криминал

За пациентом прибыла полиция



Самарские полицейские задержали подозреваемого в причинении телесных повреждений врачу городской больницы, Промышленного района.

По информации Главного управления МВД по Самарской области, мужчина, 1988 года рождения, житель областного центра, привёз в больницу свою жену с травмой ноги. Во время осмотра женщины мужчина без видимых причин стал наносить врачу удары, в результате

чего доктор получил многочисленные травмы.

В отношении предполагаемого злоумышленника возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 213 Уголовного кодекса Российской Федерации «Хулиганство». В настоящее время дебошир задержан, допрашивается полицией и даёт признательные показания.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

В России 11 млн человек больны хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ). Это данные Российского респираторного общества, озвученные на днях его председателем, ведущим экспертом нашей страны в области диагностики и лечения заболеваний органов дыхания, главным терапевтом-пульмонологом Минздрава России, директором НИИ пульмонологии ФМБА России, заведующим кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, академиком РАН Александром ЧУЧАЛИНЫМ на пресс-конференции, посвящённой международному дню борьбы с ХОБЛ, которая уносит 3 млн жизней ежегодно во всём мире.

Статистика смертности по этому заболеванию приближается к показателям по инфаркту и инсульту. ХОБЛ наносит мировому сообществу в 2 раза больший ущерб, чем астма, при этом велики показатели смертности в трудоспособном возрасте. Данная патология занимает 11-е место по уровню инвалидизации, а экономические потери составляют 2 трлн долл., при том что 2/3 случаев недодиагностированы. И что самое интересное – заболеваемость ХОБЛ растёт наряду с сокращением табакокурения.

– Врачи и пациенты не проявляют должной осторожности по поводу ХОБЛ, – отметил А.Чучалин. – Минувший год весьма знаменателен для отрасли. Главным образом – «респираторными потерями». Так, в России в прошлом году от ХОБЛ умерло 42 тыс. человек, от пневмонии – 40 тыс., от рака лёгкого – 80 тыс. Таким образом, болезни органов дыхания суммарно выходят на второе

Итоги и прогнозы

Коварство ХОБЛ не знает границ

От неё – огромный ущерб здоровью и бюджету



А.Чучалин

место в структуре общероссийской смертности, уступая «пальму первенства» лишь ишемической болезни сердца. Необходимо отметить и чрезвычайно высокое социальное бремя ХОБЛ. Обращаемость в поликлиники в этой связи, к сожалению, низкая. В то же время мы наблюдаем предельно высокое количество больных, которые повторно поступают в стационары в связи с декомпенсацией ХОБЛ или дыхательной недостаточностью. При этом, что характерно, качество диагностики этого сурового заболевания остаётся недостаточным. Экономические потери от ХОБЛ в ближайшие 10 лет увеличатся

во всём мире до 5 трлн долл., поскольку ущерб, связанный с заболеванием, постоянно возрастает. Только в странах Европейского союза ежегодно 300 тыс. человек умирают от ХОБЛ. В настоящее время болезнь диагностирована у 210 млн человек во всём мире, а по прогнозам на 2030 г. только ХОБЛ (отдельно от совокупности респираторной патологии – И.М.) займёт третье место в списке причин смертности во всём мире, – подчеркнул академик.

По словам заместителя директора НИИ пульмонологии профессора Заурбека Айсанова, ХОБЛ – это болезнь, не признанная по статистике и по тяжести. «Если это заболевание не проявляется симптомами, пациент к врачу не обращается. В течение длительного времени человек приспосабливается к одышке и недооценивает свою болезнь, что является большой медико-социальной проблемой», – заявил З.Айсанов.

– Для ХОБЛ практически не разработаны меры профилактики, – акцентировал профессор. – Эта патология может быть разной по своему происхождению. Например, в Индии среди заболевших мужчин только 18% курили, среди

пациенток женского пола не было курящих вообще. Основным ключом к ранней диагностике ХОБЛ является спирометрия. И отрасль в этом отношении всячески способствует нашим больным. Появились портативные приборы, которые позволяют её провести в домашних условиях. Хочу напомнить: самое высокое снижение лёгочной функции отмечается на ранней стадии заболевания, именно в этот период мы пациентов не видим и не лечим, хотя могла быть осуществлена та профилактика, которая бы не позволила пациенту перейти в более позднюю стадию развития ХОБЛ.

Как известно, при снижении лёгочной функции пациент вовлекается в так называемую спираль одышки, когда человек начинает избегать тех видов нагрузки, которые её вызывают, что в свою очередь приводит к снижению физической активности. Это, вне всякого сомнения, является неблагоприятным фактором как у здоровых, так и у больных любыми заболеваниями. Как результат – постепенно развивается одышка в покое.

– Одышка – это паника, связанная с физической немощностью, – сказал А.Чучалин. – К счастью, мы располагаем множеством лекарственных препаратов и вспомогательными средствами доставки кислорода в лёгкие – методами неинвазивной их вентиляции. По-

явление последних, кстати говоря, в пульмонологии не менее значимо, чем наличие нового поколения медикаментов. Необходимо понимать, что ХОБЛ – системное заболевание, при котором применяются разные группы ЛС, и, если человек не бросает курить, лекарства теряют свою эффективность. Современные медикаменты, назначаемые при ХОБЛ, достаточно применять раз в сутки, тогда как раньше это нужно было делать 4 раза в день. Главные задачи – не допустить обострений и улучшить функцию органов дыхания, – резюмировал он.

Распространённость ХОБЛ и рост смертности от этой болезни объясняется многими причинами – в том числе и общим старением населения земли. Однако существенными факторами риска на конференции были названы образ жизни и особенности труда человека: вдыхание почвенной пыли, выхлопных газов, продуктов горения... До четверти работников вредных производств страдают ХОБЛ.

– Инновационная поддерживающая терапия позволяет значительно облегчить симптомы ХОБЛ, улучшает качество жизни и снижает необходимость применения средств неотложной терапии, – завершил брифинг А.Чучалин.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Работают мастера

Без единого разреза

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Отрадно, что эндоскопические хирургические технологии всё чаще приходят на помощь пациентам, страдающим от различного рода новообразований органов ЖКТ. Что характерно, помимо колоссального косметического эффекта, при этом существенно сокращается период послеоперационного восстановления больного, главным образом – вследствие незначительной кровопотери (в отличие от полостной операции), подчас – без последующего изнурительного курса химиотерапии.

– Область поджелудочной железы сложна для хирурга прежде всего огромным количеством расположенных там кровеносных сосудов, – пояснил И.Хатьков. – Для эффективного проведения подобных вмешательств, с моей точки зрения, крайне важен так называемый «бригадный подход» как хирургов, так и анестезиологов, а также среднего медицинского персонала. Приятно констатировать, что в этой области мы ничем не уступаем западным коллегам. Также считаю необходимым заметить, что молодые врачи активно вовлечены в подготовку больных к таким операциям. Кроме того, молодёжь активно помогает более опытным коллегам в проведении этих вмешательств. Не сомневаюсь: именно молодые генерации хирургов в ближайшем будущем смогут экстраполировать наш опыт на всю страну. Всё, что происходит внутри брюшной полости, мы видим увеличенным в десятки раз на экране. Это, в свою очередь, позволяет докторам контролировать свои действия с высокой точностью, – добавил он.

Наряду с европейскими хирургами в МКНЦ съехались отечествен-

ные специалисты – как столичные, так и из других регионов нашей страны. Примечательно, что операции, проводимые И.Хатьковым, транслировались в режиме онлайн на всю Россию, Европейский союз и США. Таким образом, мастер-класс носил интерактивный характер, в ходе которого каждый желающий мог задать вопрос главному столичному онкологу, что называется, в прямом эфире. И.Хатьков, в свою очередь, все свои манипуляции сопровождал подробными комментариями, не отрываясь от хирургического процесса. Иными словами, получив своего рода захватывающий фильм: велась прямая трансляция, сопровождавшаяся досконально и предельно понятными для практических врачей комментариями ведущего российского эксперта в этой области клинической медицины.

– Необходимо понимать: на экранах была продемонстрирована клиническая реальность в чистом виде. Это куда полезнее для практических врачей, нежели синтетические знания, излагаемые с трибуны того или иного отраслевого мероприятия, – отметил вице-президент Европейской ассоциации эндоскопической хирургии Абэ Фингерхату. – Уникальный опыт российских специалистов, вне всякого сомнения, пойдёт нам на пользу, – подчеркнул он.

– В МКНЦ накоплен уникальный опыт лапароскопической ПДР и других эндоскопических технологий при диагностике и лечении онкологических заболеваний органов ЖКТ, – поделился впечатлениями специально приехавший на проводимый мастер-класс доцент кафедры факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского

университета им. И.П.Павлова Александр Неймарк. – Посещение мастер-класса не только позволило мне детально ознакомиться с уникальной методикой, но и существенно расширило мой профессиональный кругозор.

Уникальностью эндоскопических операций области поджелудочной железы в клиническом плане, по словам И.Хатькова, является возможность резекции сосудов, а также мини-реконструктивных хирургических вмешательств на них – замещать повреждённые в ходе операции участки отдельного взятого сосуда. Минимальная же кровопотеря достигается за счёт ультразвукового скальпеля, посредством которого происходит «выпаривание» тканей.

Необходимо также понимать, что эндоскопический метод хирургического лечения новообразований органов ЖКТ существенно сокращает пребывание пациента в стационаре, тем самым многократно снижая риск развития госпитальной инфекции.

В заключении мастер-класса И.Хатьков акцентировал внимание коллег на ключевых преимуществах лапароскопических ПДР и других эндоскопических вмешательствах при онкологических заболеваниях органов ЖКТ по сравнению с «большими» операциями. С точки зрения эксперта, таковыми являются существенно меньшая кровопотеря, незначительный болевой синдром в послеоперационном периоде, а также куда более короткий период восстановления всех органов и систем организма. «Есть предположение, что всё это может влиять на отдалённые результаты, которые являются определяющими в онкологии», – полагает он.

Валентин СТАРОСТИН.

Ситуация

Новосибирский территориальный фонд обязательного медицинского страхования опубликовал результаты своего исследования, насколько информированы жители региона о диспансеризации. Коль скоро с нынешнего года страховые компании обязаны с помощью смс-рассылки информировать граждан о том, что в стране идёт кампания по бесплатному профилактическому медицинскому обследованию, руководству Новосибирского фонда ОМС интересно было узнать, как реагирует население на это сообщение. Иными словами, многие ли, узнав о возможности пройти диспансеризацию, воспользовались ею.

Диспансеризация ставит вопросы

На них пытаются ответить авторы исследования

На конец октября было отправлено около 100 тыс. сообщений тем застрахованным, кто по дате рождения может пройти диспансеризацию в этом году, но до сих пор этого не сделал. Одновременно с рассылкой проводится выборочный телефонный опрос граждан. Как уточняют в территориальном фонде ОМС, необходимо выяснить, «почему застрахованные, которые подлежат диспансеризации в этом году, её не прошли: просто не хватило времени, или возникли трудности в поликлинике?»

По данным одной из страховых медицинских организаций, на которые ссылаются в Новосибирском фонде ОМС, из тех её клиентов, кто получил сообщение с приглашением, на обследование пришли меньше 40%. Между тем результаты телефонного опроса показали, что большинство респондентов планируют это сделать. Что это – вежливая форма отказа, или действительно «живой» разговор эффективнее «бесчувственной» смс? Увидим по итогам года.

А теперь самое главное: по данным исследования, каждый

десятый человек в принципе не удовлетворён «прохождением диспансеризации» (формулировка специалистов фонда – Е.Ю.), ещё 15% удовлетворены не в полной мере. Правда, что имеется в виду под словами «прохождение диспансеризации», фонд не разъясняет. Можно лишь предположить, что речь идёт об организации самой процедуры профосмотра, поскольку вряд ли кто-то может всерьёз выражать неудовлетворённость «плохими» результатами собственных анализов. В любом случае, есть о чём задуматься и фонду ОМС, и региональному Министерству здравоохранения, если они хотят выполнить плановые показатели.

Кстати, о плане. В 2016 г. диспансеризацию должны пройти более 700 тыс. жителей Новосибирской области. На начало ноября завершила обследование половина из них. В фонде ОМС считают, что «уже» половина, но с учётом оставшегося времени, наверное, правильнее сказать «всего».

Елена ЮРИНА.
МИА Сити!

Новосибирск.

Медицинское сообщество бьёт тревогу об участившихся случаях противоправных действий в отношении врачей, фельдшеров и медсестёр. В зоне риска находятся врачи скорой помощи, поликлиник, травмпунктов. Полицейская статистика ежегодно фиксирует только в Москве около 200 нападений на сотрудников медучреждений. Не все они получают правовую оценку, а виновные несут наказание. Безнаказанность способствует повторению проступков пациентов, несовместимых с гражданской моралью и совестью.

Обсудить эту назревшую проблему по инициативе Департамента здравоохранения Москвы на Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова собрались главные врачи столичных диагностических центров и поликлиник и их рядовые сотрудники.

Специалист Департамента здравоохранения Москвы по скорой неотложной медицинской помощи и медицине катастроф, главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи Николай Плавунцов отметил во вступительном слове, что тема «круглого стола» назрела. Медицинские работники станции обслуживают до 1 млн вызовов в год и, безусловно, они должны быть защищены от всевозможных бед. То же самое касается и участковых педиатров, и терапевтов, которые вне медицинской организации оказывают помощь на дому. Как сделать, чтобы никто не мешал работе и тем более не покушался на их жизнь? Это актуальный вопрос, и он требует обсуждения и выработки конкретных мер, заключил Николай Филиппович и предложил высказаться врачу подстанции № 5 Павлу Харламову. Его предложение – каждый грубый выпад против медиков нужно доводить до логического конца, добиваясь материального возмещения, если нанесён вред здоровью медицинского работника, чтобы нападавший знал о последствиях своего неадекватного поведения.

И негативных примеров не счесть

Главный врач Консультативно-диагностической поликлиники № 121 Андрей Тяжелников акцентировал внимание на тех сотрудниках, которые работают круглосуточно в травматологических отделениях, где и возникают критические моменты. Это подтвердил в своём выступлении и заведующий травматологическим отделением Владимир Зайцев. Не так давно ему утром пришлось оказывать помощь коллеге и охраннику, пострадавшим в ночное дежурство от пьяного дебошира. По словам В.Зайцева, никто за нападение не ответил, хотя и было возбуждено дело, до суда оно почему-то не дошло. Если бы подобные действия заканчивались приговором, то у многих отпала бы охота «демонстрировать силу» в лечебном учреждении или при обслуживании на дому.

Игорь Дягилев, главный врач диагностического центра № 3, тоже говорил о ситуации с нападением на сотрудников своего учреждения. Иногда поводом для нападения служит отказ врача оформить больничный лист или выписать лекарство, которое пациенту не показано. В адрес медика сыплются оскорбления, разговор на повышенных тонах может закончиться и рукоприкладством.

Игорь Владимирович предложил шире использовать мобильные устройства, чтобы в критическом положении сотрудник мог нажать на тревожную кнопку вызова помощи. Но для этого нужно выработать алгоритм взаимодействия между органами здравоохранения и правоохранения. Теснее требуется взаимодействовать с социальными

Заведующая службой неотложной помощи детской городской поликлиники № 38 Юлия Каленичина рассказала, что за годы работы ей как минимум трижды становилось страшно за свою жизнь: «Например, на вызове к ребёнку ко мне приставал его нетрезвый отец (диспетчер предупредила, что вызов был от пьяного, поэтому

Законопроект готов и проходит общественное обсуждение. По словам Веры Ростиславовны, Московская городская дума тесно работает с Государственной Думой РФ. Она получила приглашение на «круглый стол». Состоится он в середине декабря и будет предварять слушания данного законопроекта в Госдуме РФ. В.Шастина надеется, что

нападения на медиков фиксируются не только в столице, но и по всей России, поэтому чрезвычайно важно выходить на федеральный уровень в обсуждении и решении этой проблемы.

– Нападение – это крайняя форма пренебрежения к врачу и уверенность в безнаказанности. Нужно менять ситуацию, упрощать процедуру его защи-

Острая тема

Один на один с пациентом

Как защитить медицинских работников?



Надо сделать так, чтобы никто не мешал работе врачей

службами, под опекой которых находятся нетранспортабельные граждане. В домах их проживания тоже возникают стычки с родственниками, которые предъявляют к медицинским работникам необоснованные претензии, угрожают, если не выполняют их требования.

Вера Сидорова, главный врач консультативно-диагностического центра № 6, добавила примеры агрессии пациентов, которой подверглась она сама и её коллеги. В.Сидорова обратилась с заявлением в полицию, где её заверили, что хулигана ждёт либо административное наказание, либо штраф, либо исправительные работы.

– Надеюсь, что дело будет доведено до конца. Иначе как же работать дальше в подобной обстановке? – заключила Вера Петровна.

Когда на кону жизнь

Участники «круглого стола» признали, что уровень агрессии общества нарастает, медики перестают чувствовать себя в безопасности. Причина – в безнаказанности совершённого пациентом преступления против врача. Павел Гуляев, главный врач диагностического центра № 5, рассказал, что было предпринято в его лечебном учреждении, чтобы потом предъявить правоохранительным органам факты безобразного поведения отдельных пациентов. В центре было увеличено количество видеокамер в проблемных местах.

водителя попросили подняться в квартиру, и это помогло». Был случай, когда в тёмном подъезде на ночном вызове наркоманы, угрожая ножом, требовали от Ю.Каленичиной наркотики. Из недавнего – стреляли в машину неотложки за обгон.

Чтобы защитить медиков, столичный Департамент здравоохранения в этом году учредил институт уполномоченного по правам медработников, который возглавила заместитель главного врача городской клинической больницы им. А.К.Ерамишанцева Светлана Мирзахамидова. По её словам, медицинское сообщество сегодня волнует два вопроса: «Как реагировать на угрозы со стороны пациентов и их родственников?» и «Как медику защищать свою честь и достоинство при публичном оскорблении?»

Взаимоотношениям врача и пациента было посвящено выступление главного врача городской поликлиники № 220 Веры Шастиной, депутата Московской городской думы. Чувствуется, что у руководителя лечебного учреждения с 20-летним стажем наболело. И в её практике было достаточно конфликтных ситуаций, в которых врач оказывался «крайним».

Сегодня на повестке дня стоит вопрос о законодательном регулировании обеспечения безопасности сотрудников медицинских учреждений. Министр здравоохранения России В.Скворцова поставила задачу перед министерством – подготовить законопроект, ужесточающий ответственность нападающих на медиков.

будет принято положительное решение, потому что ситуация не должна выходить из-под контроля. Надо решительно защитить медиков, которые занимаются здоровьем россиян, исполняют свой профессиональный долг. Она обратила внимание, что пострадавший медик страдает не один, терпят урон и пациенты, которым он должен качественно оказать помощь. Поэтому, когда кто-то нападает на медицинского работника, он совершает преступление и против пациента, к которому врач спешит на вызов.

Только общими усилиями

Руководитель дирекции учреждений здравоохранения по Троицкому и Новомосковскому административным округам столицы Владимир Грицаук рассказал о принимаемых мерах по защите медиков, работающих в Новой Москве. Это и тесное взаимодействие с правоохранительными органами, и сопровождение медиков на неблагополучные участки, и обеспечение их планшетами, чтобы зафиксировать инцидент, столкновение с неадекватным пациентом. По словам Владимира Борисовича, в округах идут по пути профилактики правонарушений, упреждая негативные явления. Только общими усилиями можно добиться результата. Тогда тот, кто спровоцирует конфликт с врачом, будет чувствовать, что ему не уйти от ответственности.

По словам председателя Профсоюза работников здравоохранения Москвы Сергея Ремизова,

ты, добиваясь неотвратимости наказания для совершающих противоправные действия, а также вести постоянную работу по повышению общественного статуса и имиджа медицинского работника, – подчеркнул Сергей Викторович. – Мы считаем важнейшей задачей профсоюза – обеспечение их безопасности. Но без вмешательства государства и общественности не решить эту проблему. На президиуме профсоюза мы её обсудили и обратились к руководству Единой России, Минздраву России и депутатам Госдумы РФ – принять меры по защите медиков на законодательном уровне. Министерство поддержало нашу инициативу, и думаю, что новый состав Госдумы РФ ускорит решение этого вопроса.

Кроме того, предлагаем дополнительное страхование от нападения медработников, занятых на выездных формах работы. Естественно предложение требует обсуждения и юридической базы.

Считаем, что нужно инициировать возможность открытых обсуждений о безопасности медиков при исполнении профессионального долга. Дальше законодательно приравнять их деятельности к выполнению обязанностей, возложенных на правоохранительные органы. Обсуждение проводить на открытых площадках – в социальных сетях, использовать портал правительства Москвы «Активный гражданин». Целесообразно создать специальные некоммерческие юридические организации, которые представляли бы интересы пострадавших работников в судах и других инстанциях. Полностью поддерживаю предложение коллег о необходимости более тесного взаимодействия с органами правопорядка, обеспечение медиков кнопкой экстренного вызова. В сегодняшних непростых условиях ожидаем, что в СМИ во весь голос зазвучит тема «Как защитить честь и достоинство медицинских работников». Надо помнить, что в их руках находится наша жизнь.

В заключительном слове спикер Н.Плавунцов ещё раз подчеркнул, насколько актуальна проблема, которая так активно обсуждалась на «круглом столе».

– Давайте вместе активно работать над её решением. Предложим свою рекомендательную программу, которой законодатели придадут юридическую основу. Будут ли это дополнения в закон, в Уголовный кодекс – для нас важно, чтобы медики всегда чувствовали себя в безопасности.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Москва.

В 1991 г. в трудный период исторического пути России здравоохранение Забайкалья пополнилось уникальным для тех лет медицинским учреждением – областным диагностическим центром. Концентрация новейшей аппаратуры и элитных медицинских кадров позволила существенно повысить качество и объёмы диагностической помощи пациентам на госпитальном этапе.

Ввод в строй этого учреждения здравоохранения передвинул Забайкалье с малопочётного 70-го на 25-е место в России по уровню оснащённости медицинским оборудованием.

Центр динамично развивался, постоянно наращивая свой потенциал: внедрялись новые технологии, многие из которых уникальны для Забайкалья и соседних регионов, ежегодно увеличивался объём предоставляемых медицинских услуг. За 25 лет проведены десятки миллионов лабораторных исследований, порядка 700 тыс. лучевых исследований, более 1,5 млн функциональных исследований; выявлено более 1,5 тыс. пороков развития плода.

В Забайкалье только в нашем центре проводятся исследования вызванных потенциалов у детей для диагностики нарушения зрения и слуха.

В марте 2015 г. произошло образование государственного учреждения здравоохранения «Клинический медицинский центр Читы», объединившего 6 взрослых поликлиник города, центр восточной медицины и Забайкальский краевой консультативно-диагностический центр.

В настоящее время диагностический центр является консультативно-диагностическим подразделением Клинического медицинского центра.

25 лет – относительно небольшой срок, но за этот период создано амбулаторно-поликлиническое учреждение принципиально нового типа, подготовлены высококвалифицированные кадры, накоплен богатейший опыт практической, методологической и научной работы.

В центре создан современный технологический комплекс, охватывающий все сферы диагностики, такие как лучевая (включая компьютерную и магнитно-резонансную томографию), функциональная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой, нервной и дыхательной систем; ультразвуковая диагностика заболеваний всех органов и систем; эндоскопическая диагностика, прижизненная гистологическая и цитологическая диагностика; клиническая лабораторная диагностика по разделам иммунология, гематология и гемостаз, биохимия, а также кариотипирование, хромосомный анализ и ПЦР-диагностика, высокоскоростная жидкостная хроматография и фармакокинетический анализ лекарственных средств.

В диагностическом подразделении заработала централизованная лаборатория с установкой лабораторной информационной системы с удалёнными рабочими местами. За текущий год здесь проведено более 1,5 млн исследований.

На базе центра организовано проведение телемедицинских консультаций и дистанционного обучения с использованием видеоконференцсвязи. В рамках работы телемедицинского центра налажены контакты со специалистами центральных баз – НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (Москва), НИИ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАН (Москва), Детской республиканской клинической больницы Минздрава России (Москва), НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина (Новосибирск). Благодаря этому медицинские организации Забайкальского края имеют возможность осуществлять плановые телеконсультации в режиме on line по тактике ведения

Ориентиры

Сберегая и продолжая добрые традиции

Так уже 25 лет работает Читинский диагностический центр



Н. Рыкова

и лечения, сложных дифференциально-диагностических случаев по неврологии, урологии, акушерству-гинекологии, кардиологии, пульмонологии, хирургии, оториноларингологии, офтальмологии, аллергологии и др.

Это позволяет максимально приблизить высококвалифицированную и специализированную медицинскую помощь к пациенту, а также ускорить диагностику заболеваний и своевременно начать необходимое лечение, значительно сократить затраты материальных средств и время ожидания, повысить качество и доступность медицинской помощи.

Спустя 25 лет диагностическое подразделение эффективно работает и постоянно набирает обороты. За год врачи-профессионалы высокого уровня по 21 специальности консультируют более 50 тыс. больных, проводится более 400 тыс. инструментальных исследований.

Мы продолжаем совершенствовать свою деятельность. Приоритетом является внедрение передовых технологий и современного оборудования для оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, непрерывное повышение уровня профессио-

нальной подготовки и социальной ответственности персонала, создание максимально благоприятной атмосферы для пациентов и завоевания доверия населения к реформам в здравоохранении.

Работа по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи продолжается на системной основе в рамках региональных программ развития здравоохранения.

Мы изменили формат регистратуры с целью предоставления максимально комфортных условий для пациентов с применением информационных технологий. Просторный холл регистратуры с удобной мебелью, электронная очередь, увеличенное количество регистраторов дополняет работа мощного колл-центра, который принимает более 1,5 тыс. звонков в день и осуществляет обратную связь с пациентами с целью информирования о подготовках к исследованию и опроса удовлетворённости граждан качеством оказанной медицинской помощи. Психологи центра обеспечивают



Обучение на рабочем месте



В отделе эндоскопических методов исследования



Во время открытия Читинского ДЦ (в центре) главный врач Борис Коржов

непрерывное психологическое сопровождение работников для улучшения коммуникативных навыков.

Мы отдаём предпочтение своевременной диагностике целого ряда ключевых патологий, в

мало что представляли бы из себя без замечательного коллектива специалистов. Именно творческая мысль, сострадательные сердца и умелые, чуткие руки медиков творят чудеса. Высокая компетентность и профессионализм наших специалистов, подкреплённые обновлённой материально-технической базой, позволяют с высокой точностью проводить диагностику заболеваний в любых, даже самых сложных случаях.

Люди, работавшие в разные годы в нашем центре, самоотверженно отдавали все свои знания, опыт и умения больным. Качество оказываемых услуг всегда было для нас самым важным.

Имена ярких личностей, формировавших имя и облик центра, вписаны не только в историю диагностического подразделения, но и всего здравоохранения региона. Это В.Рогожников, К.Шабаршин, Д.Ахметов, Б.Сармолотов, Л.Ваулина, Б.Коржов, О.Клименко, Н.Резанович, а также Е.Пархоменко, Л.Алёшина, А.Соснина, Л.Насоловец, В.Карпов и многие другие.

Значительная часть высококвалифицированных кадров продолжает работать в стенах своего родного центра, поддерживая статус передового медицинского учреждения в Забайкальском крае. Среди них – Н.Кандаурова, М.Лига, Е.Свистунова, Н.Федотова, М.Марченко, Е.Крупская. Не оставляют коллектив, передают навыки молодёжи и Ю.Маюн, Е.Бунина, Л.Казанова, О.Янченко, С.Коршунова и другие.

Сейчас в штате диагностического подразделения – 5 кандидатов медицинских наук, 22 человека имеют звание Заслуженный врач Забайкальского края, 2 – звание Заслуженный врач РФ, 39 врачей высшей категории, обладающие серьёзным опытом работы и владеющие современными методиками диагностики и лечения.

В настоящее время в Клиническом медицинском центре и его подразделениях трудятся свыше 1,5 тыс. человек. Мы, сегодняшнее поколение медицинских работников, от всей души благодарим людей, создавших диагностический центр и ставших элитой здравоохранения края. Сберегая традиции, мы продолжаем инновационный путь развития здравоохранения Забайкалья.

Наталья РЫКОВА,
руководитель Клинического
медицинского центра.

Чита.

том числе заболеваний органов кровообращения, эндокринной системы, онкологических заболеваний, осложнений беременности, генетических дефектов и заболеваний.

Необходимо отметить наше активное сотрудничество с Читинской государственной медицинской академией и Читинским государственным медицинским колледжем в научной работе. В перспективе – развитие отдела телемедицины с наращиванием объёма телемедицинских консультаций с центральными клиниками России.

Диагностическое подразделение является членом Диагностической медицинской ассоциации, которая объединяет крупнейшие диагностические центры России. Мы принимаем участие в совместной работе, обмене опытом для определения стратегии развития диагностической службы.

В свою очередь, я бы хотела напомнить, что как отмечал президент Диагностической медицинской ассоциации Игорь Ушаков, «диагностический центр в Чите четверть века является одним из ведущих учреждений здравоохранения Забайкалья».

Однако все достижения медицины, новейшее оборудование

Вузовское сообщество всё более активно ищет способы улучшить методы подготовки врачей-кадров. Жизнь внесит свои коррективы. Вокруг всё громче заявляют, что первичное звено должно быть в приоритете, так как именно оно якобы определяет эффективность медицинской помощи населению. Но стараются не забывать, конечно, и о высококлассных специалистах, способных оказывать помощь с применением самых современных технологий, что призвано повысить имидж отечественной медицины в глазах международного сообщества.

Говорят, за рубежом качество медицинской помощи определяет врач общей практики или семейный врач, а, мол, наш, работающий в поликлинике, выполняет диспетчерские функции – решает, к какому узкому специалисту направить больного. Это не совсем так. Например, и в Великобритании врача, работающего в первичном звене – primary care, называют gate keeper, что в переводе означает привратник, то есть указывающий, в каком направлении надо двигаться в той или иной ситуации.

В самом деле, врачу поликлиники вменяется в обязанность своевременно направить больного к специалисту, а не самому решать проблемы сложного пациента. Если он не соблюдёт это предписание и с больным случится непоправимое, такому врачу не сносить головы. Выполнить же предписание достаточно успешно удаётся далеко не всегда. Практика показывает, что очередь на консультацию специалиста бывает долговременной, часть сложных анализов, инструментальных методов исследования выполняется только в центрах, где они, главным образом, и сосредоточены, а не в поликлинике. Туда тоже нелегко попасть в нужное время.

Главный акцент медобразования

По-видимому, эта ситуация и породила идеи о том, что пора создавать высококвалифицированное первичное звено, новый стандарт терапевта. Каким образом? Главный акцент медицинского образования, дескать, должен переместиться на подготовку поликлинических докторов. Терапевтическая кафедра вуза должна переместиться в поликлинику. Там она будет консультировать врачей поликлиник по сложным больным, проводить консилиумы, клинико-анатомические конференции. Предполагается, что в поликлиниках кафедра будет встречена с распростёртыми объятиями. То есть таким способом удастся сразу отправить выпускника медвуза на 3-годовалую работу в поликлинику.

Эти соображения давно и неоднократно высказывает ряд вузовских работников, в том числе известный терапевт профессор Аркадий Вёрткин, человек энергичный и яркий, способный заразить своим энтузиазмом любую аудиторию.

У меня несколько другое впечатление от работы в детской поликлинике (я педиатр). Фигурально выражаясь, «волею судеб», а проще говоря, лишившись возможности преподавать свою любимую педиатрию в клиническом отделении известной столичной детской больницы (реформа, понимаете ли), получил рабочее место в одной из детских поликлиник. Опыт работы исчисляется годом с небольшим, так что некоторые выводы можно делать.

Место для занятий со студентами нашлось в конференц-зале, расположенном в подвале. Ничего не имею в виду плохого. Теплое, просторное помещение. Просто все кабинеты – педиатрические и специалистов – заняты по скользящему графику, не совпадающему с режимом работы со студентами. Не буду распространяться о том,

что это далеко не одно и то же по сравнению с учебным процессом в клиническом отделении. Сразу же предложил свои услуги – пожалуй, консультировать сложных больных. Нет сложных больных – могу помочь в ведении «хроников», выписавшихся после стационарного лечения. Могу прочитать лекции, ориентированные на врачей, а не только на студентов... Прошёл год с лишним, ничего не случилось из перечисленного. Я не в обиде. Можно понять. Приём больных «от сих до сих», вызовы на дом. Собрать врачей всех вместе не удастся: каждый работает по

на участке, это скорее судебномедицинский случай. Всё более распространённым является отказ родственников от вскрытия умерших близких. В педиатрической практике смерть ребёнка на участке – редкий, эксклюзивный случай. На моей памяти в больнице при проведении клинико-анатомической конференции умершего в больнице ребёнка, помимо лечащего врача, приглашался педиатр из поликлиники, который вёл больного на участке. Как все материалы по результатам ведения больного в стационаре и вскрытия в патологоанатомическом отделе-

студенту, затруднившегося с ответом на вопрос теста, что у реального больного возможны были бы другие варианты ответа, чем указаны в эталоне.

В разных вузах ищут самые разнообразные пути выхода из положения, когда традиционный, веками осуществлявшийся и показавший свою эффективность способ обучения медицине у постели больного, стал, мягко говоря, затруднительным. В ход пошли дистанционные методы обучения, симуляционные технологии. Ничего не имею против, если они применяются на после-

Теперь студент лишён возможности видеть, каким врачом является его преподаватель. Он видит только как преподаватель, считает баллы за его ответы по тестам. Припомню, как однажды при очередной аттестации доцента нашей кафедры на вопрос, как она осуществляет воспитательную работу со студентами, ответила – личным примером. Это – самый действенный воспитательный способ. И здесь полностью поддерживаю мнение ректора Красноярского государственного медицинского университета профессора Ивана Артюхова, сказавшего в интервью «Медицинской газете»: «Именно индивидуальный подход к образованию повышает интерес студента к процессу получения знаний». Поддерживаю в том случае, если подразумевается, что студент вместе с преподавателем осматривает и обсуждает больного. Только как это сделать в современных условиях непрерывно реформируемого здравоохранения, представляю себе плохо. Университетские клиники, появившиеся недавно, к сожалению, такую возможность не предоставляют ни для студентов, ни для преподавателей.

Ещё одно высказанное профессором И.Артюховым соображение привлекло внимание: «При подготовке специалистов здравоохранения архивно учитывать командный стиль их будущей работы». Мысль замечательная, именно команде специалистов сейчас удаётся разрешать самые сложные клинические ситуации. Но ведь этому научить можно только в клинике, кафедральной клинике, основывающейся на базе клинической больницы в отделении. Если в столичных больницах такого уже практически нет, может быть, это есть в Красноярске, что и побудило высказать такое предложение.

У постели больного

«Главным звеном современной отраслевой модели является терапевт», – говорит А.Вёрткин. Главным звеном в детском здравоохранении должен быть педиатр. И тот, и другой должны преодолеть приоритет узких специалистов. Получить такую подготовку ещё на студенческой скамье, которая бы позволила ему решать многие клинические ситуации собственными силами. На мой взгляд, для этого нужен ряд обстоятельств. Первое, иметь в структуре клинической больницы – базы медицинского вуза – отделение широкого профиля, по типу существовавших в прошлом отделений, которые назывались на врачебном жаргоне «разборкой». Своеобразное «первичное звено во вторичном». Базовая больница должна быть многопрофильной, с целым рядом специализированных отделений. Второе, в учебном плане убрать ряд циклов по узким специальностям, как правило, протяжённостью в неделю-полторы. Работая в многопрофильной больнице, студент будет иметь возможность усвоить азы смежных специальностей на примере курируемых им больных. И третье, конечно, как уже об этом писала газета, осуществлять ротацию врачей – перевод из поликлиники в стационар и обратно. С тех пор как при проводимых реформах много врачей стационара были сокращены, убедился в том, что, попав в поликлинику, они, не в укор будет сказано теперешним врачам поликлиник, оказались во многом успешнее в лечебно-диагностической работе в новых для них условиях.

Непрекращающиеся реформы здравоохранения побуждают искать и совершенствовать подходы в деле подготовки врачей-кадров. Целью такой работы должен стать врач широкого профиля, успешный как в поликлинике, так и в стационаре. Для этого ещё на студенческой скамье будущему врачу, прежде всего, следует предоставить возможность обучаться на больных, у их постелей.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Проблемы и решения

Поликлиника или стационар Где и как лучше обучать студентов



Личный пример – самый действенный воспитательный способ

своему графику – кто с утра, кто после обеда.

Чтобы более детально представить себе работу педиатра поликлиники (читай – терапевта), надо сказать два слова, как приходится вести учебный процесс в таком лечебно-профилактическом учреждении. Получив в регистратуре график работы врачей, посылаю по 2 студента из группы на 45 минут-час побыть на приёме участкового педиатра. Затем они в группе докладывают о том, что видели, в чём была возможность поучаствовать, удалось послушать у ребёнка лёгкие, сердце. Видели детей самого разного возраста, вакцинацию, выдачу справки на занятия спортом, закрытие больничного листа матери или выписку ребёнка после болезни в детский сад или школу. Не видели больного со сколько-нибудь интересным в клиническом плане заболеванием. В основном – ОРВИ на излёте.

Не сомневаюсь, что работа участкового врача во взрослой поликлинике более разнообразна. Много хронических больных, коморбидности. Возможно, это предоставит больше возможности для работы профессорско-преподавательского коллектива в такой поликлинике: при сужении показаний к госпитализации, быстрой выписке, практикуемой в последние годы, многие больные обследуются и лечатся преимущественно амбулаторно. Но и здесь говорят и пишут об обилии бумаг и отчётности, съедающих львиную долю рабочего времени, о компьютерах, которые то и дело «зависают», усиливая стрессовую нагрузку, о большом объёме диспансерной работы.

Особый интерес вызвало предложение А.Вёрткина проводить клинико-анатомические конференции. Они проводятся в крупных больницах. Как их наладить в поликлинике, представить себе затрудняюсь. Если больной умер

нии попадут в поликлинику и как будут обсуждаться, не могу себе представить.

Думаю, что пока все эти предложения по усилению амбулаторного звена только в планах. Есть ли уже какие-либо данные о практической реализации вышепредлагаемого сотрудничества поликлиники и вузовской кафедры, не знаю. В этом деле присутствуют многие организационные и правовые проблемы, которые потребуют времени для их решения.

Дистанционное обучение – не панацея

Реформа (точнее, непрекращающиеся реформы) здравоохранения сказалась и на условиях подготовки врачей-кадров на додипломном этапе. В подавляющем числе случаев клинические кафедры лишились возможности обучать будущих врачей непосредственно в отделениях, которые раньше назывались клиническими. О причинах такого положения многократно писала «Медицинская газета», поэтому оставляю это за скобками. В дело пошли разнообразные педагогические технологии. Самые дешёвые, но наименее пригодные для обучения врачеванию, тесты и тестовые задачи. Клинические ситуации, с которыми сталкиваются на практике врач, невозможно обозначить вопросом (теста), предполагающим однозначный ответ. Кто из нас, практикующих врачей (а таковыми в недавнем прошлом были все преподаватели клинической кафедры от ассистента до профессора), не сталкивался с ситуацией, когда одна и та же клиническая картина или симптом, или анализ не трактовались бы по-разному, имели бы однозначную оценку. Когда на консилиуме высказываются не всегда совпадающие мнения. Нередко приходится объяснять

дипломном этапе, где они стали по-настоящему востребованными и необходимыми. Отработав на симуляторах определённый навык, он тут же имеет возможность его использовать на практике. Студент освоил практические приёмы на симуляторах, но применить их ему может быть никогда не придётся – выбрал специальность, где они не используются по определению (все терапевтические специальности, включая психиатрию). Более того, эти методы обучения на додипломном этапе не предполагают контакта будущего врача с больным человеком. Вследствие этого работа врача представляется студенту делом простым. Картинка (рентгенограмма, КТ-грамма, МРТ-сканирование и др.), анализы – и диагноз готов. А далее – стандарты и протоколы лечения. Всё очень просто. Умение собрать анамнез выпадает при таком способе обучения. В представлении молодых врачей, увлечённых инструментальными методами обследования больного, сбор анамнеза представляется скучным, необязательным делом.

Читая клинические разборы в иностранных журналах, например, «New England Journal of Medicine», поражаюсь глубине анамнеза, собираемого американскими врачами. В одном из таких клинических разборов врач заподозрил, что симптомы болезни связаны с аллергией у больного, с реакцией на плесень. Врач отправляется на дом к больному и в подвале его дома находит старые предметы со следами плесени на них. Так что считать, что в работе врача приоритет принадлежит суперсовременным методам исследования, на что ссылаются многие врачи, особенно молодые и продвинутые, не совсем оправдано. Нередко студент, «эрудированный» посредством интернета, может «заткнуть за пояс» не очень опытного молодого ассистента, отлучённого от врачебной практики. Но при контакте с больным может оказаться несостоятельным как врач.

Ещё раз об этике и деонтологии

Практикующиеся сейчас методы обучения студентов лишены возможности привить им навыки общения с больным человеком. Возможно из-за этого больным недостаёт сочувствия и сопереживания со стороны врача. Как не вспомнить слова академика А.Чупалина: «В настоящее время на первое место выходит проблема врачебной этики и деонтологии...».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 83 (2022)

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – синдром, включающий в себя клинически манифестные (острые) инфекции верхних и нижних мочевых путей, мужских половых органов и бессимптомную бактериурию.

Пиелонефрит – неспецифическое инфекционное заболевание с преимущественным поражением интерстициальной ткани и чашечно-лоханочной системы.

Цистит – воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря.

Уретрит – воспаление мочеиспускательного канала.

Бессимптомная бактериурия (ББУ) – обнаружение бактерий в моче 10⁵ КОЕ в 1 мл или БУ при микроскопии без клинических признаков заболевания мочевой системы. Диагноз ББУ может быть установлен в следующих случаях (IDSA, 2005):

- у женщин при выделении одного и того же штамма бактерий в титре ≥ 10⁵ КОЕ/мл не менее чем в двух образцах средней порции мочи, последовательно собранных в асептических условиях с промежутком более 24 часов^{2в,Б};
- у мужчин при однократном выделении бактериального штамма в количестве ≥ 10³ КОЕ/мл^{2а,Б};
- у лиц при однократном выделении бактериального штамма в количестве ≥ 10² в образце мочи, полученном при катетеризации мочевого пузыря^{2а,Б}.

Эпидемиология

Пиелонефрит. Заболеваемость в детском возрасте составляет 7,3-27,5 случаев на 1000, у взрослых – 0,82-1,46 на 1000. Ежегодно в России регистрируется до 1,3 млн новых случаев острого пиелонефрита. Распространённость – 1% населения, от 6 до 30% населения по данным аутопсий. Женщины болеют в 2-5 раз чаще мужчин в любом возрасте, девочки в возрасте от 2 до 15 лет – в 6 раз чаще мальчиков, почти такое же соотношение между мужчинами и женщинами в молодом и среднем возрасте. Пиелонефрит у мужчин чаще возникает в пожилом возрасте, чем в молодом, вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы, и распространённость его выше, чем у женщин (15-30% против 5-6%).

Цистит. Треть взрослого населения России переносит, по крайней мере, один эпизод острого цистита в течение жизни. 25-35% женщин в возрасте 20-40 лет в течение одного года имеют один эпизод цистита (0,5-0,7 эпизода на 1 женщину в год). Ежегодно имеет место 26-36 млн случаев острого цистита.

ББУ. Распространённость ББУ варьируется в широких пределах в разных популяциях и зависит от пола и возраста, половой активности, функциональных и структурных нарушений, сопутствующей патологии. В раннем детстве ББУ встречается крайне редко (0,001% у мальчиков в возрасте до 5 лет; 1-4% у девочек) и возникает, как правило, на фоне врождённых аномалий развития мочевыводящей системы. Для молодых здоровых мужчин ББУ не характерна, однако у пожилых её частота нарастает с 3,6 до 19%, что обусловлено развитием гиперплазии предстательной железы и нарушением уродинамики.

Среди здорового женского населения распространённость ББУ также увеличивается с возрастом – от 1% среди школьниц до 16% и более среди женщин 70 лет и старше. У молодых женщин ББУ тесно связана с сексуальной активностью: 5% здоровых пременопаузальных замужних женщин против 0,7% монахинь. При беременности частота ББУ составляет 2-9% и более. ББУ характерна для женщин с сахарным диабетом – 9-27%, значительно превышая таковую у здоровых женщин. У 28% диализных больных ББУ сочетается с лейкоцитурией за счёт уменьшения диуреза и недостатка адекватного пассажа мочи. ББУ также характерна для пациентов с повреждениями спинного мозга, с нарушениями функций тазовых органов или мочевыми катетерами (кратковременная установка катетера – частота ББУ составляет 9-23%; при долговременных катетерах ББУ выявляется в 100%).

Этиология и патогенез

Основным возбудителем неосложнённой ИМП является уропатогенная E.coli, выявляемая у 65-90% пациентов. Реже возбудителями НИМП могут быть S.saprophyticus, P.mirabilis, Enterococcus spp., Klebsiella spp. и другие представители семейства Enterobacteriaceae^{2а}. Осложнённая ИМП характеризуется наличием широкого спектра возбудителей, особенно после длительного приёма антибактериальных препаратов. Основным возбудителем осложнённой ИМП остаётся E.coli, помимо которой патогенными возбудителями являются Klebsiella pneumonia, P.mirabilis, Citrobacter spp., Enterobacter spp., Ps.aeruginosa, S.aureus и грибы рода Candida. В 20% случаев выявляют ассоциации микроорганизмов. Со временем возможны смена возбудителя, развитие полирезистентных форм, для ко-

Инфекции мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия

Клинические рекомендации для врачей общей практики

торых характерно рецидивирующее, более тяжёлое течение.

Наиболее частая причина неосложнённого ОП – E.coli, реже – Klebsiella pneumonia (до 9%), Proteus spp. (4%), S.aureus (3%), Ps.aeruginosa (3%), Enterococcus spp. (до 7%) и др.

В структуре возбудителей ББУ и внебольничной ИМП у беременных чаще высевается E.Coli – 65-70%, реже – Klebsiella pneumonia

Часто ИМП протекают на фоне сопутствующей патологии (сахарный диабет), нарушений гемодинамики (артериальная гипертензия, атеросклероз почечных артерий) и уродинамики (аденома предстательной железы, врождённые аномалии развития, нейрогенный мочевой пузырь при сахарном диабете, опущение внутренних половых органов у женщин).

Факторы и группы риска

Факторы риска развития ИМП

Тип/категория факторов риска	Фактор риска
Отсутствует	Здоров
Рецидивирующей ИМП без риска тяжёлых исходов	– сексуальная активность – использование контрацептивных средств – недостаточность эстрогенов в постменопаузе – компенсированный сахарный диабет
Экстраурогенитальные факторы, в том числе с риском более тяжёлого исхода ИМП	– беременность – мужской пол – декомпенсированный диабет – системные заболевания соединительной ткани – иммуносупрессия – преждевременные роды, недоношенность
Наличие нефропатий с риском тяжёлого исхода ИМП	– почечная недостаточность – поликистозная болезнь почек
Наличие урологических факторов с риском тяжёлого исхода ИМП, который может быть устранён в процессе лечения	– обструкция (мочекаменная болезнь, стриктуры и др.) – кратковременная постановка мочевого катетера – ББУ* – поддающаяся терапии нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – оперативное урологическое вмешательство
Наличие постоянного мочевого катетера и неразрешимых урологических факторов с риском более тяжёлого исхода	– наличие постоянного мочевого катетера – неустраняемая обструкция мочевых путей – плохо контролируемая терапией нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

* – обычно в сочетании с другими факторами риска (беременность, урологические вмешательства)

Факторы риска развития ББУ

Фактор риска	Частота развития ББУ
Женский пол	Увеличение частоты
Сексуальная активность	Распространённость выше у замужних женщин
Сахарный диабет	Увеличение распространённости среди женщин моложе 65 лет от 2-6% до 7,9-17,7%
Возраст	Увеличение частоты возникновения у женщин и мужчин
Наличие катетера	У 3-6% людей имеется бактериурия при ежедневной катетеризации. Все пациенты с постоянным катетером имеют бактериурию

Скрининг

Скрининг на выявление ИМП проводится в следующих случаях:

- ✓ у беременных (оптимальный срок беременности для скрининга – 12-16 недель) ввиду угрозы тяжёлых осложнений у матери (сепсис, ДВС-синдром, шок, респираторный дистресс-синдром, смерть) и плода (низкий вес новорождённых)^{1а,А};
- ✓ перед проведением инвазивных вмешательств на органах мочеполовой системы, в том числе с высоким риском развития кровотечения при повреждении слизистой^{1б,А};
- Скрининг на выявление ИМП не проводится:**
- ✓ у небеременных женщин в пременопаузальном периоде^{1б,А};
- ✓ у женщин в постменопаузальном периоде^{1б,А};
- ✓ у женщин с сахарным диабетом^{1б,А};
- ✓ у здоровых мужчин^{2б,Б};
- ✓ у пожилых людей, проживающих в домах престарелых^{1а,А};
- ✓ у пациентов с постоянным мочевым катетером^{1б};

- ✓ у пациентов с нефростомическим дренажем или мочеточниковым стентом^{4,С};
- ✓ у лиц с поражением спинного мозга^{2а,Б};
- ✓ у пациентов с кандидурией^{1б,А};
- ✓ у пациентов после трансплантации почки, если с момента трансплантации прошло более 6 месяцев^{2б,Б}.

Факторы риска развития осложнённой ИМП

Фактор риска
Наличие постоянного катетера или стента (уретрального, мочеточникового, почечного) или периодическая катетеризация мочевого пузыря
Объём остаточной мочи >100 мл
Обструктивная уропатия любой этиологии, например, обструкция устья мочевого пузыря (включая нейрогенный мочевой пузырь), камни и опухоли
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс или другие функциональные нарушения
Реконструктивные операции мочевыводящих путей с использованием сегмента подвздошной кишки или созданием кондуита
Химическое или лучевое повреждение уротепителя
Пери- и послеоперационные ИМП
Почечная недостаточность и трансплантация почек, сахарный диабет и иммунодефициты

Факторы риска развития ИМП у детей

Фактор риска
Обструкция и функциональные нарушения: фимоз ^{2а}
Врождённые аномалии: клапаны уретры, обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента или необструктивный застой мочи (например, при синдроме «сливового живота», пузырно-мочеточниковый рефлюкс), сращение половых губ
Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
Функциональные нарушения мочеиспускания у практически здоровых детей с редким опорожнением мочевого пузыря при постоянном сидении со скрещенными ногами, на корточках
Дисплазия почечной ткани, развившаяся во внутриутробном периоде

Классификация

По локализации ИМП подразделяются на:

- инфекции верхних мочевых путей (пиелонефрит, пиелит, уретерит)
- инфекции нижних мочевых путей (цистит, уретрит)
- инфекции мужских половых органов (простатит, орхит, эпидидимит)

По наличию осложнений:

- осложнённые ИМП (абсцесс, карбункул, паранефрит, уросепсис, шок, ОПН)
- неосложнённые.

По месту возникновения:

- внебольничные (амбулаторные) – ИМП, развившиеся в амбулаторных условиях или в течение 48 часов после поступления в стационар

- нозокомиальные (внутрибольничные) – ИМП, развившиеся после 48 часов пребывания в стационаре или в течение 48 часов после выписки.

По течению:

- острые (первый эпизод, рецидив, новая инфекция)

- хронические (обострение, ремиссия)
 - бессимптомная бактериурия.
- Компоненты клинического диагноза:**
- нозология – пиелонефрит
 - течение: острое, рецидивирующее
 - условия возникновения – внебольнич-ный/внутрибольничный
 - наличие осложнений – неосложнённый/осложнённый
 - осложнения – абсцесс, карбункул, паранефрит, уросепсис, шок, ОПН
 - функция почек – ОПН, ХБП (стадии 1-5)
 - сопутствующая патология – сахарный диабет, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия и др.

Примеры формулировки диагноза:

Острый внебольничный неосложнённый пиелонефрит.

Острый внебольничный неосложнённый пиелонефрит, рецидив.

Острый внутрибольничный пиелонефрит, осложнённый абсцессом правой почки. Вторично сморщенная почка справа. ХБП 3А стадии. Артериальная гипертензия 2-й степени. Сахарный диабет 2-го типа, инсулинозависимый, тяжёлое течение, декомпенсированный.

Принципы и алгоритмы клинко-лабораторной и инструментальной диагностики ИМП в амбулаторных условиях.

Диагностика ИМП основана на изучении жалоб, анамнеза, клинической картины, анализов мочи, выявлении осложнений, факторов риска. У женщин ИМП требует исключения альтернативных заболеваний. Клинические проявления острой ИМП зависят от инфицированного органа и имеют общие симптомы: лихорадка, слабость, боль в поражённом органе, нарушения мочеиспускания (восходящий или нисходящий уретрит, цистит) и изменения в осадке мочи – БУ, лейкоцитурия (преобладает над эритроцитурией), возможна минимальная протеинурия.

«Золотой стандарт» диагностики пиелонефрита – выявление БУ и лейкоцитурии в сочетании с данными анамнеза и физического обследования.

БУ выявляют случайно или в результате скрининга, при этом жалобы, дизурия и другие клинко-лабораторные признаки заболевания и нарушения функции почек и мочевых путей отсутствуют.

Жалобы и анамнез:

Выявление жалоб позволяет заподозрить ИМП, предположить или исключить альтернативные заболевания и составить план дальнейшего обследования.

Для пиелонефрита характерны жалобы на учащённое болезненное мочеиспускание (дизурия) вследствие сопутствующего цистита или уретрита, боль в поясничной области или животе, помутнение мочи, лихорадка, ознобы, слабость, полиурии. Типична так называемая триада: боль (в поясничной области), лихорадка, дизурия.

При цистите больных беспокоят учащённое болезненное мочеиспускание, тенезмы, боль в надлобковой области, помутнение мочи, слабость. На дизурию, обусловленную неспецифическим уретритом, жалуются 100% больных циститом. У женщин, не имеющих факторов риска развития осложнённых ИМП, при наличии ирритативных симптомов мочеиспускания (дизурия, частые позывы и urgency) и отсутствии отделяемого из влагалища или раздражения в нём, диагноз острого неосложнённого цистита может быть установлен с высокой вероятностью^{2а,в}.

При невозможности опорожнения и/или ощущении распирания мочевого пузыря следует заподозрить обструкцию мочевого пузыря.

Симптомы ИМП у детей неспецифичны и могут отличаться в зависимости от возраста и степени тяжести заболевания. При наличии у мальчика боли и признаков воспаления в мошонке следует заподозрить перекрут яичка. Симптомы ИМП у новорождённых могут быть неспецифическими и не иметь чёткой

локализации. У маленьких детей ИМП могут проявляться симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта, такими как рвота и диарея. В первые несколько недель жизни у 13,6% детей с лихорадкой имеет место ИМП.

Редко ИМП может проявляться септическим шоком. У маленьких детей признаки ИМП могут быть стёртыми, но позднее, начиная с 2-летнего возраста, проявляются учащённым мочеиспусканием, дизурией, болью в надлобковой области, животе или спине с/без повышения температуры тела.

При знакомстве с анамнезом следует уточнить:

- ✓ наличие или отсутствие эпизодов в прошлом (повторная ИМП, рецидив или острая ИМП);

- ✓ время, прошедшее с момента последней ИМП (если менее 3 месяцев, необходимо определение резистентности микроорганизмов);

- ✓ острое начало ИМП (постепенное начало характерно для инфекций, передаваемых половым путём, например, хламидий);

- ✓ боль в пояснице в прошлом;

- ✓ урологические заболевания или аномалии, камни, обструкции мочевых путей, катетеризация, рефлюксы (говорят в пользу обструктивной ИМП);

- ✓ приём других лекарственных препаратов, лекарственная аллергия;

- ✓ сексуальная активность (частота, тип контрацепции, появление симптомов после полового контакта, смена партнёра) – помогают заподозрить ИППП, иногда требуется скрининг на ВИЧ и гепатиты;

- ✓ беременность или подозрение на неё (необходимость подбора лекарственных средств);

- ✓ наличие сопутствующих заболеваний или особых состояний (пожилой возраст, сахарный диабет, иммуносупрессия, недавний приём антибиотиков, предшествующие инфекции резистентными микроорганизмами, большое число принятых ранее антибиотиков, пребывание в местности с резистентными уропатогенами).

Физикальное обследование:

При пиелонефрите:

- температура фебрильная или субфебрильная

- напряжение и болезненная пальпация в костoverтебральном углу, в проекции почек и со стороны брюшной полости, положительный симптом Пастернацкого

- напряжение мышц отсутствует – подозрение на абдоминальный или пельвикальный процесс

- неврологическое обследование – исключение автономной нейропатии, ассоциированной с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря

- ортостатическая гипотензия без компенсаторной тахикардии характерна для нейропатии (например, диабетической), ассоциированной с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря

- гипотензия и тахикардия более свойственны системному процессу, как пиелонефрит (при сепсисе, рвоте, лихорадке), но может быть и при неинфекционном заболевании

- тяжесть состояния обусловлена, как правило, инфицированием полирезистентными микроорганизмами, рецидивом и/или осложнением пиелонефрита

При цистите:

- температура чаще нормальная
- пальпация в надлобковой области не сколько болезненна

- обследований гениталий – в норме при цистите, напряжение и болезненность при вальвулите, цервиците, аднексите, вагините, сальпингите

- неврологическое обследование – исключение автономной нейропатии, ассоциированной с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря.

Лабораторная диагностика:

1. Экспресс-диагностика тест-полосками как альтернатива общему анализу мочи в диагностике неосложнённого ОЦ^{2а,в}, неосложнённого ОП^{4,с}:

- эстеразный тест на лейкоцитурию (чувствительность 74-96%; специфичность 94-98%)

- нитритный тест на БУ (чувствительность 35-85%; специфичность 92-100%): положительный результат подтверждает БУ, отрицательный – не исключает её, так как при кокковой флоре (*Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp.) нитритный тест всегда отрицательный

- объединённый эстеразный и нитритный тест более точен (чувствительность 88-92%; специфичность 66-76%).

2. Общий анализ мочи (или анализ мочи по Нечипоренко):

- количественная оценка числа лейкоцитов (чувствительность – 91%; специфичность – 50%): лейкоцитурия более 3-4 лейкоцитов в поле зрения или более 4 тыс. лейкоцитов в 1 мл средней порции мочи

- обнаружение бактериурии (знак +) соответствует 105 КОЕ в 1 мл мочи

- окраска осадка мочи по Граму с выявлением грамотрицательной или грамположительной культуры микроорганизмов после положительного результата скрининга БУ (или одновременно с ним) до получения результатов посева (чувствительность – 83-94%; специфичность – 79-99%)

- протеинурия минимальна или выражена умеренно

- гипостенурия может быть следствием нарушения концентрационной функции канальцев, при олигурии возможна гиперстенурия

- микрогематурия (редко макрогематурия – при некрозе почечных сосочков)

- лейкоцитарные цилиндры при ОЦ неспецифичны

- щелочная реакция мочи при инфицировании видами *Klebsiella*, *Proteus* и *Pseudomonas*.

3. Бактериологическое исследование (посев мочи):

- подсчёт числа микроорганизмов в моче: – пороговая величина для обнаружения БУ – 10² КОЕ/мл мочи;

- уровень БУ для диагностики ИМП – 10³ КОЕ/мл мочи;

- неосложнённый ОЦ у небеременных женщин и мужчин – ≥ 10³ КОЕ/мл мочи^{3,в};

- неосложнённый ОП у небеременных женщин – ≥ 10⁴ КОЕ/мл мочи – клинически значимая БУ^{2в,с};

- осложнённая ИМП у женщин – ≥ 10⁵ КОЕ/мл мочи;

- осложнённая ИМП мужчин – ≥ 10⁴ КОЕ/мл мочи;

- ББУ у мужчин – ≥ 10³ КОЕ/мл^{2а,в};

- ББУ у небеременных женщин – ≥ 10⁵ КОЕ/мл мочи^{2в,в};

- ББУ у беременных – ≥ 10⁵ КОЕ/мл мочи^{2а,А};

- симптомная ИМП у беременных – ≥ 10³ КОЕ/мл мочи^{4,в};

- ББУ у детей и подростков до 18 лет – ≥ 10⁵ КОЕ/мл мочи;

- симптомная ИМП у детей и подростков до 18 лет – ≥ 10⁴ КОЕ/мл мочи

- определение чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам до назначения антимикробной терапии.

Показания к бактериологическому исследованию:

- ✓ отсутствие эффекта от эмпирической антимикробной терапии через 5-7 дней от начала лечения;

- ✓ ББУ, ОЦ и ОП у беременных;

- ✓ рецидив ИМП;

- ✓ нозокомиальные ИМП;

- ✓ осложнённые ИМП;

- ✓ госпитализация пациента с ИМП в стационар;

- ✓ дети и подростки до 18 лет.

При неосложнённом течении ОП, удовлетворительно состоянии пациента и хорошем ответе на курс антимикробной терапии проведение посева мочи не требуется.

Дополнительные показания к бактериологическому исследованию:

- ✓ неясность диагноза после уточнения анамнеза и физического исследования;

- ✓ вероятный возбудитель ИМП – необычный или резистентный микроорганизм;

- ✓ недавнее инфицирование не микроорганизмами семейства *Enterobacteriaceae* (дизентерийный энтерит, хламидийный цистит и др.) или получение антимикробной терапии в связи с каким-либо острым инфекционным заболеванием (пневмония и др.).

4. Общий анализ крови при неосложнённом ОП не является обязательным. При осложнённом ОП в крови отмечают увеличение скорости оседания эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, иногда лейкопению, у некоторых пациентов – анемию.

5. Биохимический анализ крови и дополнительные исследования проводят только по показаниям (при подозрении на наличие осложнения, рецидив ИМП, альтернативный диагноз):

- электролиты, мочевина, креатинин сыворотки крови назначают при рецидивирующем и/или осложнённом течении ИМП, нозокомиальной ИМП и обструкции мочевых путей, а также пациентам, находящимся в стационаре

- глюкоза плазмы крови – больным сахарным диабетом или при подозрении на него

- тесты для исключения ИППП

- тест на беременность

- бактериологическое исследование крови (проводят при наличии лихорадки с лейкопенией, отдалённых очагах инфекции, иммунодефицитных состояниях, интраваскулярных вмешательствах) у трети пациентов позволяет выявить возбудителя, в сочетании с посевом мочи увеличивает процент идентификации возбудителя до 97,6%^в.

Инструментальная диагностика проводится по показаниям (в частности у женщин с атипичными симптомами неосложнённого ОЦ или ОП, у детей с рецидивами ИМП, при отсутствии ответа на соответствующую антибактериальную терапию)^{4,в}. Обследование детей с рецидивами ИМП у уролога позволяет выявить аномалии мочевой системы

в 20-50% случаев. УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы проводится для исключения обструкции мочевых путей или мочекаменной болезни^{4,с}, а также для исключения других заболеваний почек (опухоль, туберкулёз, гематома):

- при ОП – увеличение размеров, снижение эхогенности, контуры почек ровные

- при рецидивирующем пиелонефрите – уменьшение размеров, повышение эхогенности, деформация и расширение чашечно-лоханочной системы, бугристость контуров почки, асимметрия размеров и контуров

- при обструкции мочевых путей – гидронефроз, конкременты, наличие остаточной мочи в мочевом пузыре.

При сохранении у пациента лихорадки более 72 часов от начала терапии для исключения камней, структурных изменений, абсцессов почки или паранефрального пространства проводится мультиспиральная компьютерная томография, экскреторная урография или радиоизотопная реносцинтиграфия^{4,с}. Рутинное выполнение экскреторной урографии и цистоскопии (уточнение причины обструкции) у женщин с рецидивирующей ИМП не рекомендуется^{1в,в}. При подозрении на осложнённую ИМП при беременности предпочтительнее выполнять УЗИ и магнитно-резонансную томографию во избежание радиационного риска у плода^{4,в}.

Радиоизотопная реносцинтиграфия:

- при рецидивирующем пиелонефрите – функциональные размеры почек нормальные или могут уменьшаться; снижено накопление радиоизотопа, секреторная и экскреторная фазы ренографических кривых удлинены.

Обзорная рентгеноурография – увеличение или уменьшение одной из почек, бугристость контуров, наличие/отсутствие теней конкрементов.

Экскреторная урография проводится у небеременных при подозрении на конкременты в неактивную фазу пиелонефрита, в активную фазу – только по жизненным показаниям при необходимости урологического вмешательства:

- при ОП – позднее контрастирование, снижение интенсивности контрастирования, замедление выведения контраста

- при рецидивирующем пиелонефрите – деформация и расширение чашечно-лоханочной системы, бугристость контуров почки, асимметрия размеров и контуров

- метод противопоказан при ОПН и ХБП 4-5-й стадий.

Магнитно-резонансная томография проводится при подозрении на абсцесс, опухоль или гематому, а также при осложнениях с урологическими вмешательствами (обструкция или конкремент), когда данные предшествующего УЗИ оказались неинформативными.

Цистоуретрография проводится для уточнения причины обструкции при подозрении на органические заболевания мочеточников и мочевого пузыря (уточнение размеров, локализации, характера образования и разработки дальнейшей тактики ведения пациента).

Дифференциальный диагноз

Артериальная гипертензия и тахикардия наряду с лихорадкой и рвотой свойственны пиелонефриту, но могут возникать и при других инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

При цистите, как правило, не отмечают напряжения в костoverтебральном углу, типичном для пиелонефрита. Пальпация в надлобковой области обычно безболезненна или несколько болезненна при цистите, напряжение мышц говорит об абдоминальном или пельвикальном процессе, давление в мочевом пузыре или подтекание мочи вне катетера – об обструкции мочевого пузыря.

При вагините, цервиците, сальпингите, урогенитальном герпесе на момент осмотра или в анамнезе – выделения из половых путей, жалобы на дизурические явления при обычной частоте мочеиспускания, возможен новый сексуальный партнёр или половой акт без предохранения, рецидивы генитального герпеса, постепенное начало симптомов. Дизурия может возникнуть из-за раздражения воспалённой слизистой оболочки вульвы. Женщины сами могут отличать внутреннюю (ИМП-ассоциированную) и внешнюю (вульвовагинальную) дизурию. При влагалищном обследовании можно обнаружить эритему, язвы, бели, признаки выпота в малом тазу, болезненность придатков; при исследовании отделяемого из влагалища – бактерии, грибы рода *Candida*, трихомонады. При необходимости проводится исследование отделяемых вульвагинальных язв на вирусы, тест на *Chlamydia*, *N.gonorrhoeae* и/или *Ureaplasma urealiticum*. При микроскопии из цервикального канала, как правило, выявляют полиморфоядерные лейкоциты (иногда – грамотрицательные диплококки); в моче – лейкоциты без бактерий; посев мочи на стерильность отрицательный.

(Окончание следует.)

Более 900 участников из 39 стран мира, 107 лекций, докладов и презентаций – такова «арифметика» прошедшего в Москве научного форума, объединившего III Всемирный конгресс «Противоречия в области тромбозов и гемостаза» (Controversies in Thrombosis and Hemostasis) и 8-ю Всероссийскую конференцию по клинической гемостазиологии и гемореологии.

Программа мероприятия была составлена таким образом, что фактически врач любой специальности, ранее не имевший достаточно глубоких познаний в теме реологии крови, тромбозов и кровотечений, а также студент медицинского вуза мог за 3 дня форума получить исчерпывающий набор актуальной научной информации, начиная от природы и механизмов развития этих состояний и заболеваний и заканчивая современными методами их профилактики, диагностики и терапии как в экстренных жизнеугрожающих ситуациях, так и превентивно.

Апгрейд знаний

Важна особенность объединённого конгресса-конференции в том, что он носил выраженный мультидисциплинарный характер. Как подчёркивали многие участники форума, проблемы тромбозов, кровотечений и патологии гемостаза уже не замыкаются в рамках одной только гематологии, а охватывают все области медицины. Современной наукой доказано, что эти нарушения очень часто являются универсальными патогенетическими механизмами

в формировании тромба. Далее выяснилось, что любой венозный тромбоз сопровождается аутовоспалением и, следовательно, требует принципиально другого терапевтического подхода. Получены новые знания о популяции тромбоцитов: выделены два пула, из которых один участвует в гемостазе, а второй занят совсем другими, очень интересными делами. Эти тромбоциты обладают свойствами выведения вирусов, на них обнаружены антигены HLA-совместимости. Одним словом, теперь нам понятно, почему многие инфекционные и другие заболевания приводят к поражению сосудов. А если посмотреть современную классификацию васкулитов – это похоже на сказку.

тромбоцитов и эндотелиоцитов, – а также метаболический синдром, прогрессирование атеросклероза, курение и возраст.

В Научном центре неврологии проведены исследования, в результате которых показано более выраженное прогрессирование церебрального атеросклероза у лиц с резистентностью к ацетилсалициловой кислоте. Это позволило учёным выдвинуть предположение, что фактором прогрессирования церебрального атеросклероза является мутация A842G в гене циклооксигеназы-1, которая ответственна за метаболизм ацетилсалици-



А. Румянцев

приходить в поликлинику и сдавать кровь, чтобы проверять показатель МНО (международное нормализованное отношение), который говорит о том, насколько правильно подобрана дозировка лекарства. И каждый кардиолог знает, как часто пациенты отказываются от контроля МНО или вообще от приёма лекарства, ссылаясь на невозможность регулярно посещать поликлинику.

– Перед нами стояла задача сделать так, чтобы пациент мог в домашних условиях с помощью портативного прибора контролировать МНО по капиллярной крови. Написана компьютерная программа, которая позволяет передавать данные измерений с прибора на почту или телефон лечащего врача,

Итоги и прогнозы

Ток крови: опасное forte и критическое piano

Знания в области гемостазиологии должны быть в копилке каждого врача

Мы дифференцируем васкулиты уже по анатомическому признаку, то есть в зависимости от того, в каком сосудистом блоке данное событие происходит, и каждый из этих процессов имеет свои рас-

стройства гемостаза. ловой кислоты. Именно мутантный аллель G повышает вероятность резистентности к данному лекарственному препарату. Также доказано, что у людей с метаболическим синдромом резистентность к терапии ацетилсалициловой

Лаборатория на дому

В разделе конгресса, посвящённом новым достижениям в российской гемостазиологии, особый интерес участников форума вызвало сообщение о том, что группа российских исследователей разработала портативный прибор для контроля антикоагулянтной и антиагрегантной терапии. Кроме того, что это первое отечественное оборудование для данных целей, его отличие от зарубежных аналогов в полифункциональности: зарубежные аппараты могут определять эффективность или только антикоагулянтной, или только антиагрегантной терапии, а наш решает обе задачи, достаточно вставить нужный картридж. Что касается собственно механизма работы будущего российского прибора, он полностью оригинален, ведь скопировать принцип действия готовой иностранной машины невозможно: там всё надёжно защищено патентами.

– Наш прибор имеет «всероссийское звучание»: в его разработке принимали участие учёные и врачи из Новосибирска, Иркутска и Зеленограда. Мы трудились над его созданием в течение 2,5 лет в рамках государственного заказа Министерства образования и науки

и в случае необходимости врач сможет быстро отреагировать, принять решение о корректировке терапевтической дозы препарата, – поясняет Г.Лифшиц.

Что касается контроля эффективности антиагрегантной терапии, она может проводиться по такому же принципу. Единственное отличие в том, что делать это по капиллярной крови не получится, данную задачу пока не удалось решить никому в мире. Поэтому, вероятнее всего, для этой цели прибор будет использоваться не в домашних условиях, а в условиях любой поликлиники или ФАПа, где нет лаборатории гемостаза, но есть медработник, который проведёт забор венозной крови. Затем информация с прибора так же передаётся на компьютер или телефон лечащего врача.

Естественно, аудиторию конгресса интересовали результаты первых испытаний отечественной разработки. Отвечая на этот вопрос, научный руководитель проекта сообщила, что биологические испытания проведены на базе Иркутской областной клинической больницы и Центра новых медицинских технологий Института химической биологии фундаментальной медицины СО РАН, а их



В президиуме – ведущие специалисты России и мира

развития самых разных патологий, и в век всё нарастающей коморбидности каждый врач должен обладать знаниями не только в своей узкой медицинской области, но и обязательно в области гемореологии и гемостаза. Именно поэтому отдельное внимание уделено тромбозам, гемореологии, кардиологии и кардиохирургии, реанимации и интенсивной терапии, гематологии, акушерству, гинекологии и педиатрии.

По мнению директора Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского академика РАН Юрия Белова, необходимо регулярно проводить апгрейд своих знаний:

– Как практикующий хирург, я ощущаю потребность в новой информации в области тромбозов и геморрагий. Объясню почему: мы работаем по высоким хирургическим технологиям, что естественно сопровождается и кровопотерями, и тромбозами у пациентов. Как предотвратить эти события и как с ними справиться? Учёные должны выяснить досконально и дать рекомендации нам, врачам.

В свою очередь директор Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев подтвердил, что с активизацией современных фундаментальных исследований клеток крови наука получила новые знания, полезные для клиницистов:

– Удалось распознать, какая именно клетка играет особую роль

Надо ли говорить, насколько важны эти новые знания при выборе тактики лечения больного?

Привычное – не значит правильное

Проблема тромбозов и кровотечений особенно актуальна в неврологии, что обусловлено постоянным ростом сердечно-сосудистой и цереброваскулярной заболеваемости. Как прозвучало на форуме, к 2020 г. число заболевших достигнет 25-30 млн человек в год, таков прогноз Всемирной организации здравоохранения.

– Цифры неутешительны: каждый шестой человек имеет высокую вероятность инсульта. Почему я говорю об этом в данной аудитории? Потому что в основе большинства нарушений мозгового кровообращения лежат нарушения гемореологии и гемостаза, – обратилась к участникам форума заместитель директора Научного центра неврологии доктор медицинских наук Маринэ Танашян.

Коль скоро на форуме звучало много сообщений о коррекции нарушений гемостаза и гемореологии с помощью антиагрегантных препаратов, профессор М.Танашян коснулась проблемы, с которой столкнулась современная медицинская наука – резистентность к антиагрегантным препаратам. Среди причин этого явления генетические особенности организма пациента – изменение функций тромбоцитов, полиморфизм генов рецепторов тромбоцитов и эндотелиоцитов, полиморфизм генов ферментов

кислотой повышена более чем в 3 раза.

Данный феномен ставит перед врачами задачу до назначения лекарств использовать методы определения резистентности данного больного к тем или иным антиагрегантным препаратам.

– Выяснилось, что не все тромбоциты реагируют одинаковым образом на тот или иной антиагрегантный препарат. В экспериментальных исследованиях, проведённых в Научном центре неврологии, было показано, что такой «народный», широко применяемый в клинике антиагрегант, как ацетилсалициловая кислота, лишь в 50% случаев оказывает истинное антиагрегантное действие. Более чем у 20% больных он оказался недостаточно эффективен в роли антиагреганта, у 10% вообще не оказывает никакого антиагрегантного эффекта, а ещё у 20% больных данный препарат оказывает парадоксальный проагрегантный эффект. Мы изучили этот феномен, выявили зависимость эффективности антиагрегантных препаратов от исходной степени агрегации тромбоцитов у человека и составили алгоритм назначения противотромботической терапии. Главное условие – предварительное исследование агрегации тромбоцитов, хотя это не прописано ни в каких порядках и рекомендациях, в том числе международных. Тем не менее, если мы хотим оказать действительно эффективную помощь каждому больному, сначала нужно с помощью тромбоцитарной тест-системы определить, какой именно препарат ему нужен, – обратилась к коллегам М.Танашян.



Важно не только услышать, но и запомнить

РФ, – говорит научный руководитель проекта, заведующая лабораторией персонализированной медицины Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН, доктор медицинских наук Галина Лифшиц.

Ключевое лекарство для антикоагулянтной терапии, которое требует контроля – препарат широко известный, давно применяемый, высокоэффективный и при этом имеющий много побочных эффектов. Поэтому, назначая данный препарат, кардиолог просит пациента раз в месяц обязательно

результаты сравнивались с полученными у этих же пациентов на стационарном лабораторном оборудовании. Расхождение не превысило 15% по обоим показателям, что, по словам Г.Лифшиц, является несущественным и допустимым.

Окончание работы над проектом – декабрь 2016 г. Ещё год-полтора потребуются на сертификацию нового отечественного прибора. Ну а как скоро начнётся его серийный выпуск, зависит уже не от учёных.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ещё 20 лет назад наши педиатры во главе с профессором Марией Школьниковой первыми в мире поставили перед системой здравоохранения задачу организации аритмологической помощи детям, создав на базе Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева уникальный Детский научно-практический центр нарушений сердечного ритма Министрства здравоохранения РФ. Вслед за Россией аналогичные центры появились практически во всех развитых странах мира.

Замкнутый цикл

Почувствовав актуальность проблемы, наши врачи и учёные не просто создали центр, взяв на себя самых сложных пациентов, но и содействовали организации специализированной помощи таким детям в регионах, что очень важно, учитывая большую частоту нарушений ритма среди детского населения. Из 29 млн российских детей 3 млн страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями! Причём наиболее распространённой патологией являются нарушения ритма сердца, процент которых достигает 20, занимая второе место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний у подрастающего поколения.

— Если до 2000 г. пациенты с различными видами нарушений ритма в нашем учреждении составляли 85%, а с тяжёлыми жизнеугрожающими аритмиями — 15%, то в настоящее время ситуация изменилась. Региональные центры, которые овладели частью наших компетенций, направляют к нам только сложных пациентов, которых стало 70%. Лишь 30% мы можем отнести к сравнительно лёгким больным, — рассказала в рамках XV Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» руководитель Детского научно-практического центра нарушений сердечного ритма, президент Ассоциации детских кардиологов России, директор института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева, профессор М.Школьников.

По её словам, детская аритмологическая служба в России в диагностике и лечении распространённых видов аритмий сориентирована на регионы, а в лечении больных с тяжёлыми жизнеугрожающими нарушениями ритма — на специализированные центры. Создан замкнутый самодостаточный цикл оказания эффективной специализированной и высокотехнологичной помощи.

Надо сказать, аритмии у детей, в отличие от взрослых, протекают в основном бессимптомно, очень много жизнеугрожающих форм. Высока частота наследственных вариантов. В последние годы жизнеугрожающие нарушения ритма при рождении обнаруживаются с частотой 1 на 2 тыс. новорождённых. В отсутствие лечения риск смерти достигает 70%.

— С высокой вероятностью аритмии излечимы или контролируемы, потому что у нас есть хорошие инструменты в виде высокотехнологичных методов, — считает М.Школьников.

Ежегодно в федеральном центре получают помощь более 3,5 тыс. детей с тяжёлыми формами нарушений ритма. Остальные лечатся по месту жительства. Центр, по признанию зарубежных коллег, имеет самую высокую точность верифицированных генетических диагнозов среди клинически диагностированных пациентов и самую низкую смертность от жизнеугрожающих аритмий, обладает наибольшим опытом медикаментозного и хирургического лечения, включая имплантацию кардиовертер-дефибрилляторов детям.

— Практически каждый год мы внедряем новые технологии, многие из них — впервые в Российской Федерации, а некоторые

даже — впервые в мире, — говорит М.Школьников. — Например, имплантация устройства Reveal детям была проведена в нашем центре впервые в мире. До этого имплантировали только взрослым пациентам. А криодеструкция аритмогенных фокусов (т.е. фокусная криоабляция) — впервые в России.

Следует пояснить, это очень важная методика для педиатрии,

и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, характеризуя текущую ситуацию, идёт снижение смертности по всем основным педиатрическим направлениям. Если сравнивать 8 месяцев нынешнего года с таким же периодом предыдущего, то смертность детей до года от болезней органов дыхания сократилась почти на 11%, от кишечных инфекций — на 25%, от

подготовка бакалавров по специальности «школьная медицина», чтобы уменьшить дефицит кадров в школьном здравоохранении.

Подчеркнув важность профилактических осмотров, Е.Байбарина остановилась на их качестве, заметив, что во многих регионах к их проведению относятся довольно-таки формально, порой имеют место приписки. О чём свидетельствует большая разница между

липрагмазия характерна в 78% случаев. Нередко отмечается несоответствие лечения диагнозу, причинение необоснованной боли. (Когда ребёнку делают, скажем, инъекции антибиотиков в ситуации, где вполне достаточно сиропов с хорошей биодоступностью).

— Мне бы очень хотелось, чтобы внимание педиатров было привлечено не только к высоким техно-

Деловые встречи

Внедряя сложные технологии, помнить о простых

Когда научные достижения становятся достоянием практики



М.Школьников открывает конгресс

потому что она атравматична, не оставляет никаких рубцов.

В нынешнем году впервые проведена левосторонняя симпатэктомия торакоскопическим миниинвазивным доступом. Такую помощь получили уже 5 детей с высоким риском внезапной сердечной смерти.

Среди перспективных направлений: генноспецифическая терапия, широкое внедрение одномоментных гибридных вмешательств при врождённых пороках сердца и аритмиях (за один приём), использование робототехники.

— Всё европейское кардиологическое сообщество уверено, что лечение аритмий (а они являются основной причиной смерти населения РФ) в скором времени претерпит очень серьёзные изменения. Те подходы, которые были разработаны много лет назад и казались стабильными, неизбежными, уйдут в прошлое. Новые ориентиры появились и уже внедряются, — поведала М.Школьников.

Так, в сентябре нынешнего года опубликована работа по имплантации устройства для кардиостимуляции без электродов.

Появился новый, миниатюрный прибор для длительной регистрации сердечного ритма, значительно меньше своего предшественника.

О различных новшествах не только в области кардиологии, но и в других сферах медицины (гастроэнтерологии, неврологии, нефрологии, аллергологии и клинической иммунологии, урологии, андрологии и т.д.) шёл разговор на конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». Этот научный форум служит своего рода площадкой для распространения передового опыта, современных достижений науки, что вкупе с прочими мерами, несомненно, сказывается на результатах работы педиатрической службы в стране.

Основные задачи

Как отметила директор Департамента медицинской помощи детям

врождённых аномалий — на 7%. Существенный вклад в улучшение показателя внесли: соблюдение протоколов лечения, вакцинация (в том числе от гриппа и пневмококка), пренатальная диагностика, неонатальная хирургия, внедрение новых технологий и развитие инфраструктуры.

Сократилась смертность от внешних и от прочих причин, что не может не радовать.

Такая же тенденция наблюдается во всех возрастных группах. Так, на 24,5% с 2012 г. снизилась смертность детей от 0 до 4 лет (показатель достиг, по словам Е.Байбарин, исторического минимума и составил 8 на 1 тыс. родившихся живыми), на 23,8% — детей от 0 до 17 лет.

Предстоит продолжить эту работу. Успехи предполагается достигнуть путём совершенствования организации медицинской помощи и улучшения инфраструктуры службы. Кстати, об инфраструктуре. Часто в медицинской среде слышатся сетования на то, что, дескать, перинатальные центры строятся, а вот детские больницы, реабилитационные учреждения — нет.

— Сейчас формируются потребности в детских больницах. В следующем бюджетном цикле планируется приступить к развитию инфраструктуры других педиатрических подразделений, — успокоила Е.Байбарина.

Среди основных задач педиатрической службы директор департамента назвала развитие первичной медико-санитарной помощи, охарактеризовав её как форпост, переднюю линию борьбы за здоровье детей, а также укрепление и развитие школьной медицины.

— Считаю это направление чрезвычайно важным, — сказала Е.Байбарина, имея в виду школьную медицину. — Но, к сожалению, оно находится не в лучшем состоянии. Поэтому сейчас разрабатываются специальные программы и для учителей, и для учащихся, и для медицинских работников школ, планируется

данными, представленными в Минздрав России, и количеством счетов на оплату услуг (например, обследовано профилактическими осмотрами 200 тыс. детей, а счетов предоставлено на 100 тыс. человек, оплачено же 80 тыс.).

О поверхностном подходе к профилактическим осмотрам говорит и излишне высокий процент детей первой группы здоровья. Учёные полагают, что если углублённо смотреть, то полностью здоровых, без функциональных отклонений, будет примерно 10% детей. В среднем по стране цифра не выше 25%.

— Но, когда регион указывает в отчёте 70% здоровых детей, понятно, что чрезвычайно формально подошли к осмотру, — заметила Е.Байбарина.

Что показал аудит

Реализуемый под эгидой ВОЗ в нескольких регионах РФ проект «Оценка качества работы детских больниц» высветил немало проблем, связанных с оказанием стационарной помощи, уровнем квалификации врачей. С одной стороны, обеспеченность больниц лекарствами и оборудованием хорошая. С другой, наблюдается, как выразилась руководитель «детского главка», страшная полипрагмазия. Доктора назначают антибиотики резерва, не прибегая к препаратам первой линии. Рекомендуют дорогие иммуномодуляторы без доказанной эффективности. Применяют устаревшие схемы лечения и т.д.

Новое сложное оборудование используется недостаточно или вовсе простаивает, при этом простых приборов нет, таких как, скажем, недорогой, но необходимый прежде всего в приёмном отделении пульсоксиметр. Приёмное отделение выполняет скорее функцию регистратуры, но не экстренного оказания помощи, когда туда поступает тяжёлый больной.

Аудит больниц, проведённый под руководством академика РАН Лейлы Намазовой-Барановой в 4 регионах, показывает, что по-

логиям, но и к простым методам диагностики и лечения, которые нам кажутся банальными, — высказала пожелания Е.Байбарина.

Учиться и учиться

— Можно приобрести тысячи компьютерных томографов, аппаратов УЗИ, но без повышения профессионального уровня специалистов ничего не получится, — продолжил тему президент Национальной медицинской палаты Леонид Рашаль.

По его мнению, в педиатрии наступает особый период, связанный с аккредитацией. Национальная медицинская палата совместно с Союзом педиатров России закончила работу над профессиональным стандартом участкового педиатра, где чётко прописано, что человек должен знать, уметь и делать. Предстоит создать стандарты для педиатра-кардиолога, педиатра-уролога и т.д., работающих в поликлиническом и в стационарном звене.

Л.Рашаль подчеркнул важность следования клиническим рекомендациям и протоколам лечения, отметив также, что, для того чтобы врачи совершенствовались, необходима мотивация. А она заложена в квалификационных категориях. Сейчас идёт работа над обоснованием категории «высшая-н», то есть наставник. Это будет фактически юридическое лицо, отвечающее за качество подготовки к конкретной методике.

— Непрерывное последипломное образование должно быть разумно построено и бесплатно для конкретного врача, — выразил свою точку зрения Л.Рашаль.

В этом плане конгресс служит способом пополнения багажа знаний: в его рамках были организованы многочисленные образовательные семинары и курсы.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Актуальным проблемам заболеваний суставов и особенностям лекарственной терапии данной патологии была посвящена научно-практическая конференция «Остеoarтрит и боль в спине. Новый подход к известной проблеме». Мероприятие было организовано Российским научным медицинским обществом терапевтов (РНМОТ) и Ассоциацией междисциплинарной медицины, при поддержке компании Биотехнос.

Перед участниками конференции выступили: президент Российской ассоциации ревматологов академик РАН Е.Насонов, президент РНМОТ академик РАН А.Мартынов, заведующая отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой, доктор медицинских наук, профессор Л.Алексеева, профессор кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктор медицинских наук А.Данилов, заведующий лабораторией радиоизотопных методов исследования НИИ фармакологии им. В.В.Закусова, доктор медицинских наук, профессор Г.Ковалёв, научный сотрудник отдела метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой кандидат медицинских наук Е.Таскина.

Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают одно из первых мест среди причин временной нетрудоспособности и инвалидизации у больных после 50 лет. Наиболее распространённой патологией в этом ряду является остеоarтрит (ОА). Согласно недавнему эпидемиологическому исследованию, в России ОА с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов страдает 13% населения.

– Назначая лечение, мы можем помочь пациенту очень быстро.

Тенденции

Здоровье суставов в надёжных руках

Ведущие эксперты рассказали о современных подходах к терапии остеоarтрита

Есть мощные средства, особенно препараты группы ингибиторов ЦОГ-2. Однако это не даёт длительного эффекта. Кроме того, их приём сопряжён с развитием целого ряда нежелательных побочных реакций. Поэтому важно обратить внимание на препараты другого рода, которые корректируют тонкий механизм обмена веществ, – хондропротекторы. Да, они имеют не быстрый, а отдалённый эффект, требуют продолжительной терапии. Но, если говорить о значимом влиянии на состояние больного, акцент нужно делать именно на препараты этой группы, – считает академик А.Мартынов.

Сегодня во врачебной практике имеется ряд препаратов, способных оказать реальную помощь больным ОА. В частности, оригинальный хондропротектор Алфлутоп. Основным компонентом препарата является биоактивный концентрат из мелкой морской рыбы, содержащий мукополисахариды или гликозаминогликаны (хондроитин-4 и 6-сульфаты, дерматансульфат, кератансульфат), 14 аминокислот (7 незаменимых), пептиды и глюкуроновую кислоту, предшественницу гиалуроновой кислоты, макро- и микроэлементы. Благодаря этому уникальному составу препарат препятствует разрушению макромолекулярных структур нормальных тканей, стимулирует процессы восстановления в интерстициальной ткани и ткани суставного хряща, оказывает

обезболивающее и противовоспалительное действие.

По словам академика Е.Насонова, ключевая роль в лечении ОА должна принадлежать терапевту, ведь именно к нему в первую очередь обращается пациент с болью: «Все врачи, которые соприкасаются с проблемой боли в спине, должны объединить усилия в решении этой очень сложной терапевтической задачи».

Тем не менее проблемы, связанные с лечением данной категории пациентов, решаются недостаточно эффективно. В первую очередь это связано с разобщённостью медицинских специалистов. «Основная масса пациентов с ОА нуждается в междисциплинарном подходе. Постоянное взаимодействие между терапевтами, ревматологами, неврологами и реабилитологами имеет определяющее значение в плане повышения эффективности терапии и снижения числа таких больных», – считает профессор А.Данилов.

«Высокая распространённость ОА обусловлена двумя основными причинами: старением населения и пандемией ожирения», – отметила профессор Л.Алексеева. Основная сложность ведения таких больных заключается в том, что, как правило, каждый из них имеет от 2 до 8 сопутствующих патологий. «Мы подготовили федеральные рекомендации по ведению больных ОА для врачей первичного звена. Эти рекомендации разноуровневые.

В них мы расписали, что и на каком этапе делает врач первичного звена, ревматолог и ортопед. То есть это непосредственное руководство к действию», – рассказала эксперт.

«Купирование боли – основная, но не единственная задача современной фармакотерапии заболеваний суставов. Необходимо комплексное воздействие, в том числе на воспаление, хондрогенез, воздействие на свободные радикалы», – подчеркнул профессор Г.Ковалёв. По его словам, научный поиск направлен на изучение молекулярных механизмов, «запускающих» патологические изменения, и создание лекарственных препаратов, которые могут замедлить разрушение суставного хряща и улучшить состояние пациентов.

«Алфлутоп» – оригинальная инновационная разработка румынской компании К.О. Биотехнос С.А. В этом году празднуется юбилей – 20-летие присутствия препарата в России. За эти годы было проведено множество исследований, доказавших его высокую эффективность и безопасность. Об одном из таких исследований рассказала кандидат медицинских наук Е.Таскина.

Результаты исследования показали статистически значимое уменьшение боли и улучшение функционального состояния суставов в основной группе по сравнению с контрольной. Кроме того, было показано улучшение качества жизни пациентов.

Как отметила Е.Таскина, при сравнении рентгенограмм в начале и конце исследования отрицательная динамика достоверно реже выявлялась в группе больных, получавших «Алфлутоп», по сравнению с группой плацебо. Достоверное замедление сужения суставной щели также было отмечено у больных, принимавших препарат. Увеличение размеров остеофитов (медиаальные и латеральные остеофиты бедренной кости) отмечалось преимущественно в группе плацебо и только у небольшого числа пациентов, принимавших «Алфлутоп». У последних в 1,5 раза снижен риск гонартроза. «Эти данные позволяют нам ещё раз сказать, что препарат Алфлутоп обладает симптоматическим, противовоспалительным и структурно-модифицирующим эффектами», – резюмировала эксперт.

С 2016 г. компания Биотехнос самостоятельно занимается продвижением препарата «Алфлутоп» в России. «Мы рады нашему выходу на российский рынок, так как это направление – одно из приоритетных в нашей деятельности», – подчеркнул генеральный директор компании Биотехнос доктор биологических наук Чеслав Чухрий. – Я уверен, что наш опыт в области инновационных разработок, а также знания не только в сфере ревматологии, но и в других направлениях будут способствовать расширению доступа пациентов, страдающих серьёзными заболеваниями, к современным методам терапии».

Подводя итоги конференции, эксперты были единодушны во мнении: лечение ОА должно быть комплексным и включать мероприятия по уменьшению боли, по возможности – восстановлению сустава и предотвращению разрушения суставного хряща, а также сохранению и поддержанию функции суставов. Наряду с обезболивающими ЛС пациенты с ОА должны также получать симптоматические препараты замедленного действия.

Анна КРАСАВКИНА.



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ



БИОТЕННОС 115432, Москва, Пр-т Андропова, 18, корп. 6
8-800-333-24-71 www.alfutop.ru

* Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптоматического и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоarтрозом коленных суставов. Л.И. Алексеева, Е.П. Шаропова, Е.А. Таскина, Н.В. Чичасова, Н.А. Шостак и соавт. Научно-практическая ревматология. 2014;52(2):174-177. DOI:10.14412/1995-4484-2014-174-177

- Достоверное уменьшение боли
- Улучшение функции суставов
- Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- Уменьшение деградации матрикса суставного хряща*



реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Почему бы и нет?

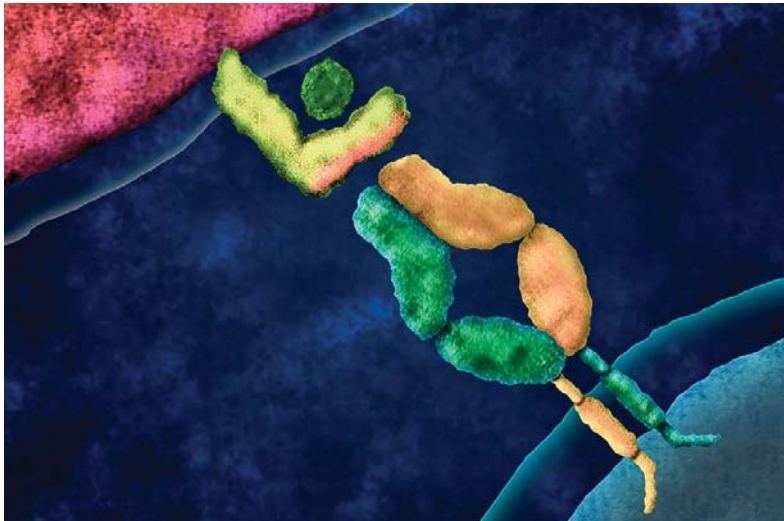
Иммунотерапия рака

Сигнал к делению клетки получают через белковые рецепторы, интегрированные в мембраны. Молекулы ростовых факторов и гормонов «салятся» на рецепторы, в результате чего сигнал передаётся к подмембранным «активаторам» ферментных каскадов, благодаря которым команда к делению передаётся в ядро, где активируются гены синтеза того же тубулина, то есть белка, из которого строятся микротрубочки-тубули.

Одним из главных «ростовых» переключателей является протеин Ras, мутации которого были поначалу обнаружены в клетках саркомы крыс (Rat sarcoma). Сегодня молекулярные онкологи полагают, что мутации Ras «обеспечивают» рост 905 опухолей человека, которые неплохо реагируют на различные химиотерапевтические средства (такие как 5-фторурацил, иринотекан, оксалиплатин на основе платины). Одной из мишеней химиотерапии является ДНК, повреждения которой приостанавливают опухолевый рост, который, к сожалению, по прошествии времени возобновляется в силу развития лекарственной резистентности.

Причиной её становится «отключение» функции белка p53 (протеин с массой 53 тыс.), который стоит на страже целостности клеточного генома. Учёные показали, что причиной «замалчивания»-silencing гена p53 является эпигенетика, или добавление метильных -CH3 групп к ДНК. Ранее полагали, что нарушение функции протеина происходит в результате мутаций его гена (-CH3 группы можно сравнить с диакритическими знаками, превращающими И в Й и Е в Ё – буквы не меняются, а смысл зачастую искажается).

Активированный Ras взаимодействует с ферментом, мутации которого вызывают меланому, при которых на некоторое время помогают его блокаторы. Сотрудники Иллинойского университета в Чикаго разработали моноклональную технологию подавления Ras. Модифицированные антитела активно используются в иммунотерапии опухолей, но с ними довольно много проблем. Действие моноклонального антитела не зависит от их окружения, поэтому могут использоваться,



Раковый антиген опухолевой клетки (слева сверху) и рецептор Т-лимфоцита

по мнению авторов, в качестве генетических ингибиторов. Новый продукт надёжно блокирует Ras, который в результате этого не может давать функциональные нанокластеры своих молекул. Мутации Ras известны более 30 лет, но до сих пор на этот небольшой белок никак не могли найти молекулярную «управу».

Ещё больше известны хромосомные реаранжировки, приводящие к транслокации конца одной хромосомы на другую, в результате чего активируется раковый ген. Одно из приложений Nature поместило статью с описанием потенциального лечения лейкемии у детей. Известны особые белки, «выводящие» вредные для клетки вещества (такие как антибиотики из бактерий и химиотерапии из опухоли, например, панобиностата, применяемого для сдерживания лимфомы и лейкемии). Известно, что активация генов двух таких протеинов происходит в результате хромосомной реаранжировки, которая приводит к включению ракового гена. «Перестройку» хромосом теперь можно видеть в виде зелёных и красных точек в ядрах опухолевых клеток, что облегчает мониторинг противоракового лечения.

Одним из недавних трендов в развитии иммунотерапии опухолей стало использование различных комбинированных антител (химеричных), что сопряжено с опасностью аутоиммунных расстройств. В Калифорнийском

технологическом институте Лос-Анджелеса предложено вместо них использовать рецепторные белки Т-лимфоцитов. С их помощью клетки иммунного надзора распознают опухолевые антигены («осколки» белков – пептиды) на поверхности раковых. Рецептор состоит из двух цепей – альфа и бета (гемоглобин крови из двух пар альфа и бета), – благодаря которым Т-лимфоциты распознают самые разные угрозы для организма. Проблема, однако, в высоком риске развития аутоиммунных осложнений.

Для борьбы с ними в Лос-Анджелесе предложен метод генетического обмена участками Т-клеточных рецепторов, для чего были созданы гибридные гены рецепторных молекул. Обмен доменов привёл к синтезу рецепторов, которые не способны образовывать аутоиммунный комплекс на поверхности Т-лимфоцитов. Один из авторов публикации сказал, что она привлечёт внимание в связи с повышением безопасности противораковой иммунотерапии и возможно приведёт по сравнению с нынешней практикой к увеличению её эффективности, связанной с возможностью повышения «дозы» клеточных концентраций.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Communications, eLife.

Гипотезы

Белок старения

Учёные Университета Пенсильвании в Филадельфии (США) заявили, что обнаружили ген, который отвечает за производство белка, запускающего клеточные механизмы, приводящие к развитию рака и к негативным возрастным изменениям. По словам исследователей, данный кластер является пусковой системой для запуска двух процессов, связанных со старением организма.

С одной стороны, включаются системы, позволяющие избежать новообразований, а с другой – та же система заставляет клетку вырабатывать вещества, приводящие к появлению раковых опухолей. Это противоречие может объясняться неправильной работой белка, отвечающего за считывание генетической информации, именно поэтому данные системы стали объектом исследований сразу двух

университетов – Пенсильванского в США и Казанского в России.

Как известно, эмбриональные стволовые клетки могут делиться практически вечно, то есть, по сути, являются бессмертными. Однако клетки взрослого организма не обладают такой способностью, переставая делиться через 30-50 циклов. Именно с этим и связано старение организма. Такой механизм, по мнению учёных, включается, когда накопленные мутации в клетке превышают некий критический уровень, а значит, старение клетки можно считать защитной системой, предохраняющей от раковых образований. Но, с другой стороны, именно этот процесс включает характерные физиологические изменения, которые называют старостью.

Исследователям удалось выяснить, что изменения, которые сопровождаются выделением веществ, провоцирующих воспа-

ления, запускает белок HMGB2, кодируемый соответствующим геном. Именно он играет основную роль в изменениях ДНК, которые сопровождаются образованием скрученных участков, мешающих правильному считыванию генетической информации при делении, и, тем самым, препятствующие размножению клетки. В то же время, этот белок мешает скручиванию ДНК на участках, которые связаны с воспалительными процессами.

Таким образом, если учёным удастся выяснить причину такой избирательности и научиться подавлять действие белка, то клетки перестанут вырабатывать вещества, провоцирующие воспалительные процессы, и начнут делиться без патологий. А значит, старение организма можно будет нивелировать без обязательного образования раковых клеток и других негативных последствий «вечной жизни» на клеточном уровне.

Марк ВИНТЕР.

По материалам
Journal of Cell Biology.

Для работы в ГАУЗ РБ Учалинская ЦГБ
СРОЧНО требуется ОФТАЛЬМОЛОГ.

Предоставляется жильё, имеется возможность участия в программе «Земский доктор» кандидату в возрасте до 50 лет с выплатой 1 млн руб.

Контакты:

✓ e-mail: ucgb@inbox.ru

✓ приёмная (34791)36507.

✓ главный врач (34791)36481.

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для постоянного трудоустройства
АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом

8 (912) 080-80-48 – заведующий хирургическим отделением.

Официальный сайт: совбольница.рф

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

Резюме направлять по адресу: sovhospital@совбольница.рф

Более подробную информацию о нашем учреждении

можно получить на официальном сайте www.совбольница.рф

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для временного или постоянного
трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ
(в центр амбулаторного диализа).

Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно
ТК РФ, заработная плата договорная.

Контактные телефоны:

8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.

Официальный сайт: совбольница.рф

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО –

Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@совбольница.рф

Более подробную информацию о нашем учреждении можно

получить на официальном сайте www.совбольница.рф

Ракурс

Топливо из человека

В США учёные открыли новый способ переработки человеческих отходов, который позволит создавать из них топливо – аналог нефти. Это удалось специалистам из Тихоокеанской Северо-Западной национальной лаборатории.

Процесс переработки аналогичен происходящему в природе – органические отходы становятся нефтью. Для того чтобы преобразование происходило быстрее, учёные подвергли отходы воздействию высоких температур (около 350°C) и высокого же давления (более 20 МПа). Такая комбинация привела к тому, что химические соединения в отходах разрушились, создав более простые структуры, и образовалась бионефть, а также дополнительная жидкость.

Бионефть при этом была достаточно высокого качества, и в

очищенном виде, как заявили специалисты, она вполне может стать топливом. Что касается дополнительной жидкости – она может быть катализатором при производстве топлива и других химических смесей. Исследователи сообщили, что обнаружили и другие соединения, которые могут стать полезными в различных областях – например, в производстве удобрений.

Пилотный проект стоимостью в 8-9 млн долл. собираются запустить уже в 2018 г. Коринн Дреннан, которая отвечает в лаборатории за исследования в сфере биологической энергии, заявила, что самое лучшее в процессе – его простота, ведь реактор по сути представляет собой трубу, в которой поддерживаются высокое давление и высокая температура.

Борис БЕРКУТ.

По информации Daily Mail.

Выводы

РАКОВОЙ убийца

На днях Кембриджский институт медицинских исследований опубликовал новое видео, в котором наглядно показано, как белые кровяные тельца охотятся и убивают раковые клетки. Эти тельца называются цитотоксическими Т-клетками. Они путешествуют по кровотоку и способны идентифицировать и уничтожать злокачественные образования.

За 50 секунд в видео показано, как Т-клетки вступают в контакт с раковыми клетками: рассматривают поверхность, чтобы проверить на наличие признаков рака, затем прокалывают оболочку и запускают внутри цитотоксический яд. После того, как раковая клетка погибает,

Т-клетка отправляется на поиски другой «жертвы». В чайной ложке человеческой крови можно насчитать приблизительно 5 млн Т-клеток.

Поразительно, но примерно так же работает метод лучевой терапии. К примеру, аппарат гамма-нож в прямом смысле не вырезает опухоль, а лишь повреждает ДНК раковых клеток изнутри. После проведённого радиохирургического вмешательства размеры опухоли постепенно сокращаются и, в конечном счёте, она исчезает», – комментируют фильм физики.

Валентин ПОЗДНЯКОВ.

По информации
Associated press.

Человек – особое существо. Только в людях инстинкту жизни противостоит желание избежать мучительной смерти и полной зависимости от родных и близких. Волеизъявление безнадежно больных не обременять долгими предсмертными муками себя и других учитывается в законах многих государств.

В Израиле после ожесточённых дебатов эвтаназия была легализована в декабре 2005 г., и в следующем году закон вступил в силу. Этот термин введен английским философом Фрэнсисом Бэконом для обозначения лёгкой безболезненной смерти безнадежных больных. Чтобы не нарушать библейские законы, запрещающие искусственно прерывать человеческую жизнь, законодатель предусмотрел особую процедуру, исключаящую какое-либо участие медицинского персонала и, тем более, родственников, даже самых близких.

Эвтаназия в израильском варианте возможна только в случае, если тяжёлобольной, решивший умереть, собственноручно подписывает юридически оформленный «договор со смертью». Если претендент на эвтаназию не сумеет подписать такой документ по причине ментальной или физической неспособности, ибо находится в состоянии бессознательном или неадекватном, то добровольный «узаконенный» уход из жизни на Святой земле для него исключён. Поэтому совсем не трудно объяснить тот факт, что немало вполне здоровых и находящихся в здравом уме и твёрдой памяти мужчин и женщин составляют и подписывают такие документы заранее.

Иерусалимцы Реувен и Рина Зак, которым соответственно 67 и 64 года, 2 года назад юридически оформили этот самый «договор со смертью». «Человеческая жизнь завершается по-разному, – в беседе с «МГ» объясняет Рина общее решение супругов, – нам пришлось несколько лет ухаживать за неизлечимо больным близким родственником, постоянно опу-

Особый случай

«Договор со смертью»

Нужно ли бесконечно продлевать жизнь безнадежно больного пациента?

танным проводами и присоединённым к различным приборам. Прямо скажу, такая жизнь – это мучительное прозябание больного, превращающее в ад и жизнь его родных». «Мы хотели бы умереть достойно, – дополняет свою жену Реувен, – и не заставлять детей и внуков в случае, если мы доживём до состояния беспомощности, годами ухаживать за нами».

Поэтому подписанный каждым из супругов юридически оформленный документ, содержащий просьбу избавить его в будущем от мучительной смерти, отослали в специальный отдел министерства здравоохранения. В течение года этот отдел в среднем получает около тысячи таких посланий. И тем не менее даже наличие подобного «договора со смертью» не означает его автоматического выполнения. Многочисленных проверок добровольному кандидату в лучший мир не избежать. Прежде всего будет оцениваться и степень поражения организма, и возможность излечения различными методами. Ведь нельзя исключить ситуацию, что психологически неустойчивый пациент, не пройдя полностью курса лечения, оценит своё состояние как безнадежное и решит воспользоваться «договором со смертью». Такое биоэтика не допускает.

Впервые пассивная эвтаназия для ускорения наступления естественной смерти пациента, при которой медицинская помощь оказывается только для снятия боли, была узаконена в 1976 г. решением Верховного суда Калифорнии. Добровольный же уход из жизни при активной эвтаназии, то есть в варианте использования

медикаментозных ядов, впервые признал Верховный суд Нидерландов в 1984 г. Однако тогда суд обязывал сделать последний шаг навстречу смерти (нажать кнопку в специальном устройстве, введя смертельную дозу яда) только самого больного, принявшего несомненное решение умереть. При этом физически совершенно неспособные, но безнадежные больные воспользоваться помощью других (включая медицинский персонал) не могли. Только 1 апреля 2002 г. эвтаназия в Нидерландах получила совершенно легальный статус.

В том же году эвтаназия легализовала Бельгия. Более того, Нидерланды и Бельгия в 2014 г. узаконили эвтаназию детей при учёте согласия родителей. В голландской версии эвтаназия разрешена с 12 лет, в бельгийской – без ограничения по возрасту. В США закон, именуемый «Правом на смерть», разрешает эвтаназию в пяти штатах. Разрешена эвтаназия во Франции, Канаде, Германии, Люксембурге и Японии. В Китае эвтаназия легализована только в некоторых регионах.

Глава епископата Бразилии кардинал Раймунду Дамашену Ассис, выступая на одной из конференций епископов своей страны, подчеркнул, что «медицина прежде всего нацелена на продление человеческой жизни, однако нельзя бесконечно продлевать жизнь безнадежно больного пациента, вызывая его бесконечные страдания и расходы для семьи, когда нет надежды на выздоровление».

Широкую известность получила история галисийского моряка Рамона Сампедро Камеана, ставшего

парализованным в результате несчастного случая и 30 лет добивавшегося права на добровольный уход из жизни. Он – автор двух книг, описывающих его трагическую судьбу, – в итоге был вынужден из-за отсутствия в Испании закона об эвтаназии прибегнуть к помощи друзей для самоубийства. И хотя Рамон документально (включая видеопослание судебным органам) зафиксировал своё желание, друзья едва не оказались на скамье подсудимых.

В Австралии эвтаназия была разрешена в северных провинциях с сентября 1996 г. по март 1997 г. Однако в 2010 г. суд австралийского города Перт разрешил пострадавшему в автомобильной аварии 49-летнему Кристиану Росситеру, страдавшему квадриплегией, добровольный уход из жизни. Согласно судебному вердикту австралийского суда, ухаживавшие за парализованным больным получили право отключить системы его жизнеобеспечения. Таким образом, на Зелёном континенте создан судебный прецедент и последующие случаи применения эвтаназии не исключены.

В России эвтаназия законодательно запрещена Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В Республике Азербайджан запрет эвтаназии закреплён законодательно и по Уголовному кодексу эвтаназия «наказывается исправительными работами на срок до 2 лет либо лишением свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определённую должность или заниматься определённой деятель-

ностью на срок до 3 лет или без такового». В Казахстане осуществление эвтаназии запрещается в соответствии со ст. 141 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Вопрос о приемлемости добровольного ухода из жизни становится всё более актуальным по мере того, как растут биотехнологические возможности сохранения «жизни тела» при вполне вероятной «смерти мозга». Согласно актам Всемирной медицинской ассоциации, право пациента на достойную смерть, как и право на обоснованный отказ от медицинского вмешательства любого характера, включая продолжение или прекращение лечебных действий, не являются абсолютными. Тот или иной ответ больным на запрос такого рода свидетельствует о степени понимания обществом щепетильности проблемы эвтаназии. И это при том, что в 1950 г. на своём заседании в Нью-Йорке ассоциация категорически осудила эвтаназию.

Российский исследователь Евгений Фомичёв в диссертации «Эвтаназия как форма реализации права на смерть: общетеоретический аспект», защищённой в Тамбовском государственном университете им. Г.Р.Державина в 2006 г., задаётся следующим вопросом: можно ли считать такие общечеловеческие ценности, как честь и достоинство личности (включая и «достойную смерть»), приоритетными над самооценностью жизни? Вопрос остаётся открытым.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

А как у них?

Оттачивая движения

Многие люди, которые носят протезы после ампутации конечностей, используют их исключительно в эстетических целях. Функциональные заменители достаточно сложны, часто неудобны и двигаются ненатурально.

Большинство моделей, представленных на рынке, имеют крайние ограниченные возможности – например, механическая рука может сжать пальцы в кулак, разжать их и сделать ещё несколько элементарных движений, на этом её функции заканчиваются. При этом протез может издавать неприятные звуки или вибрировать. Кроме того, точность движений тоже оставляет желать лучшего, что может также создавать проблемы. Учёные работают над тем, чтобы сделать движения искусственных конечностей более похожими на движения настоящих с помощью компьютерного моделирования. На основе наблюдений за тем, как люди используют ноги или руки, пишутся специальные алгоритмы для лучшей работы протезов.

В Швейцарии, в Институте информационных систем университета HES-SO Valais-Wallis, Хеннинг Мюллер создаёт самую большую из существующих баз данных движений рук, чтобы потом передать её научному сообществу. Сейчас в этой базе 50 различных движений, измерения для которых сняты с 78 людей как с ампутированными конеч-

ностями, так и здоровых. Мюллер пояснил, что работа ведётся в сотрудничестве с физиотерапевтами, которые занимаются реабилитацией пациентов с ампутированными конечностями. Собранная информация поможет разработать алгоритмы, улучшающие двигательные возможности протезов, изготовить заменители конечностей более ловкими, что сделает их намного удобными для носителей.

Ещё один важный аспект работы Х.Мюллера – это исследование нейробиологических механизмов, работающих при ампутации. Учёный заявил, что до сих пор не изучено, каким образом утрата конечности отражается на мозге. Однако именно это необходимо понять для того, чтобы создать умные протезы, действительно заменяющие утраченную конечность и имеющие все её функции. В процессе изысканий он, например, выяснил, что существует связь между тем, насколько хорошо человек использует протез, и некоторыми другими факторами – в частности, временем, прошедшим с момента ампутации, а также интенсивностью фантомных болевых ощущений в утраченной конечности. Возможно, наличие этой зависимости объясняется большим количеством нейронных связей.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По информации
Medical Xpress.

Острая тема

Со спорной инициативой выступило Министерство здравоохранения Франции. На днях его руководитель Марисоль Турен и мэр Парижа Анн Идальго присутствовали на открытии в одном из госпиталей специального помещения, где люди, страдающие наркотической зависимостью, смогут легально получить инъекцию наркотика. Госпиталь Ларибуазьер (Lariboisiere Hospital), где расположена «комната уколов», находится рядом с Северным вокзалом, этот район считается криминальным. Франция стала десятой страной, где открылась такая комната, пионером в этом направлении стала Швейцария в 1986 г.

В будущем планируется создать ещё два таких же заведения – в Бордо и в Страсбурге. Министр здравоохранения страны назвала это начинание крайне важным в борьбе с зависимостью. Прежде всего, шприцы, которые предложат пациентам, будут стерильны, вместо героина и крэка будут менее опасные заменители. Кроме всего прочего, аргументом за открытие таких мест является то, что в них наркозависимые – зачастую бедные и больные – входят в контакт с медиками и социальными работниками, что позже может помочь при реабилитации. При использовании стерильных медикаментов также снижается риск получить инфекцию.

В помещении, где пациенты смогут сделать себе укол, предусмотрен отдельный вход.

Легальная доза



Ожидается, что туда будет приходить по 200 человек в день. Этим людям нужно будет пройти процедуру регистрации, но с них не потребуют называть настоящего имени, и полиция также не будет преследовать их после визита. Стоимость содержания «комнаты уколов» – около 1,2 млн евро в год.

Против инициативы выступил Филипп Гужон, политик из партии республиканцев. Он заявил, что создание подобных мест – это

первый шаг к легализации наркотиков, сигнал людям, что, хотя они и запрещены, но всё же их можно принимать. В то же время ещё в 2011 г. по статистике Министерства здравоохранения Франции более 10% наркозависимых в стране были больны ВИЧ, более 40% – гепатитом С. Основной путь передачи вирусов – грязные иглы и незащищённый секс.

Алина КРАЗЕ.
По информации ВВС.

Съезд открылся в Центральном доме детей железнодорожников – роскошном московском особняке конца позапрошлого века на Новой Басманной. Известно, что его первоначальный владелец купец Николай Стахеев, один из богатейших людей Российской империи, стал прообразом Ипполита Матвеевича (Кисы) Воробьянинова из романа «12 стульев» Ильфа и Петрова. Символично также, что церемония открытия проходила в Греческом (Белом) зале, украшенном барельефами и потолочной росписью на античные темы.

Отметим, что съезд был посвящён 70-летию Всесоюзного научного общества историков медицины (ВНОИМ), преобразованного в 1990-е годы в Конфедерацию историков медицины (КИМ). Любопытно, что было проведено всего три съезда ВНОИМ (Кишинёв, 1973; Ташкент, 1980; Кобулет, 1986), три съезда КИМ (1998, 2003 и 2009; все – Москва) и два съезда Российского общества историков медицины (РОИМ) (2014, 2015; все – Москва), включая учредительный съезд общества в апреле 2014 г. Краткой информацией об истории РОИМ открыл съезд председатель общества профессор Константин Пашков (Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова). С приветствием к его участникам обратились первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, председатель Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, президент Российской ассоциации медицинских сестёр Валентина Саркисова, директор ВНИИ железнодорожной гигиены Михаил Вильк.

После приветствий И.Каграманян вручил председателю РОИМ профессору К.Пашкову почётный знак «За активную работу по патриотическому воспитанию граждан Российской Федерации». Этой награды, помимо РОИМ, были удостоены 7 российских музеев истории медицины; 14 историков медицины были отмечены памятной медалью «Патриот России», а 12 человек получили почётные грамоты Министерства здравоохранения РФ.

На открытии съезда с докладом-лекцией о новом взгляде на периодизацию истории медицины выступил профессор Дмитрий Балацкий (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова). Рассматривая историю медицины сквозь призму истории науки, он предложил сделать акцент на изучении рациональной медицины, выделив 4 периода: 1) зарождение рациональной медицины (VI век до н.э. – II век н.э.); 2) протонаучный (II–XVI века), 3) период научной революции (XVII–XIX века) и 4) современной научной медицины (с XX века по настоящее время). Такой эпистемологический

подход, используемый историками и философами, представляется ему более плодотворным, нежели укоренившийся в истории медицины феноменологический подход.

Профессор Татьяна Сорокина из Российского университета дружбы народов рассказала об эволюции врачебной заповеди Non posere! (Не навреди!) с древности до наших дней и призвала историко-медицинское сообщество сомкнуть ряды и помогать

основными методами – исторический, диалектический, системный и индуктивно-дедуктивный с их вариантами.

Запомнилось выступление известного кардиохирурга профессора Михаила Алшибая (НЦССХ им. А.Н.Бакулева) о том, нужна ли хирургу (а если да – то зачем) история его специальности. Проследив этимологию слова «история» от индоевропейского корня «вед», он пытался обосновать общность слов «видеть» и

санитарного дела в республике. Профессор Константин Васильев из Одессы рассказал о деятельности Украинского научного общества историков медицины, прекратившего существование после распада СССР.

Особо выделим выступления почётного профессора Колорадского университета Мэри Конрой (Денвер, штат Колорадо, США), которая на прекрасном русском языке рассказала о фармацевтах и фармацевтической промышлен-

Во второй половине второго дня съезда в 3-этажном особняке XIX века в Большом Николоворобинском переулке, принадлежащем Национальному НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, состоялась презентация Российского музея истории медицины. На презентации, которую провела Нина Чиж, можно было увидеть походную аптеку Николая II и сигнатуры лекарств, прописанных лейб-медиком Евгением Боткиным членам императорской

Далёкое-близкое

В греческом зале

Что показал III съезд Российского общества историков медицины



Слева направо: Н.Чиж, О.Паренькова и К.Пашков на презентации Российского музея истории медицины

друг другу. В качестве эталона доброжелательного отношения к коллегам она привела своего учителя профессора Павла Ефимовича Заблудовского, часто не отвергавшего неудачные, на его взгляд, работы, а помогавшего их исправить.

Профессор Сергей Глянецв (Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева) ознакомил аудиторию с основными идеями и положениями изданных РОИМ методических рекомендаций для аспирантов и соискателей по проведению диссертационного исследования по истории медицины, написанных совместно с профессором Валерием Альбицким (НИИ педиатрии), входивших в делегатский набор. По мнению авторов, изучать историю медицины должен врач, владеющий методами исторического исследования. Главным в исследовании, считают С.Глянецв и В.Альбицкий, является критически отобранный и проанализированный источник, а

«ведать» (т.е. знать), а отсюда – своё увлечение живописью и коллекционированием предметов современного искусства. Первый день съезда завершился бурными дискуссиями по состоявшимся докладам в кулуарах, а также концертом артистов Большого театра в Готической столовой, где снимается одна из популярных телепередач.

На следующий день в другом купеческом особняке – на Воронцовом поле, где располагается Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, прошли секционные заседания съезда. На конференции «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» состоялось около 20 выступлений. Они были посвящены истории государственного здравоохранения в России, истории педиатрии, стоматологии и нейрохирургии, истории создания АМН СССР.

Гости из Белоруссии выступили с сообщениями об истории здравоохранения и развитии медико-

ности в России в начале XX века, и доклад директора Института истории медицины Рижского университета им. П.Страдыня Юриса Салакса (Латвия) об истории присуждения в 1908 г. Нобелевской премии по физиологии и медицине россиянину Илье Мечникову. Ю.Салакс рассказал, что он мечтает о создании международной передвижной выставки, посвящённой Мечникову, куда вошли бы артефакты из различных музеев России, Украины, Латвии и Франции.

Конференция завершилась блестящим выступлением Ольги Терёшкиной из Тульского медицинского института, посвящённым «тульскому Парацельсу» – врачу и общественному деятелю Викентию Смидовичу, отцу писателя Викентия Вересаева. В.Смидович умер, заразившись сыпняком от больного, которого он лечил.

Параллельно этой конференции в соседнем зале впервые прошёл симпозиум по истории сестринского дела и образования, на котором было заслушано 15 устных и 12 стендовых сообщений. Темы докладов охватывали как историю сестричества в целом (с древности до наших дней), так и её особенности в разных странах (Россия и Великобритания), в разных регионах страны (Республика Крым, Архангельская и Кировская области), в некоторых городах (Елец, Ижевск и др.), а также касались подготовки сестёр разных специальностей, сестринского образования и увековечения памяти выдающихся сестёр милосердия. С докладами выступили профессор и доценты – доктора и кандидаты наук, сёстры с высшим образованием и с учёной степенью, главные и старшие медицинские сёстры крупных лечебно-профилактических и научных учреждений, преподаватели медицинских училищ. Всего в работе симпозиума приняли участие около 30 делегатов съезда.

семьи, посмертные гипсовые маски хирургов Сергея Юдина и Александра В.Вишневого. Удалённый аппендикс Юрия Гагарина соседствовал с коллекцией стеклянных рентгеновских трубок. В другом зале выставлены муляжи из клиники кожных болезней Московского университета, а с высоты книжного шкафа на них взирал раскрашенная голова Ивана Павлова. На этюдниках вдоль стен выставлены портреты корифеев отечественной медицины, написанные в XX столетии. Недавно эта портретная галерея пополнилась изображениями наркомов и министров здравоохранения РСФСР, СССР и РФ. Один набор таких портретов РОИМ подарило Минздраву России, а второй будет храниться в возрождаемом музее.

Вечером 2 ноября съезд завершил свою работу. Его делегаты, представлявшие почти 400 историков медицины из более чем 40 регионов страны, уложив в портфели материалы съезда, первый том альманаха Opera Medica Historica и свежий номер журнала «История медицины», разъехались по городам и весям России, чтобы вновь встретиться в следующем году. В отличие от своих предшественников, РОИМ планирует проводить свои съезды ежегодно. И в этом мы видим залог его поступательного движения вперёд.

Хотелось бы пожелать организаторам съездов, чтобы на них были предусмотрены секционные заседания по преподаванию истории медицины, секция для молодых историков медицины – студентов, ординаторов и аспирантов, а в его работе участвовало бы больше профессиональных историков.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
профессор кафедры
истории медицины,
истории отечества и культурологии
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

Сегодня и вчера

В Чеченской Республике в эти дни идёт плановая вакцинация. Как известно, это мероприятие должно проходить в строгом соответствии с календарём прививок, например, против полиомиелита, гепатита, туберкулёза, кори и краснухи прививки делают с первых лет жизни. Притом что печальные последствия для непривитых людей, и в особенности детей, очевидны, зачастую отмечают примеры так называемой вакцинофобии: родители боятся осложнений, которые на самом деле крайне редки. Врачи, как никто другие, понимают это и стремятся обезопасить здоровье детей, показывая тем самым пример обывателям.

Так, главный врач Республиканской детской больницы Казбек Межидов привёл своего 3-летнего сына на плановую вакцинацию.

К слову сказать, истории известны примеры и гораздо более

«нестандартных» вариантов. Так, в октябре 1768 г. английский врач Томас Димсдейл сделал прививку оспы российской императрице Екатерине II. Она решила на себе «опробовать» средство,

Личным примером

У российской императрицы Екатерины II есть последователи на Северном Кавказе...

которое готовились внедрять в России. Через некоторое время был привит и наследник престола – Павел Петрович. Выражаясь современным языком, пример императрицы можно назвать рекламной акцией. Но нельзя забывать и о том, како-

му риску подвергала она свою жизнь, первой испробовав на себе вакцинацию. И риск этот оправдался – не только для неё, но и для очень многих её подданных. В итоге английский врач получил баронский титул, звание лейб-медика и большую пенсию.

Чеченские врачи баронских титулов не получили, и главная награда для них – здоровье детей, и своих, и вообще всех.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».
Чеченская Республика.

На литературный конкурс

Евгений ЗДОРОВЦЕВ

Экстремальная квартира

Нехорошие квартиры могут быть не только плодом фантазии знаменитых писателей, но и всё ещё нередко оказываются реалиями нашего времени.

Не меньше чем соседям знаменитого «Булгаковского дома» № 10 по Садовой улице не повезло жильцам дома № 13 на пересечении Коммунистического тупика и 1-й улицы Строителей капитализма.

Несчастья стали преследовать мирных обывателей этого строения с того самого дня, как в одной из его квартир начали селиться экстремалы.

Наиболее безобидным из них был самый первый. Молодой человек весьма приятной наружности, доставлявший некоторые неприятности соседям тем, что взлезал по отвесной стене на верх дома без видимых приспособлений и причин, попутно заглядывая в окна соседей, а поначалу ошибочно проникающий в их квартиры.

Жильцов это настораживало, бесило, а некоторых очень даже пугало. Одни начинали подозревать в новом соседе домшника, а другие и того хуже – работника неизвестных спецслужб.

Однако вскоре жильцы облегчённо вздохнули – экстремальный парень исчез. По слухам молодой человек пошёл на повышение – его переселили в недавно построенную высотку.

Но слишком рано радовались старожилы. На его место поселился экстремал по кличке «Тарзан». Этот новый их сосед, наоборот, любил выпрыгивать из окна своего 7-го этажа с верёвкой на ногах. Раскачиваясь на этой «тарзанке», он частенько пролетал не только мимо окон своего, но ещё и соседних подъездов. Порой спортивное мастерство подводило этого нового экстремала, и он, иногда, разбивая наглухо закрытые окна, оказывался в квартирах смертельно перепуганных жильцов, шокированных столь неожиданным и оригинальным визитом.



Но вскоре и «Тарзан» исчез. Однако счастье это длилось не долго. «Свято место пусто не бывает» – гласит давняя и мудрая пословица и где-то даже поговорка, а точнее, примета. И действительно в один из зимних студёно-морозных дней в нехорошей квартире появился тип, видимо, давно вставший на скользкий путь. Этот новый экстремальный сосед тут же залил ступени всех лестничных маршей водой, устроив тем самым себе трассу для скоростного спуска на коньках. А если учесть, что лифт в этом доме не ремонтировался ещё со времён первых пятилеток, то жильцы, привыкшие маршировать только по этим лестницам, чуть не отбросили коньки. Однако те из них, кто привык торопиться на работу, как на пожар, нашли запасной выход – стали выскакивать из дома по пожарной лестнице.

Весной, когда лёд на лестнице растаял, испарился и этот отморозок. Но снова зря возрадовались жильцы экстремального подъезда этого дома. Судьба приготовила им ещё одно суровое испытание.

В нехорошей квартире поселился совершенно необычный экстремал – бывший заслуженный работник совка, метлы и лома. И хотя, как у нас говорится, «против лома нет приёма», у этого заслуженного работника приём был всегда. Он не гнушался останкнуться самогоном, бормотухой, антифризом, одеколоном и т.д., и т.п. Однако больше всего уважал «Экстру». Но её, как правило, не хватало, и потому новый экстремал имел пугающую всех привычку (заслышав стук шагов на лестнице) выскакивать из своей квартиры и хватать любого первого встречного соседа за грудки, категорически требуя гуманитарной помощи и объясняя

словами и жестикуюляцией, что ему «Экстры» мало!

Спасло нехороший подъезд от нашествия последующих экстремалов только то, что в доме этом никогда не проживал никто из знаменитостей, а тем более из великих. И потому государство не объявило это дряхлое строение памятником истории, а просто передало в частные руки тем, кто вскоре вложил собственные капиталы в его ремонт.

После этого в доме не осталось ни одной, даже нехорошей квартиры, не говоря уже о жильцах. Зато появилось множество офисов нехороших фирм. Ну а о том, какие экстремальные сюжеты происходят за их дверями, в наши дни можно узнать из многочисленных криминальных романов и экстренных выпусков теленовостей.

Москва.

Откровения юмориста

Виктор КОНЯХИН

Страсти нашего века

Кухонный диалог

Табуретка говорит стулу:
– Зачем тебе спинка?!

– А мне хозяин иногда доверяет свой пиджак поднадеть!

* * *

Вася-кот приходит к ветеринару:

– Хочу поменять пол.

Ветеринар:

– Могу сделать из вас Жучку.

– Почему Жучку?! Я хочу стать Муркой!

– Муркой уже стал пёс Трезор.

Торг

Вошли в рынок.

Купили себе новую Конституцию.

Почитали, захотели вернуться обратно.

А выход – платный.

Молись – не молись...

Почему наши молитвы не доходят до Бога?!

На космических дорогах слишком много чёрных дыр.

Альтернатива

Всем надоели любители гонок на иномарках.

Я придумал выход из авто-тупика. Надо не материться, не гоняться за лихачами, а пойти им навстречу. Для любителей адреналина следует построить дублёры московских улиц.

Признание

– На каком основании вы владеете этим особняком?

– На правах рекламы рыночного государства.

Причины и следствия

Молния – сверкнёт
Гром – зарежит.

Туча – умоется.

Человеку же приходится сапоги надевать.

г. Талдом.

Московская область.

Аромат					Карре-рас	Патолог. полость в органе	СКАНВОРД							Аборигены Малайзии		Амер. хирург		Негласно																							
Вид кожи		Панто-празол		Один из Аяксов			Глазные капли									Роман Войнич		Музей, Париж	Замок, Иордания			Город, Курская обл.																			
Вычитание					Южное созвездие	Спил-берг	Повесть Чехова	Родственник карпа		Метал. профиль		Плоская масса вещества		Укр. певица								Деньги, Латвия																			
Титул, Турция		Народная картинка		"Зигзаг удачи", актер								Плоскогорье, Сахара							Насекомое																						
				В. Миннелли, фильм	Япон. писательница		Теперь (устар.)	Крученая нить		Эдем				Кромвель	Оксалиплатин																										
	Англ. единица длины		Присуждает премии			Перу-мов		Можжевельник		Приток Дуная		Отеч. холодильник	Новый Год у мордвы						...-два (воин.)																						
				"Волки и ..."			"Страна ...", Баум	Франц. психолог																																	
	Сорт винограда		Рос. композитор			Ядовитая трава																																			
Автор Валерий Шаршуков				Франц. писатель	Кавалерийский набег			Нет-ребко																																	
														Э	В	Е	Н	К		О															П	А	Р	К		П	А
														О		А			В	А	Л	У	А			Ш	Т	А	Н	Г	А		Ш			О		Е	Н		
														Б	Е	Р	Е	Т	А		Е			Л		Р		О		М	Е	Д		В	А	Р	Н	А			
														Е	Я				К	О	К	О	Р	И	Н	О	В		Л	Е	О	Н	А	Р	Д		С	О	Л		
														Р	У	Г	А			Л	О	Р		З		Т	О	Л	Ь	С	О	Р		О	З	Е	Р	О			
														Т			Н	А	Д	Я		А	Л	О	Э		Н		Д		Т		Т	У	Р		Н	А	Й		
														О	К	Т	А	В		П	И	Т	Е	Р		Б	А	Л	О	К											
														Н			М	А	Р	К		О	Д	И	Н	А		У	Н	О											
																	А	З		А	В	Р	А	Л		Х	У	Г	И	Н											

Ответы на сканворд, опубликованный в № 88 от 23.11.2016

Ответы на сканворд, опубликованный в № 88 от 23.11.2016.