

Ориентир

Островок здоровья в суровом крае

Специалисты ямалского окружного центра медицинской профилактики идут к школьникам



Центр медицинской профилактики Ямало-Ненецкого автономного округа проводит целенаправленную работу по формированию здорового образа жизни в своём суровом по климату регионе. Особое внимание здесь уделяют сбережению и укреплению здоровья школьников.

Недавно в одной из надымских школ прошёл квест «Профилактический ликбез», посвящённый профилактике и борьбе со СПИДом. Команды старшеклассников получили возможность не только пополнить копилку знаний о ВИЧ-инфекции, но и прямо в школе многое узнать о своём здоровье.

В ходе игры ребята выполняли задания, так или иначе связанные с понятием ВИЧ/СПИД, рассматривая

Медики Ямала в считанные секунды могут вывести на «чистую воду» курящего подростка

его в различных аспектах: правовом, социальном, медицинском. Самое живое участие в этом процессе приняли специалисты ямалского Центра медицинской профилактики, которые организовали так называемый островок здоровья.

— Наша цель сегодня — напомнить юному поколению надымчан, что опасность заражения ВИЧ-инфекцией реально существует и может коснуться каждого, — отметила заместитель главного врача центра кандидат медицинских наук Наталья Половодова.

На этом же «островке здоровья» все желающие смогли пройти экспресс-диагностику и узнать, в норме ли функция лёгких, какова насыщенность крови кислородом. Особый

интерес вызвало исследование, позволяющее определить уровень угарного газа в лёгких. Такой тест за считанные секунды позволяет вывести на «чистую воду» человека, который курит, — прибор ясно показывает, пристрастен ли испытуемый к пагубной привычке.

Взрослым участникам акции специалисты предложили бесплатное тестирование на ВИЧ. Достоверность исследования составила 98,4%, а ждать результатов нужно не более 10 минут.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Ямало-Ненецкий автономный округ.



Михаил ЕРЁМУШКИН, профессор Российского научного центра медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России: Международный чемпионат по массажу доказал, что в России немало мастеров, которые возвращают людям возможность полноценно жить и трудиться.

Стр. 5



Валентина САРКИСОВА, президент Ассоциации медицинских сестёр России: Медицинские сёстры — движущая сила перемен и основной ресурс здравоохранения.

Стр. 6-7

Аркадий ВЁРТКИН, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор: Всё, что происходит в лечебном учреждении, включая педагогическую и научную работу, должно проводиться непосредственно с больным.

Стр. 12



Перемены

Пластическая хирургия получает развитие

В ближайшие 1,5-2 года в крупных российских медучреждениях, как федеральных, так и региональных, могут появиться штатные пластические хирурги. Об этом сообщила главный пластический хирург Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессор Наталья Мантурова.

«За последние годы произошёл значительный рывок в развитии и профессиональном определении пластической хирургии, — отметила Н.Мантурова. — Функции пластической хирургии входят далеко за рамки ре-

шения чисто эстетических задач, вопросы реконструктивной хирургии имеют в нашей специальности главное значение. В ближайшие годы в ведущих медицинских центрах в штатном расписании должны появиться пластические хирурги».

Наряду с этим, акцентировала она, что одним из важных вопросов в развитии пластической хирургии в России является её интеграция в систему ОМС. «Это даст возможность сделать пластическую реконструктивную хирургию доступной для всех граждан России и корректировать последствия травм, локальных ожогов, врождённые или приобретённые дефекты, для устранения которых не требуется применения высокотехнологичных методик», — считает Н.Мантурова.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

Проекты

Оперативно и эффективно

Пилотный проект по организации совместной работы бригад скорой и неотложной медицинской помощи реализуется в Зеленоградском административном округе Москвы на базе окружной подстанции скорой медицинской помощи.

Отныне все экстренные и неотложные обращения граждан по номеру 103 поступают в Единый городской диспетчерский центр скорой и неотложной медицинской помощи. Кроме того, для врачебных бригад неотложки разработаны эффективные алгоритмы оказания медицинской помощи. Повысится и уровень оснащённости медицинских бригад.

«Централизованный приём всех вызовов позволит оперативно реагировать на обращения пациентов, исчезнет риск несвоевременности передачи информации, звонок будет обработан в режиме «одного окна» с обязательным контролем конечного результата, — отметил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. — Выездные бригады будут обеспечены современными планшетами, в которых установлена комплексная автоматизированная система управления. С её помощью выстраивается маршрут доезда с учётом транспортной ситуации на дороге».

Примечательно, что префект Зеленоградского административного округа столицы Анатолий Смирнов также заинтересован в успехе пилотного проекта. «Преимущества организации Единого городского диспетчерского центра скорой и неотложной медицинской помощи очевидны. Ведь его главная задача — оказать медицинскую помощь жителям максимально быстро и качественно. Для Зеленограда это важный социальный проект», — заявил он.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Москва.



Новости

Помогут кубинские коллеги

Во время открытия Межрегиональной научно-практической конференции о лечении осложнений сахарного диабета, состоявшейся недавно в Ярославле, было отмечено, что число случаев этого заболевания продолжает увеличиваться, становится больше осложнений, в частности, поражения органов зрения, мочевыделения, нервной и сердечно-сосудистой систем. Одним из наиболее опасных последствий является диабетическая стопа. Данное состояние приводит к инвалидности и даже к ампутации конечностей. После этой операции до 60% пациентов погибают в течение 5 лет.

Больным с осложнениями сахарного диабета требуется помощь специалистов разных профилей – хирургов, офтальмологов, неврологов, эндокринологов, протезистов и других. Для комплексного лечения таких пациентов в ряде регионов России создаются мультидисциплинарные центры. «Такое учреждение может быть организовано и в нашем регионе. Все возможности для этого есть», – заявил заместитель председателя правительства Ярославской области Виктор Костин.

Российских специалистов поддержал советник посла Республики Куба в России Роландо Сайяс, который поделился опытом лечения осложнений сахарного диабета лекарством, разработанным учёными Острова свободы. Препарат зарегистрирован в России и включается в пилотные проекты по лечению последствий диабета. Он помогает уменьшить число пациентов, которым требуется ампутация конечности.

О комплексном лечении диабетической стопы говорили ведущие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода. Они рассказали об опыте оказания медицинской помощи таким пациентам, в том числе с применением инновационных методик.

Елена МАРЬИНА.

Ярославль.

Плюсы централизации лабораторий

В Москве на IX Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество – 2016», объединившей представителей федеральных и региональных министерств, руководителей государственных и частных медицинских учреждений всех субъектов Российской Федерации, а также стран Европы и Азии, особое внимание было обращено на успешно внедрённый в повседневную практику проект, представленный руководителями Омского областного клинического диагностического центра.

С докладом «Централизация лабораторной службы как подход к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности» выступила главный врач диагностического центра Наталья Орлова. Такой службы пока нет ни в одном региональном лечебно-профилактическом учреждении России, а плюсы её централизации при реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования очевидны. Это и значительная экономия финансов в здравоохранении региона через концентрацию ресурсов, и доступность для людей, живущих за сотни километров от областного центра, которым теперь достаточно сдать кровь на исследование в местных ЦРБ, и повышение клинической эффективности и уровня профилактики, и многое другое.

Таким образом, как отметила участвовавшая в конференции «Медицина и качество – 2016» заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, в Омской области создан высокотехнологичный лабораторный комплекс в государственном секторе, способный обеспечить высокое качество и безопасность медицинской деятельности. Централизация открывает большие перспективы развития лабораторной медицины в провинциальном здравоохранении.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

Акценты

Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина официально сменил статус и название. На днях он стал Сибирским федеральным биомедицинским исследовательским центром им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России.

Следует отметить, что за 59 лет существования учреждения это его вторая трансформация. Созданный в конце 50-х годов прошлого века в числе первых организаций Сибирского отделения Академии наук СССР, сначала это был Институт экспериментальной биологии и медицины, а с 1967 г. он стал называться НИИ патологии кровообращения. После смерти своего основателя, академика Е.Н.Мешалкина, клиника получила его имя, и расставаться с ним коллектив не желает.

Какие перспективы открывает перед теперь уже бывшим ННИИПК его новый статус? На этот вопрос «Медицинской газеты» ответил директор Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра академик РАН Александр Караськов:

– По сути, решение Министерства здравоохранения РФ о переименовании нашего института стало результатом работы, которую мы начали ещё в 2007 г. Именно тогда были сделаны первые шаги по созданию на базе Новосибирского НИИПК с участием ряда институтов СО РАН национального исследовательского центра кластерного

Новое название,
но имя – прежнее

Перед центром хирургии в Сибири открываются ещё более интересные перспективы



Академик РАН А.Караськов

типа, где велась бы разработка новых технологий с последующим внедрением их в практику других медицинских центров страны. Для реализации данной идеи мы давно и активно начали сотрудничать не только с российскими академическими институтами, но также с партнёрами из США, Италии, Германии, Франции, Великобритании, Японии в рамках международных грантовых программ.



Главный корпус центра производит весьма серьёзное впечатление

Речь идёт не только о появлении новых хирургических технологий, хотя мы были и остаёмся центром хирургии в разных её направлениях и технологических вариантах: интервенционной, гибридной, симультанной, сосудистой, а также кардио-, нейро- и онкохирургии. Но в дополнение к этому вновь создаваемый кластер имеет целью содействовать развитию персонализированной медицины, а именно – вести работы в области клеточных технологий, также создавать биотехнологические расходные материалы для хирургии – стенты, графты, клапаны, сосуды. На сегодняшний день в нашем биобанке уже более 115 клеточных линий, с которыми работают учёные центра и институтов СО РАН. Это максимальный результат в России.

Что касается структуры центра. В его составе будет 4 крупных научно-клинических организации. Это Институт новых хирургических технологий, куда войдут все подразделения бывшего НИИ патологии кровообращения по профилям: кардиохирургия, сосудистая хирургия и трансплантология. Далее, Институт нейрохирургии и онкохирургической радиологии с несколькими профильными центрами. Третье подразделение – Институт интервенционной кардиологии и эндоваскулярной хирургии, объединивший всю научную и клиническую аритмологическую тематику. И четвёртое подразделение – Институт клеточных технологий и персонализированной медицины, в составе которого более 10 разных исследовательских лабораторий.

Таковы задачи первого этапа. А дальше, по мере реализации изначальных научных планов, будут появляться новые идеи и, возможно, новые подразделения.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новосибирск.

Тенденции

«Ранние пташки»
слетелись на торжество

В перинатальном центре Амурской областной клинической больницы уже стало доброй традицией встречаться с малышами, родившимися раньше срока и с низкой массой тела. Недавно к докторам, которые приложили все усилия для того, чтобы выходить таких крохотных пациентов, пришли около 30 родителей с детьми, а некоторые и с двойнями. И даже была одна тройня!

Это был на самом деле праздник жизни и радости. Были счастливы родители, врачи, медицинские сёстры, вокруг было множество цветов, улыбок, весёлого смеха и самых положительных эмоций. Всем детям, пришедшим на встречу, подарили значки с надписью «Ранние пташки» – на память об этом дне.

«Мы помним и любим всех наших детей!» – выразила общее мнение сотрудники центра невролог-неонатолог Яна Оноприенко. – Всех,

кто был самым первым нашим выпускником и до этих дней. Они с нами все эти годы, мы о них всё знаем. Очень приятно их видеть здоровыми, весёлыми, эмоциональными. Это то, ради чего мы работаем, переживаем, во что вкладываем свою душу. И вот он – результат налицо. Это такая радость! И то, что они к нам пришли, пожелали с нами увидеться, о многом говорит!»

«Выхаживание детей, родившихся с низкой массой тела, в том числе глубоко недоношенных, – это высокотехнологичная медицинская помощь, которую оказывают сотрудники нашего центра, врачи, средний медперсонал, – сказал, открывая встречу, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи областной больницы, главный специалист Министерства здравоохранения Амурской области по акушерству и гинекологии Анатолий Судаков. – Весь коллектив нашего центра приложил много усилий для того,

чтобы помочь таким малышам. Я очень рад, что всё оказалось не напрасным и что вы сегодня пришли к нам такие весёлые, полные жизни и радостных эмоций. Я сердечно приветствую всех вас в нашем центре!»

После официального открытия в неофициальной, а очень свободной обстановке (главные ведь были малыши!) для виновников торжества начались игры и различные весёлые конкурсы со сказочными героями. И глядя, как эти забавные ребятишки смеялись, визжали от восторга, бежали и резвились, трудно было представить, что ещё недавно их жизни висели буквально на волоске. Но их спасли те, кто сейчас с улыбкой, светом и радостно наблюдал за ними – профессионалы своего нелёгкого дела, настоящие волшебники в белых халатах.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

15 декабря 2016 г. ушёл из жизни замечательный человек, известный хирург, учёный, педагог, доктор медицинских наук, профессор

Виктор Юрьевич
МОРОЗ.

Виктор Юрьевич родился 8 декабря 1935 г. в Мелитополе. В 1960 г. окончил лечебный факультет Крымского государственного медицинского института. Работал хирургом районной больницы Джанкоя и областной больницы Симферополя.

С 1965 г. жизнь и трудовая биография Виктора Юрьевича были связаны с Институтом хирургии им. А.В.Вишневского. Он прошёл путь от аспиранта до руководителя отделения реконструктивной и пластической хирургии. В течение 18 лет с 1985 по 2003 г. был заместителем директора Института хирургии по научной работе.

У Виктора Юрьевича Мороза был широкий круг научных исследований. Он впервые разработал и внедрил в клиническую практику реконструктивные вмешательства на магистральных сосудах в онкологии, обосновал и использовал метод остановки кровотечений из тазовых венозных сплетений с помощью свободного мышечно-фасциального лоскута. Им предложены оригинальные хирургические вмешательства при устранении последствий ожоговой травмы, в том числе с применением баллонной дермотензии и микрохирургической техники.

Профессор В.Ю.Мороз – автор более 190 научных работ, монографий, авторских свидетельств. Под его руководством выполнено 6 докторских и 14 кандидатских диссертаций.

Он награждён орденом Дружбы народов (1994), орденом Почёта (2006), дважды удостоен звания лауреата Премии Правительства РФ в области науки и техники (1997 и 2006), звания Заслуженного деятеля науки РФ (1998).

Виктор Юрьевич обладал невероятным личным обаянием, высокой эрудицией, удивительным чувством юмора и умением дружить.

Сотрудники Института хирургии им. А.В.Вишневского всегда с большим уважением относились к Виктору Юрьевичу и запомнят его как внимательного и отзывчивого человека, мудрого и терпеливого наставника.



В центре внимания

Как выполняются поручения?

Президент РФ на рабочей встрече с министром здравоохранения Вероникой Скворцовой напомнил, что большой раздел в Послании к Федеральному собранию РФ был посвящён развитию здравоохранения.

– Мы продолжаем активно работать по улучшению состояния охраны материнства и детства, – отметила В.Скворцова. – В этом году мы сдали 10 новых перинатальных центров, до конца года в строй войдут ещё 5 и на протяжении следующего года – 17. Таким образом, в 2016–2017 гг. мы окончим формирование трёхуровневой системы оказания помощи беременным женщинам и новорождённым детям.

Модернизация службы приносит свои результаты. По итогам 10 месяцев текущего года показатель младенческой смертности – 5,9 на 1000 родившихся живыми, то есть удалось снизить его практически на 11%. Также достаточно резко снижается материнская смертность – 10 на 100 тыс. родившихся.

Президент поинтересовался, как соотносятся эти показатели с данными Еврозоны.

– Это лучше, чем в Европейском регионе ВОЗ: там 6,5–6,6, – пояснила В.Скворцова. – И лучше, чем в США: 6,6. Думаем, что в ближайшие годы лучшим показателем.

Как пояснила министр, второе направление – это высокотехнологичная медицинская помощь. За этот год существенно увеличили дополнительные объёмы ВМП. Уже пролечено около 900 тыс. больных. По результатам года удастся выйти примерно на 940 тыс.

В этом году принят федеральный закон о новой системе финансового обеспечения ВМП. Это позволит на следующий год сохранить темпы

роста, и мы выйдем минимально на 960 тыс. пролеченных больных, а с 2018 г. их будет уже более миллиона.

То есть впервые за российскую историю фактически будет удовлетворена в полном объёме потребность населения в ВМП. Уже сейчас время ожидания существенно сократилось: для взрослых – это около 3 недель, и для детей – менее 2. По многим видам ВМП сейчас уже вообще нет очередей.

Далее В.Скворцова отчиталась о выполнении задачи – улучшить качество первичной медицинской помощи. Для этого определено два важнейших механизма: повышение качества подготовки и квалификации медицинских работников и улучшение самих условий труда, в том числе – внедрение новых цифровых технологий, широкая информатизация здравоохранения.

Портал для непрерывного медицинского образования создан в этом году. На нём уже сейчас размещено около 6 тыс. образовательных программ, в том числе 2 тыс. – для врачей первичного звена. Работает экспертное сообщество, которое создаёт образовательные программы по всем основным медицинским профилям. Соответственно, на будущий год будет уже не менее 10–15 тыс. программ.

Программы позволяют по индивидуальной траектории выбрать тот образовательный путь, который нужен врачу. Причём выбрать в трёх модулях: не только теоретическая подготовка, но и работа в симуляционно-тренинговом центре, стажировка на рабочем месте.

Сейчас порталом пользуются уже 35 тыс. врачей. Но, естественно, с учётом того, что в здравоохранении около 700 тыс. работающих врачей,

за ближайшие годы он должен стать фактически субтотальной системой.

– Кроме того, мы подготовили интерактивные модули, которые позволяют повышать квалификацию и определять коэффициент полезного действия усвояемости знаний, – заявила министр. – Таких модулей в этом году подготовлено 548, на будущий год их будет около тысячи, через год – около 2 тыс.

То есть это и есть наилучшая в мире, зарекомендовавшая себя система постоянного самообразования, причём с рабочих мест. На сегодняшний день информатизировано 65% рабочих мест врачей, прежде всего в первичном звене. Надеемся в конце 2018 г. выйти не менее чем на 98% охвата.

Таким образом, создаются принципиально новые возможности. Это дистанционное образование, электронный документооборот, который высвобождает до 30% рабочего времени врача, структурирование рабочего дня и множество других позитивов, которые предоставляет информатизация.

Параллельно, для того чтобы улучшить положение участкового врача, министерство пересмотрело все документы, с которыми сталкивается врач, и сократили в 2015 г. 20 форм: сейчас заполняется только 3. Кроме того, часть функций перенесена на средний медицинский персонал и в каждой поликлинике создан специальный кабинет для такого приёма.

– Работа по этому направлению продолжается, – объяснила министр. – Надеемся, что ваше поручение будет выполнено максимально эффективно.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Официально

Как будут проверять экспертов

Министерством здравоохранения РФ разработан порядок формирования и деятельности квалификационных комиссий.

Проектом определяется состав, правила формирования и сфера деятельности квалификационных комиссий по аттестации экспертов на право проведения экспертизы биомедицинских клеточных продуктов в целях их государственной регистрации.

Документ устанавливает, что в состав комиссии должны входить сотрудники Минздрава России, а также представители научных, образовательных и иных организаций, деятельность которых непосредственно связана с вопросами экспертизы биомедицинских клеточных продуктов.

Аттестация проходит в несколько этапов. В первую очередь кандидаты предоставляют все необходимые документы, которые рассматриваются в течение 20 календарных дней. После проверки документов комиссия письменно уведомляет кандидата о его допуске или отказе к дальнейшим этапам аттестации: тестированию и собеседованию.

Профессиональная подготовка экспертов оценивается по двухбалльной системе «удовлетворительный/неудовлетворительный». Если по итогам открытого голосования члены Комиссии приняли положительное решение, то Минздравом России издаётся приказ, в соответствии с которым эксперт считается аттестованным на 5 лет.

Соб. инф.

Санитарная зона

В Приморском крае улучшилась эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу. Только в этом году обследование на туберкулёз прошли почти миллион местных жителей. Такие данные были озвучены в ходе заседания Комитета по социальной политике Законодательного собрания края.

Палочка Коха отступает

Как рассказал депутатам директор краевого Департамента здравоохранения Андрей Кузьмин, в 2016 г. в Приморье отмечена положительная тенденция – рост смертности от туберкулёза снижен более чем на 15%.

– Борьба с заболеванием в регионе ведётся через профилактику и раннее выявление, – отметил глава ведомства. – В этом году значительно увеличился охват населения, прошедшего флюорографию и другие способы профилактических осмотров. Помимо этого, внедрена программа по проведению химио-профилактики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных, а также проведено дополнительное обучение врачей по диагностике и лечению туберкулёза.

Увеличить количество обследований удалось за счёт приобретения нового оборудования в рентгенкабинеты, увеличения количества лабораторных исследований и объёмов закупаемых ме-

дицинских препаратов. До конца года планируется приобрести ещё два передвижных флюорографа за счёт средств краевого бюджета.

– Пройти диагностику сегодня можно в двух краевых противотуберкулёзных диспансерах, двух отделениях и 26 кабинетах по всему Приморью, – уточнил А.Кузьмин. – Кроме того, в регионе работает детская туберкулёзная больница. Лечение проводится также и для лиц, отбывающих наказание в уголовно-исполнительной системе, для них развёрнуто более 2 тыс. мест.

На протяжении всего 2016 г. в Приморье проведена большая работа по привлечению внимания общественности к проблеме туберкулёза и его профилактике, точечная работа ежегодно проводится и с крупнейшими работодателями региона.

Николай ИГНАТОВ.
МИА Сити!

Владивосток.

Ситуация

Осторожно: агрессивный ребёнок



Главный детский специалист по медицинской реабилитации Минздрава России Татьяна Батышева предложила ввести ответственность для родителей за отказ отправить ребёнка на обследование к неврологу, если он проявляет агрессию в школе.

– Не секрет, что есть такие детки, которые ведут себя очень агрессивно в классе, – сказала Т.Батышева. – Некоторые дерутся, срывают уроки. Они получают удовольствие, когда кого-то обижают и так далее. И когда учителя вызывают родителей этих детишек, то те либо улыбаются, либо отказываются приходить, но, во всяком случае, специализированную помощь своему ребёнку не оказывают. Мне кажется, что надо говорить об ответственности родителей в таких случаях, – считает детский специалист.

По словам Т.Батышевой, повышенная агрессивность у детей может свидетельствовать о первых проявлениях тяжёлых психических заболеваний, а их раннее поможет вовремя скорректировать болезнь или даже полностью излечить её.

«Если мы рано выявляем какие-то психические отклонения у школьника, то их можно скорректировать, и в дальнейшем ребёнок может быть абсолютно здоров. Важно в этой ситуации как можно раньше обратиться к профильному специалисту. Общество должно совершенно чётко отреагировать на эту ситуацию, а сегодня ни педагог, ни какой-то другой человек не вправе заставить родителя пройти обследование у специалиста своего ребёнка. Поэтому такая действительно очень важная, актуальная проблема существует», – заявила Т.Батышева.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Сити!

Из первых уст

На расширенном заседании Комитета Совета Федерации по социальной политике были рассмотрены изменения в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г., а также основной финансовый документ ФОМС на 2017-2019 гг.

Изменения в бюджете ФОМС

В ходе обсуждения законопроектов председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко отметила, что вносимые в бюджет этого года изменения связаны с финансовым планированием на 2017 г.

«Исключается дотация на сбалансированность, которую традиционно в последний рабочий день текущего года фонд должен перечислить федеральному бюджету. Эти средства в размере 91,2 млрд руб. переходят в виде остатка на покрытие дефицита 2017-2018 гг.», – проинформировала сенаторов руководитель ФОМС.

Говоря о бюджете фонда на 2017-2019 гг., Н.Стадченко подчеркнула: «Приоритет субвенций обеспечивает выполнение указов Президента РФ по повышению зарплат медицинских работников. В 2017 г. – к концу 2018 г. зарплата врачей составит 180% к средней по экономике региона, среднего медперсонала – 90%, младшего – 80%. В 2018 г. – 200, 100 и 100% соответственно. В 2019 г. будет поддерживаться достигнутый уровень зарплат».

Кроме того, руководитель Федерального фонда ОМС сообщила, что бюджетом предусмотрен рост подушевого норматива на 2017 г. на 5,4% – его размер составит 8896 руб. на застрахованного, в 2018 г. – 10 379 руб. (рост на 16,7%), в 2019 г. – 10 917,1 (рост – на 5,2%).

На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, как и в 2016 г., планируется выделить обособленные целевые средства в размере 96,7 млрд руб. ежегодно в течение 3 лет.

«На реализацию программы «Земский доктор» в 2017 г. предусмотрено 3,2 млрд руб., – сообщила также руководитель ФОМС. – В соответствии с заявками Фонда социального страхования будут обеспечены родовые сертификаты. На эти цели предусмотрено 18,1 млрд руб. – в 2017 г., 18,2 млрд – в 2018 г., 17,4 млрд – в 2019 г.»

В ходе заседания обсуждался вопрос подсчёта населения, застрахованного в системе ОМС. «В рамках действующего законодательства численность работающего населения определяется по состоянию на 1 апреля. Федеральный фонд ОМС совместно с субъектами РФ до конца сентября осуществляли выверку всего работающего населения. Данные по регионам субъекты подтвердили сопроводительными письмами за подписью глав регионов», – сообщила Н.Стадченко.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Москва.

В городе Шенкурске Архангельской области уже третий год реализуется новый совместный российско-норвежский проект «Муниципальный регистр травм и профилактика травматизма». Проект реализуется совместно с Норвежским институтом общественного здравоохранения (НИОЗ) и финансируется грантом Министерства здравоохранения и социального обеспечения Норвегии. Руководитель проекта – заведующий Центральной научно-исследовательской лабораторией (ЦНИЛ) Северного государственного медицинского университета (СГМУ), старший советник НИОЗ Андрей Гржибовский. В Шенкурске проект координирует руководитель отдела инновационных программ ЦНИЛ СГМУ Александр Кудрявцев. Сотрудничающие стороны убеждены в том, что благодаря проекту возможно снизить количество травм и повысить качество жизни шенкурян, а также использовать полученный опыт и в других регионах России. Долгосрочная перспектива проекта – сделать Шенкурск первым в России городом со статусом «Безопасное сообщество».

предложил сделать маленький город Шенкурск первым в России городом со статусом «Безопасное сообщество». Идея вызвала большой интерес в Норвежском институте общественного здравоохранения, который участвовал в создании безопасных сообществ в Норвегии несколько десятилетий назад, и под его руководством разработана совместная заявка на финансирование проекта. Проект получил грантовую поддержку Министерства здравоохранения и социального обеспечения Норвегии. Как следствие, в Шенкурске уже

отдыха, повседневных занятий на приусадебных участках, в жилых помещениях, на улицах города. Например, устранение скользких поверхностей, продвижение противоскользких приспособлений также имеют потенциал стать эффективными мерами снижения травматизма. Особый акцент должен быть сделан на сокращение потребления алкоголя и снижение рисков травматизма в состоянии алкогольного опьянения, предотвращение межличностного насилия. Мужчины трудоспособного возраста и дети являются наиболее уязвимыми группами и требуют

имеющих образования или работы. Отбор в группу идёт при взаимодействии с полицией.

«Мы занимаемся обустройством газонов в муниципалитете, убираем снег у домов пожилых горожан, много работаем на благоустройстве зон отдыха, – рассказывает норвежский активист Ойстейн Рёрволл. – Возим песок пожилым людям в целях предотвращения травматизма в зимнее время. На лечение перелома шейки бедра требуется 500 тыс. норвежских крон, а средняя продолжительность жизни после этой травмы – всего 3 года. В среднем мы обслуживаем

По принципу интеграции

Концепция «Безопасное сообщество» родилась на I Всемирной конференции по предупреждению и контролю травматизма в 1989 г. в Стокгольме вместе с манифестом о том, что «все люди имеют равное право на охрану здоровья и безопасность». С 1989 г. Каролинский институт (Швеция) стал сотрудничающим с ВОЗ центром по содействию общественной безопасности. На сегодня этим центром сертифицировано 347 безопасных сообществ по всему миру в соответствии с набором 7 индикаторов, которые существуют в неизменном виде с 2001 г. Эти индикаторы отражают полноту работы по повышению безопасности и являются своего рода гарантией того, что на международном уровне разные сообщества преследуют одни и те же цели.

Основная цель модели – обеспечение всех видов безопасности, предотвращение травматизма во всех областях, для всех возрастов, во всех средах и ситуациях при взаимодействии правительства, неправительственных и общественных секторов, что предполагает наличие местной инфраструктуры, коалицию местной власти, бизнеса и неправительственных организаций. Опыт международного движения безопасных сообществ также показал, что эффективная борьба с проблемой травматизма на уровне города возможна, если она строится на основании достоверных систематически собираемых местных данных. Так, норвежский город Харстад достиг более чем двукратного снижения частоты травм во многом благодаря многолетнему опыту сбора и анализа данных обо всех травмах, происходящих на его территории, а также своевременному реагированию на вызовы, определяемые в ходе мониторинга.

Есть ли у маленького северного городка Шенкурска шанс первым в России войти в развитую международную сеть безопасных сообществ ВОЗ? Можно ли привнести опыт Швеции, Дании, Норвегии в наш северный регион, уступающий по уровню комфорта проживания этим европейским странам? Как возникла сама идея проекта? На эти и другие вопросы ответил магистр международного общественного здоровья, доктор медицины, профессор Андрей Гржибовский и доктор философии в области медицины Александр Кудрявцев.

«Я думаю, что отдельные мысли и наработки начали появляться в ходе реализации другого крупного проекта, создания Архангельской международной школы общественного здоровья (АМШОЗ), – поясняет А.Гржибовский, – открытие которой стало возможным благодаря финансовой поддержке Программы сотрудничества в сфере здравоохранения и связанных с ним социальных вопросов в Баренцевом/Евроарктическом регионе». По словам Андрея Мечиславовича, в подготовке и реализации научно-образовательного проекта приняли участие университеты России, Норвегии, Швеции и Финляндии. В рамках проекта в СГМУ создана и внедрена магистратура «общественное здравоохранение», основанная на европейской модели Master of Public Health. В 2011 г.

Сотрудничество

Безопасность как символ современного мира

Есть ли у маленького города шанс первым в России войти в развитую международную сеть ВОЗ?



Маленькие участники «Фестиваля безопасности»

СГМУ стал первым медицинским вузом России, прошедшим лицензирование по данному направлению подготовки. Помимо этого, АМШОЗ получила международное признание, став первым российским членом Ассоциации школ общественного здоровья в Европейском регионе.

Недавно АМШОЗ перешла на новый виток развития – в рамках сотрудничества между СГМУ и Арктическим университетом Норвегии (город Тромсё) создана российско-норвежская программа, основанная на изучении вопросов здоровья в Арктике и приарктической зоне. Участники программы входят в группу, работающую на базе медицинского факультета Арктического университета Норвегии по укреплению здоровья и социального благополучия населения приполярных территорий.

«Учёба и работа в АМШОЗ дала нам возможность общаться и налаживать дружеские контакты со специалистами в области общественного здравоохранения других стран Баренц-региона, – рассказывает А.Кудрявцев. – Так, моим другом и партнёром стал президент Европейской сети безопасных сообществ (ESCON), руководитель регистра травм в норвежском городе Харстаде Бёрге Юттерштад. Благодаря его участию в проекте АМШОЗ программа магистратуры по общественному здравоохранению с 2007 г. включает курс «Профилактика травм и повышение безопасности», который я веду».

Вполне закономерно, что образовательная деятельность и научная работа в сфере профилактики травматизма потребовала практического применения. Будучи постдокторантом Арктического университета Норвегии и имея опыт в организации международных проектов в сфере общественного здоровья, А.Кудрявцев

третий год применяется успешный опыт норвежского города Харстад по созданию регистра травм и разработке на основе его данных эффективных профилактических мероприятий.

Шенкурский регистр

Травматизм в Шенкурске в настоящее время составляет 130 случаев на 1000 жителей в год. То есть, каждый 8-й житель обращается за медицинской помощью по причине получения травмы, в ряде случаев – вполне предотвратимой.

Начиная с прошлого года в Шенкурске данные обо всех случаях обращения в ЦРБ с травмами (включая ожоги, обморожения, отравления и иные воздействия внешних причин) собираются с использованием стандартных листов учёта. В минувшем году в регистр занесены данные 1,5 тыс. случаев травм. На территории города за это время было получено 720 травм, половина из которых получена во время отдыха.

Треть травмированных взрослых, что характерно, сообщили об употреблении алкоголя в предыдущие 24 часа, тогда как 10% случаев отказались отвечать на вопросы об употреблении алкоголя, что, вероятно, отражает величину недооценки пропорции травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения. 15% употребляли алкоголь за час и менее до получения травмы. Эти и другие результаты регистрации травм были представлены на XII Всемирной конференции по предупреждению травматизма и содействию безопасности, состоявшейся в Финляндии осенью нынешнего года, где были встречены с большим интересом.

Исходя из таких обобщённых данных, меры профилактики травм в Шенкурске будут эффективными, если будут направлены на устранение негативных факторов во время

особого внимания при проведении профилактических мероприятий.

Профилактика – прежде всего

На рабочей встрече в Шенкурске президент ESCON, руководитель регистра травм в Харстаде Бёрге Юттерштад на вопрос, как уменьшить количество травм, ответил однозначно: «Профилактика». При соединении активной просветительской работы и пассивных мер безопасности создаётся обстановка, в которой невозможно совершить ошибки. Например, на одном из перекрёстков Харстада было зафиксировано большое количество ДТП. В этом месте было сделано круговое движение, и число травм, связанных с дорожно-транспортными авариями в этом районе, снизилось на 60%. В 1990 г. в Норвегии администрацией региона Финмарк была принята программа-концепция нулевой смертности на дорогах. В 1999 г. Норвежский парламент принял эту концепцию как общенациональную. Однако пионером в части концепции нулевой смертности на дорогах является Швеция.

С 2002 г. полицией и больницами скорой помощи в Швеции ведётся база данных ДТП с причинением телесных повреждений, основанная на географическом принципе. А с 1997 г. – детальные исследования каждого ДТП, в котором погиб хотя бы один человек. Эти исследования показали, что оптимальной с точки зрения безопасности является трёхполосная дорога с разделительным барьерным ограждением. Результаты строительства этих дорог таковы: снижение лобовых столкновений на 90–95%, количества ДТП с участием одного автомобиля – на 50%, ДТП с участием мотоциклов – на 70%.

Харстад стал первым норвежским городом, получившим статус «Безопасное сообщество». Сейчас в Норвегии уже 21 муниципалитет имеет этот статус. Всего в Европе около 60 муниципалитетов входят в число тех, кто стремится к нулю по травмам в быту, на работе и на дорогах.

«Муниципальная профилактическая программа, как и в Харстаде, будет привязана к регистру. Если мы видим, что большинство травм получено из-за падений на скользких поверхностях, то направим усилия на устранение этих факторов», – поясняет А.Кудрявцев.

Вот уже 30 лет в Харстаде регистрируют, анализируют и предотвращают травмы. В городе была организована рабочая команда из молодых людей, испытывающих трудности в адаптации к обществу: подростков, бросивших школу, не

за зиму 500-700 адресов. Наша основная гордость – отсутствие травм. Так, в 2013 и 2014 г. никто из пожилых людей в Харстаде не получил перелома шейки бедра».

Безусловно, не только пожилые люди нуждаются в безопасности. Медсестра по вопросам профилактики центра здоровья Харстада Бенте Хейтманн рассказала: «Мы общаемся со всеми семьями нашего муниципалитета, в которых есть дети. Первый раз приходим домой, когда ребёнка только выписали из роддома. Министерством здравоохранения Норвегии разработаны 5 буклетов для каждого возраста от рождения до 6 лет».

По примеру Норвегии буклеты по безопасности детей были напечатаны в рамках проекта «Муниципальный регистр травм и профилактика травматизма в Шенкурске». Они раздаются в детских садах родителям.

Важность проекта

О важности и нужности данного проекта говорит тот факт, что в него вливается всё больше участников: к Норвежскому институту общественного здравоохранения, медицинскому информационно-аналитическому центру Архангельской области, администрации Шенкурского района и СГМУ в настоящий момент присоединились Архангельская областная служба спасения, Норвежский центр содействия безопасности.

«Данные Шенкурского регистра уже используются в СГМУ при выполнении научных работ в целях создания доказательной базы для практических программ по снижению травматизма. Материалы проекта используются в рамках преподавания отдельных курсов в Арктическом университете Норвегии», – подчеркнул А.Гржибовский.

Подводя итоги, важно отметить, что суть нового российско-норвежского проекта – вовлечение населения в собственную безопасность, создание вокруг себя безопасной среды и культуры безопасности. Это возможно на основе точных и подробных данных о том, как и в каких обстоятельствах происходят травмы. «Дело в том, что многие профилактические программы, представленные в нашей стране, ориентированы на крупные города, где причиной травматизма очень часто являются ДТП. В малых городах травмы в большей степени связаны с бытовыми факторами, что мы доказательно выявили», – заключил А.Гржибовский.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельская область.

О необходимости информирования населения о возможностях страховой медицины, мотивировании россиян следить за своим здоровьем неоднократно говорила в своих выступлениях министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Что же делается в данном направлении?

Так, по мнению экспертов, проведена большая подготовительная работа для реализации масштабного проекта Минздрава России, Федерального фонда ОМС и страховых медицинских организаций по введению с 1 июля 2016 г. Института страховых представителей. В итоге с июля во всех страховых медицинских организациях (СМО) заработали контакт-центры для застрахованных граждан, укомплектованные страховыми представителями 1-го уровня, которые прошли профессиональную подготовку по вопросам обязательного медицинского страхования и получили соответствующий допуск к этой работе.

ОМС: реальность и перспективы

В интересах всех и каждого

На этот принцип ориентируется наша модель медицинского страхования

Их основная задача – оперативное консультирование граждан по вопросам, касающимся ОМС, в первую очередь, при получении медицинской помощи.

Параллельно СМО начали активную подготовку страховых представителей 2-го и 3-го уровней на базе высших учебных заведений, получивших такое право (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Тюменский государственный медицинский университет и ряд других медицинских вузов). Данные специалисты будут в 2017-2018 гг. вести персонифицированное информирование застрахованных о необходимости прохождения этапов диспансеризации, следованию рекомендациям врача,

приверженности к здоровому образу жизни, а при необходимости и защищать права застрахованных на бесплатной основе.

Всего за 9 месяцев 2016 г. подготовлены более 3 тыс. страховых представителей всех уровней.

Результатом такой деятельности явилось то, что люди стали чаще обращаться в страховые компании по вопросам получения медицинской помощи. Так, за 9 месяцев 2016 г. на горячие линии СМО поступило более 1,4 млн обращений застрахованных, что на 25% больше, чем за аналогичный период 2015 г. При этом количество рассмотренных жалоб увеличилось на 60%.

Расширяется целевая деятельность СМО по экспертному контролю случаев лечения, закончившихся летальным исходом, внутрибольничных инфекций, первичного выхода на инвалидность, повторных обращений за оказанием медицинской помощи по одному основанию, по жалобам застрахованных. За отчетный период проведено более 2,5 млн таких экспертиз, что на 30% выше, чем за аналогичный период 2015 г., а по экспертизе летальных случаев – более чем на 45%.

Причем выявляемые при этом нарушения в оказании медицинской помощи передаются в органы управления здравоохранением для

принятия управленческих решений, а при экспертизе по обращениям граждан информация предоставляется заявителям.

В будущем СМО намерены продолжить работу по эффективному взаимодействию с населением, чему будет способствовать развитие проекта по внедрению Института страховых представителей в России, реализация информационно-разъяснительной кампании о правах застрахованных в системе ОМС – подавляющей части населения нашей страны.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Конкурсы

Метод древний и вечно новый

Массажисты удивили и обнадёжили

В Москве состоялся X юбилейный Международный чемпионат по массажу, организатором которого стала Национальная федерация массажистов. Он собрал лучших специалистов из Украины, Белоруссии, Италии, Молдавии, Литвы, Казахстана, Киргизии, России. Профессиональный уровень участников, их мастерство оценивали эксперты из вышеназванных стран. Те, кто решил побороться за звание лучшего, прошли отборочные туры в своих регионах, города.

Словно танец

О лечебных свойствах массажа знает каждый врач, но владеют этим древним и сложным методом единицы. Мы чаще слышим о нём в многочисленных рекламках, представляющих различные кабинеты, где основная задача – получить эстетическую услугу. Лечебный же массаж – это совсем иное: он является предметом изучения учёных, направлен на восстанов-



М.Ерёмушкин

ление здоровья, способствует реабилитации жизненно важных больных органов, помогает бороться с тяжёлыми недугами. В последнее время растёт его популярность, поскольку реально видны его результаты.

Впервые попавшему на такой

медицинский конкурс всё кажется необычным. На сцене никаких трибун для выступления, лишь массажные столы, рядом с которыми – минимум предметов для использования в работе и очень собранные, но улыбающиеся конкурсанты. На сцене не новички, однако в последние минуты перед стартом их волнение становится заметным. У сцены в первом ряду зала 7 судей, от мнения которых сегодня зависит судьба мастеров массажа. Ведущий объявляет начало соревнования, заключающегося в том, что каждый участник за определённое время должен показать своё мастерство в том виде массажа, который он представляет на чемпионате.

Мало кто знает, что своё начало массаж ведёт от танцев. С древних времён движение и

танец были первыми средствами коммуникации для людей. Вряд ли можно с точностью указать время, когда в человеческом обществе зародилась традиция воздействовать на человека с помощью массажных приёмов. Но неоспоримым фактом является то, что он был распространён в быту с древнейших времён. Данные археологических раскопок и исследований древних рукописей подтверждают, что массаж был известен в культуре египтян, халдеев, греков, римлян, ацтеков, китайцев, японцев, индийцев и славян. У каждого народа он развивал свои особенности.

Трудно в учении, легко в соревновании

Вот и в этот день можно было видеть самые разнообразные приёмы массажа. Интересным решением стало выступление на сцене его признанных мастеров и преподавателей в белых одеждах. Зрители увидели классическую технику массажа, «испанский массаж», массажную технику «Лепка», свою авторскую и хорошо известную в мире профессионалов технику «Холистический массаж», авторский массаж «Миопластика тела», «Даосский воинский массаж» ногами. На чемпионате было много выступающих, и, поскольку все пациенты индивидуальные, у каждого мастера находился свой «рецепт» массажа. В нелёгкой борьбе наград удостоились лауреаты номинаций «Аппаратные и инструментальные техники массажа», «Лечебный массаж», «Оздоровительные спа-технологии массажа». Победителями во всех номинациях стали российские участники.

Много интересного было продемонстрировано в ходе соревнования, благодаря этому предложенные методики участники смогут использовать и в своей медицинской практике. В заключении чемпионата заведующий отделением ЛФК и клинической биомеханики Российского научно-го центра медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, профессор кафедры травматологии, ортопедии и медицинской реабилитации Российской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук Михаил Ерёмушкин отметил: «Объединяя профессионалов, мы создаём профессию, и юбилейный чемпионат доказал, что в России немало мастеров массажа, которые возвращают людям возможность полноценно жить и трудиться».

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Дословно

Столица гриппа не боится?

Все заболевшие гриппом жители Москвы не сделали прививок. Об этом в ходе пресс-конференции, посвящённой вопросам диагностики, лечения и профилактики ОРВИ и гриппа, сообщил главный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы Андрей Девяткин.

– По данным Роспотребнадзора, основная группа заболевших – это случаи острых респираторно-вирусных инфекций, подтверждённого гриппа пока мало. Все факты гриппа, которые мы наблюдаем в стационарах и поликлиниках, – у невакцинированных людей. Те лица, которые прошли вакцинацию в этом году, на сегодняшний день защищены от заболевания, – констатировал А.Девяткин. – Среди подтверждённых случаев заболевания гриппом нет тяжёлых форм. Пневмонии крайне мало.

Наряду с этим в ходе мероприятия было акцентировано внимание на том, что в столичных больницах увеличили количество коек в связи с сезонным подъёмом заболеваемости ОРВИ. Об этом рассказал руководитель дирекции по координации деятельности медицинских организаций департамента Андрей Белостоцкий.

«В стационарных учреждениях принято решение об увеличении количества коек для заболевших ОРВИ, это уже сделано. Там, где вызовы бригад на неотложную медицинскую помощь составляют более 40 в сутки, принято решение ввести дополнительные бригады неотложной скорой медицинской помощи, – отметил А.Белостоцкий. – В городских поликлиниках увеличилось количество врачей для вызова на дом к пациенту. Московским врачам будут оплачивать переработки в период подъёма заболеваемости гриппом. Вся та работа, которая выходит сверх нормы того, что указано в трудовом договоре, конечно, оплачивается отдельно. Однозначно врач будет зарабатывать больше. В лечебных учреждениях на зарплатах сотрудников не экономят, это точно. В настоящее время столичные поликлиники работают 6 дней в неделю: в субботу с 9:00 до 16:00, по будням с 8:00 до 20:00. Если Роспотребнадзор примет решение об эпидподъёме и введении ограничительных мероприятий, тогда мы на следующий день проведём свои комплексные мероприятия, куда входит в том числе и переход на усиленный режим работы лечебных учреждений».

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.



Каждый участник боролся за звание лучшего массажиста

Уходящий 2016 г. ознаменовался серьёзными нововведениями в области медицинского образования, деятельности общественных профессиональных организаций, поэтому накануне Нового года мы решили побеседовать с руководителем крупнейшей в России профессиональной организации, которая стоит на пороге своего 25-летнего юбилея, – президентом Ассоциации медицинских сестёр России (РАМС) Валентиной САРКИСОВОЙ.

– Валентина Антоновна, изменения в системе подготовки кадров как-то затронули членов вашей организации?

– Конечно, затронули! Члены Ассоциации медицинских сестёр России живо интересуются всем происходящим, им небезразлично, что происходит в системе подготовки кадров, ведь именно лидеры профессии стремятся сделать всё возможное для того, чтобы на рабочие места приходили высококвалифицированные специалисты.

Мы с большим интересом наблюдали за проведением испытательного раунда аккредитации выпускников по специальностям «стоматология» и «фармация», поскольку речь идёт о революционных переменах. В стране создаются все предпосылки для того, чтобы образование стало практико-ориентированным, система подготовки была гибкой, реагирующей на нужды здравоохранения, а в структуре подготовки как врачебных, так и сестринских кадров увеличивалась доля практических занятий.

Уже сейчас в регионах успешно функционируют центры симуляционного обучения. Члены ассоциации активно задействованы в этом, тесно сотрудничают с такими центрами. Современные образовательные технологии высоко востребованы.

Конечно, есть и обратная сторона медали – мы не уверены, что готовность к аккредитации специалистов достигнута повсеместно и система сможет адаптироваться и обеспечить высокую пропускную способность на аккредитационных экзаменах к тому моменту, когда в неё вольются все медицинские работники – и врачи, и медсёстры, фельдшеры, акушерки. Но готовиться надо. Важно развивать сотрудничество между профессиональными ассоциациями и образовательными организациями, чтобы практическое обучение студентов осуществлялось на должном уровне и аккредитацию они проходили успешно, выпускались полноценными, готовыми к профессиональной деятельности специалистами. Примеров такого взаимодействия немало, они есть в Омской области, в Кемерово, Владимире, Астрахани, Иваново, Томске и многих других регионах. Мы уже давно обмениваемся опытом.

– А как сами специалисты относятся к грядущей аккредитации?

– Я бы ответила так – ко всему новому надо привыкнуть. Нужно дать людям время и возможность осознать, какие именно преобразования их ждут, как эти перемены призваны изменить структуру регулярного повышения квалификации, как будет организована будущая аккредитация и подготовка к ней.

Лидеры сестринского дела и активные члены ассоциаций в этом направлении отлично подготовлены. Мы более 20 лет осуществляем международное сотрудничество, тесно общаемся с медицинскими сёстрами других стран, знаем, что новая система непрерывного медицинского образования (НМО), внедряемая сейчас в России, во многом схожа



В целом новая система поощряет те медицинские организации и тех работников, которые стремятся к развитию и совершенствованию, даёт основания для создания индивидуальных программ повышения квалификации, выстраивания оптимальных маршрутов для каждого специалиста. Причём и сам специалист в новой системе рассматривается как активное и деятельное звено.

Что очевидно – учиться мы будем больше! Если раньше значительные группы медицинских работников только раз в 5 лет повышали свою квалификацию, то теперь этот процесс будет более регулярным. Ежегодно потребуются набирать по 50 зачётных баллов, из которых не менее 36 – в образовательных организациях и

и делятся своими наработками с коллегами. Теперь информационные потоки будут шире и эффективней, а конечным потребителям образовательных услуг не понадобится выезжать за сотни километров – будет достаточно подключиться к онлайн-сервису.

– Вы уверены, что это приёмо-деломо для ФАПов или отдалённых ЦРБ?

– Понимаю, что имеете в виду. Но уверена: система работать будет, если не ставить палки в колёса. Напрасно считать, что лица пенсионного возраста не воспринимают новые технологии. Когда речь касается досуга, преодолеваются любые преграды, тысячи специалистов прекрасно общаются в социальных сетях, обмениваются электронными

На данный момент мы начали проводить аккредитованные в системе НМО мероприятия для медсестёр с высшим образованием. Полученные свидетельства с образовательными кредитами они начинают собирать, регистрировать кредиты на сайте Координационного совета по непрерывному медицинскому образованию.

Но и специалисты со средним образованием в таких мероприятиях охотно принимают участие и с нетерпением ждут, когда станут полноправными участниками НМО. Опыт проведённых за этот год мероприятий с участием более 3 тыс. медсестёр позволит нам сделать важные выводы на будущее и усовершенствовать деятельность по реализации НМО.

Ориентир

С верой в профессию Медицинские сёстры – движущая сила перемен

ИЗ ДОСЬЕ РАМС

Вместе против рака

Накануне Всемирного дня борьбы с раком Ассоциация медицинских сестёр России и специализированная секция РАМС «Сестринское дело в онкологии» объявили о проведении всероссийской акции, направленной на повышение информированности общества о заболевании и онкологической настороженности. Аксию поддержали практически все регионы РФ. Так, в Ленинградской области были проведены тематические встречи с пациентами, в медицинских организациях размещены информационные бюллетени, подготовлены листовки профилактической направленности для населения.

Астраханская профессиональная сестринская ассоциация совместно с Министерством здравоохранения области организовала конференцию «Борьба с раком: от знаний – к действию», основной задачей которой стало совершенствование знаний и навыков по снижению заболеваемости, улучшению профилактической работы с опорой на регулярное обновление методических рекомендаций, справочников и научно обоснованных руководств.

В городской клинической больнице № 3 Тамбова медицинскими работниками – членами Ассоциации медицинских сестёр – проведены акция «Розовая ленточка» и открытое занятие в Школе для родственников онкобольных. В ходе акции сотрудники раздали женщинам – посетителям поликлиники и женской консультации методички по самообследованию молочных желёз и профилактике рака, рассказали о необходимости своевременного прохождения профилактических осмотров и маммографии.

с той, по которой давно работают европейские коллеги.

Более того, наши лидеры отлично знакомы с теорией перемен и понимают, как важно проводить разъяснительную деятельность на местах. Не скрою, репортажи об аккредитации будущих стоматологов и фармацевтов отчасти внесли озабоченность в ряды сестринского персонала. Руководители служб рапортуяют о том, что специалисты «в возрасте», сотрудники отдалённых ФАПов, поликлиник уже сегодня заявляют, что работают до окончания срока действия сертификата, после чего завершат свою трудовую карьеру, на аккредитацию не пойдут. Стараемся объяснять, что первичная аккредитация, дающая пропуск в профессию, конечно, сложнее, она кардинально отличается от всего того, что есть сегодня. Но практикующие специалисты будут проходить повторную (периодическую) аккредитацию, подразумевающую сдачу тестов и оценку профессионального портфолио.

Региональные ассоциации уже готовы взять на себя подготовку сестринских кадров к периодической аккредитации – и к тестовой части, и к оценке портфолио, хотя предстоит очень большая работа по реорганизации системы обеспечения её непрерывного характера, соответствия нуждам регионального здравоохранения, конкретной медицинской организации.

не более 14 – на мероприятиях профессиональных ассоциаций. В сумме за 5 лет портфолио специалиста должно содержать документы, подтверждающие получение 250 образовательных кредитов.

– Эти цифры реальны для медицинских сестёр, акушерки, фельдшера в условиях России?

– Вполне реальны! Знаете, ещё на этапе тестирования модели НМО для врачей многие медицинские сёстры стали включаться в новую систему, участвовать во врачебных вебинарах, знакомиться с онлайн-модулями. Медицинские сёстры вообще любят получать новые знания, особенно если они интересны преподнесены, актуальны. Учитывая расширение роли сестринского персонала, такое обучение жизненно необходимо! Я не случайно сказала о современных образовательных технологиях. Сегодня можно и нужно учиться как очно, так и дистанционно, без отрыва от работы.

Информационные технологии сделали столь мощный рывок вперёд, что не воспользоваться ими для повышения квалификации кадров просто нельзя. Поэтому мы разрабатываем планы по созданию системы онлайн-обучения и обмена опытом между регионами. Сеть профессиональных ассоциаций, входящих в РАМС, позволяет это осуществить на очень достойном уровне. Некоторые ассоциации давно заслужили звание школ передового опыта

письмами и заказывают товары или услуги через интернет. Наша задача – сформировать положительное восприятие новых каналов обучения, провести инструктаж, помочь на первых порах – и дело пойдёт. Я верю в медицинских сестёр, акушеров и фельдшеров. Мы часто контактируем с заслуженными работниками здравоохранения, приглашаем на праздники и видим столько радости в их глазах. Так что наши «бабушки» ещё фору дадут молодым специалистам в онлайн-тренингах.

– Валентина Антоновна, перед встречей с вами мы попытались оценить, сколько аккредитованных мероприятий проведено в этом году для медицинских сестёр в рамках НМО, увидели, что их гораздо меньше, чем врачебных. С чем это связано?

– Да, совершенно верно. Врачи вступили в систему НМО раньше, но мы стараемся не отставать. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации», все специалисты, получившие сертификат в 2016 г., вступают в НМО, чтобы к 2021 г. выйти на аккредитацию.

– Чем, помимо НМО в уходящем году занималась ассоциация?

– Большой раздел нашей работы составили акции, приуроченные к важным для охраны здоровья граждан датам. Тысячи специалистов были мобилизованы на борьбу с туберкулёзом, онкологическими заболеваниями, диабетом, сердечно-сосудистой патологией. Памятки, листовки, приглашения на обследование, лекции, публикации, встречи со школьниками, студентами, коллективами – все действия медицинских сестёр и волонтеров были призваны повысить грамотность населения в вопросах здоровья, донести верную информацию о профилактике, ранней диагностике и лечении социально значимых заболеваний.

Мы должны работать в этом направлении. Медицинские сёстры могут излагать сложную медицинскую информацию на доступном и понятном языке, умеют привлечь внимание к проблемам здоровья.

Кроме того, продолжалась реализация международного проекта по фтизиатрии, развитие исследовательской деятельности. С особой гордостью хочу подчеркнуть, что две медицинские сестры выступили с докладами на 47-м конгрессе Всемирного союза здоровья лёгких, состоявшемся в Ливерпуле. Вслед за этим очень успешно прошёл сим-

ИЗ ДОСЬЕ РАМС

Профилактика – на деле

На призыв Ассоциации медицинских сестёр России поучаствовать в проведении Всемирного дня здоровья, посвящённого диабету, откликнулись многие региональные сестринские ассоциации.

В Омской области участниками акции подготовлено свыше 1100 памяток, почти 9 тыс. листовок, более 2 тыс. буклетов, 50 брошюр, выпущено 120 санитарных бюллетеней, оформлены десятки стендов и уголков здоровья. Проведено: 9 конференций, 5 мастер-классов, 3 школы здоровья, 6 лекций, а ещё – тематические вечера, анкетирование, скрининг глюкозы крови и многое другое.

В Тамбове День здоровья собрал на площади Музыки множество народа. Наряду с врачами-специалистами и студентами-медиками, активно включились в работу по профилактике диабета и члены Ассоциации медицинских сестёр Тамбовской области. Раздача листовок, измерение массы тела и артериального давления, скрининг сахара крови – всё это работа, проделанная медицинскими сёстрами. А мастер-классы по сердечно-лёгочной реанимации, технике инъекций дали фельдшеры станции скорой помощи.

Аналогичные мероприятия, но меньшего масштаба, состоялись во всех медицинских организациях области. Кто-то вёл дополнительное консультирование, кто-то расположился у торговых центров и в наиболее людных местах, работая с населением, а кто-то выехал в отдалённые сёла и деревни. Большим спросом у жителей области пользовались листовки, рекомендованные РАМС и Минздравом. День здоровья прошёл во всех районах Тамбовской области, его флагманом стали медицинские сёстры и фельдшеры – члены ассоциации.

позиум РАМС в рамках 5-го Конгресса национальной ассоциации фтизиатров, где рассматривались вопросы развития пациенториентированной помощи, внедрения в лечебный процесс современных технологий. Например, контролируемое лечение туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью по скайпу – могли бы мы несколько лет назад такое представить? А сегодня эта работа уже проводится, помощь максимально приближается к людям, отвечает их потребностям.

Были и другие серьёзные мероприятия – для операционных сестёр, медицинских сестёр хосписов и отделений паллиативной помощи, медицинских сестёр, задействованных в реабилитации.

– **Вы упомянули мероприятия для медицинских сестёр хосписов и отделений паллиативной помощи. Насколько внимание сестринского сообщества обращено в сторону паллиативного ухода?**

– Скажу совершенно определённо – это один из наиболее актуальных, остро стоящих на повестке дня вопросов. Объём предоставляемой в стране паллиативной помощи не достаточен, но сегодня предпринимаются колоссальные меры для того, чтобы преодолеть её дефицит. Мы заключили соглашение о сотрудничестве с Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи для содействия подготовке сестринского персонала и обучению специалистов, работающих в хосписе.

Здесь требуется исключительный подход. Поэтому не случайно паллиативная помощь стала одним из направлений подготовки сестёр с высшим образованием – бакалавров. Но и сегодняшних сестёр надо вооружать знаниями, тем более что число паллиативных коек увеличивается, возникают проекты оказания таких услуг на дому.

Мы будем стараться организовывать учебные мероприятия в российских регионах, обсуждать вопросы этики, профессионального ухода, общения с пациентом и его близкими, работы мультидисциплинарной команды, создания достойных условий для

каждого больного, нуждающегося в паллиативной поддержке.

Не могу не отметить, что сейчас сестринская практика развивается стремительными темпами во всех направлениях медицины. И это не случайно. Медицинские сёстры – действительно движущая сила перемен и основной ресурс здравоохранения. Изменение ценностей, увеличение

после пробуждения от наркоза. Массаж, ЛФК, гимнастика по медицинским показаниям применяются на самых ранних этапах, чтобы обеспечить эффективное восстановление организма. Все эти аспекты коллеги с большим интересом обсуждали на состоявшейся в Санкт-Петербурге конференции, посвящённой проблемам реабилитации.



Медицинские сёстры любят учиться

ожидаемой продолжительности жизни, стремление к сохранению активного долголетия требуют профессионального медицинского сопровождения. Большая роль в решении этой задачи принадлежит медицинским сёстрам, занимающимся реабилитацией.

Если современной медицине удаётся спасти больного после серьёзной травмы, сердечно-сосудистого заболевания, то мы просто обязаны сделать всё возможное, чтобы помочь пациенту максимально восстановить утраченные функциональные возможности, независимость в повседневной деятельности и трудоспособность. Медицинские сёстры подходят к этому вопросу со всей ответственностью – изучают российский и зарубежный опыт, проводят собственные исследования, прибегают к методам ранней активации больных ещё в реанимационном отделении сразу

Хочу подчеркнуть: все этапы оказания медицинской помощи связаны и взаимозависимы. Сбой на одном этапе могут вести к низкой эффективности на последующих отрезках. Я убеждена, что медицинские сёстры, акушерки, фельдшеры должны осознавать эту взаимосвязь.

Буквально месяц назад в Омске мы провели конференцию, касающуюся роли специалистов на догоспитальном этапе. Дискуссия и целая серия мастер-классов продемонстрировали современные требования к службе скорой медицинской помощи. Пациент, госпитализируемый в стационар, уже во время транспортировки должен получить целый комплекс предварительных вмешательств. Эти принципы сегодня всеми признаются и, что немаловажно, специалисты понимают, как необходимо регулярное совершенствование навыков для оказания

ИЗ ДОСЬЕ РАМС

Зажги синим

Не осталась в стороне Ассоциация медицинских сестёр России и специализированная секция РАМС «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» и при проведении Всемирного дня распространения информации об аутизме, поддержав международную акцию «Зажги синим».

В Тамбовской психиатрической клинической больнице прошло мероприятие «Краски моей души», в котором приняли участие дети, находящиеся на лечении. Праздник был организован специалистами стационара совместно с волонтерами и Тамбовским региональным отделением Российской ассоциации медицинских сестёр. Для мам и пап маленьких пациентов функционировала информационная площадка, целью создания которой стало просвещение и улучшение понимания родителями особенностей проявления аутизма, налаживание коммуникации с ребёнком, а также снижение родительского стресса. Был разработан информационный бюллетень, который распространён по всем детским медицинским организациям Тамбова и области.

Во Владимирской области акция, поддержанная региональной ассоциацией средних медицинских работников, прошла на территории областной психиатрической больницы № 1. Состоялась конференция «Ранний детский аутизм, его клинические симптомы и современная классификация». В детско-подростковом дневном стационаре подготовлен уголок здоровья с агитационными материалами по данной тематике. Всем родителям маленьких пациентов розданы листовки по раннему выявлению этого тяжёлого расстройства у детей.

В Республике Карелия акция состоялась под эгидой общественной организации медицинских работников «Союз профессионалов» и специализированной секции «Сестринское дело в психиатрии и наркологии». Были изготовлены постеры и листовки с информацией об аутизме, которые переданы в 15 медицинских учреждений республики для того, чтобы пациенты и посетители стационаров и поликлиник города могли ознакомиться с симптомами заболевания. Проведён «круглый стол». Распространена информация об аутизме в социальных сетях.

помощи в критических ситуациях. Мы обязаны сделать очень многое для снижения уровня смертности и от сердечно-сосудистых заболеваний, и от травм в результате ДТП. Здесь не всё определяется качеством работы только служб скорой помощи или только здравоохранения, но за свои участки работы мы обязаны нести полную ответственность.

В следующем году в Санкт-Петербурге пройдёт юбилейный конгресс, посвящённый 25-летию РАМС, «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям», где мы планируем организовать симпозиумы и «круглые столы»

планеты и примерно около 40% медицинских сестёр. Нам интересно работать с Китаем в плане развития сестринской помощи в отделениях высоких технологий, поближе познакомиться с работой специалистов в ЮАР, где медицинские сёстры играют ведущую роль в противостоянии туберкулёзу и ВИЧ-инфекции.

Продолжается наша активная работа и в Европейском регионе ВОЗ. Например, в этом году мы подключились к информационной кампании Всемирной организации здравоохранения, приуроченной к Международному дню медицинской сестры и

ИЗ ДОСЬЕ РАМС

Чужих детей не бывает

Традиционной стала акция «Чужих детей не бывает», которая проводится в День защиты детей. В ней приняли участие: Вологодская ассоциация специалистов сестринского дела, Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Кузбасса, Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл, Ивановское региональное отделение РАМС, Ивановская областная общественная организация по защите прав и интересов специалистов со средним медицинским образованием, Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Томской области, Тюменская областная профессиональная сестринская организация, Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики.

Ассоциация медицинских сестёр Ивановской области в рамках проекта «Чужих детей не бывает» преподнесла подшефному коррекционному детскому дому для глухонемых детей «Солнышко» подарок – анимационную развлекательную программу. Дети встретились с мультипликационными героями и активно участвовали в событиях, развивающихся в процессе представления. С особым восторгом ребята восприняли шоу мыльных пузырей.

таким образом, чтобы объединить профессионалов вокруг наиболее актуальных проблем здравоохранения и рассмотреть вопросы сестринской помощи во взаимосвязи друг с другом. Участниками мероприятия по традиции станут авторитетные российские и зарубежные специалисты.

– **Ассоциация медицинских сестёр России по-прежнему взаимодействует с международными организациями?**

– Да, с каждым годом это партнёрство только расширяется. Являясь членами Международного совета медицинских сестёр, мы проводим большую работу по повышению престижа сестринской профессии, развиваем сотрудничество с разными национальными организациями. Так, в 2016 г. состоялось подписание Меморандума о взаимопонимании между национальными ассоциациями стран БРИКС. В совокупности эти пять государств – Бразилия, Россия, Индия, Китай и ЮАР – составляют 40% населения

Дню акушерки. Собрали десятки профессиональных фотографий, отражающих работу российских специалистов, поделились снимками с ВОЗ и внесли наибольший вклад в коллекцию организации. Поэтому не удивляйтесь, встретив знакомые лица, зайдя на сайт ВОЗ, официальную страницу организации в социальных сетях или открыв тот или иной документ по сестринскому и акушерскому делу.

Хотя большая часть работы проходит незаметно – это обсуждение документов, подготовка протоколов, рабочих встреч, заседаний, где медицинские сёстры оказывают непосредственное влияние на политику ВОЗ. Одним из значимых для нас направлений является образование. ВОЗ настоятельно рекомендует сделать бакалавриат начальной ступенью для входа в профессию медицинских сестёр и акушерок.

Подготовила
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

ИЗ ДОСЬЕ РАМС

Скажи «нет» наркотикам!

Ассоциация медицинских сестёр России и специализированная секция РАМС «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» поддержали Всероссийскую акцию «Скажи «нет» наркотикам!», посвящённую Международному дню борьбы с наркоманией. Целью акции стала пропаганда здорового образа жизни, привлечение внимания властных структур, семьи, педагогов и медицинских работников к борьбе против наркотизации населения, осознанию ценности здоровья.

В Тюмени акция прошла под руководством Тюменской областной профессиональной сестринской ассоциации. Её центром стала областная клиническая психиатрическая больница. Проведены лекции и беседы на темы: «Жертвы пагубных привычек», «Скажи «нет» наркотикам»; выпущены санитарные бюллетени, буклеты, листовки, брошюры, оформлены уголки здоровья. Для сотрудников проведён семинар по вопросам профилактики наркомании.

В Вологодской области акция развернулась на территории областной психиатрической больницы, Белозерской и Грязовецкой ЦРБ. А началась она с дня открытых дверей в областной психиатрической больнице. Медицинским персоналом проведены интерактивные лекции на тему: «Аддиктивное поведение. Ассертивный отказ от употребления психоактивных веществ», их дополнили видеолекции, беседы, «круглые столы» по профилактике наркомании.

В Ростовской области акцию поддержала городская поликлиника № 1 Волгодонска. Информационные площадки разместились на Комсомольской площади, в парке культуры и отдыха «Победа», ДК «Октябрь». Были проведены беседы о пагубном влиянии наркотиков на организм человека. Среди пациентов поликлиники и населения города распространены памятки по профилактике наркомании, буклеты «Что делать, если друг принимает», листовки «Последствия рискованного поведения».

В Архангельской области акция прошла на территории Северодвинского психоневрологического

диспансера и в Архангельской психиатрической больнице. Работала горячая линия по вопросам, связанным с употреблением наркотических средств и психотропных веществ. Сотрудниками был проведён конкурс рисунков среди пациентов. Организованы добровольные обследования всех желающих на наличие наркотических и психотропных веществ в биологических средах. С пациентами проведена психологическая игра «Нет зависимости». Сотрудники выезжали в общеобразовательные школы с лекциями «Как уберечь ребёнка от наркотиков».

Самой яркой оказалась акция в Республике Марий Эл, организованная Ассоциацией средних медицинских работников республики, секцией «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» и секцией по этике. Её центром стал парк культуры и отдыха Йошкар-Олы и ДОЛ «Кооператив». Всем желающим было предложено пройти обследование в «Палатке здоровья» на наличие алкоголя в организме. Большой интерес вызвала тренинг-игра «Забей на вредные привычки». Было установлено три бревна с надписями «Алкоголь», «Наркотики» и «Табак», в которые все желающие могли забить гвозди, демонстрируя при этом неприязнь к вредным привычкам. Следующим этапом явилось заключение договора с самим собой. Любому человеку мог заключить такой пакт и пообещать себе отказаться от вредной привычки. Договор действителен в течение года, в обмен на это выдавалась цветная ленточка «Я против наркотиков». На холсте «Твоя жизнь – твой выбор» каждый из желающих мог оставить свой след в виде отпечатка руки. В одном из уголков парка была организована «Фотозона», где предоставлялась возможность сфотографироваться с макетом «Богатырь и маленькая девочка». Для детей был организован конкурс «Мелом на асфальте я рисую...». Всем участникам акции раздавались памятки о вреде курительных смесей. Заключительным моментом акции стал танцевальный флэш-моб под девизом «За здоровый образ жизни».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 89 (2028)

Токсоплазмоз относится к зоонозным паразитарным инфекциям, о которых надо помнить всегда, особенно в критические периоды жизни пациента. Значительная вариативность клинических проявлений от здорового, бессимптомного носителя до тяжёлых, летальных форм болезни определяет сложности постановки диагноза. В подавляющем большинстве случаев болезнь протекает в латентной или хронической форме, по существу – бессимптомно. Острая форма приобретённого токсоплазмоза встречается редко: всего в долях процента. Болезнь характеризуется поражением ЦНС, глаз, других органов и систем (нервной и лимфоидной, печени и селезёнки, мышечной ткани и миокарда).

На течение токсоплазмоза могут повлиять ситуации, резко снижающие иммунитет, прежде всего, различные вирусные и онкологические заболевания, перенесённая химиотерапия или трансплантация органов. Токсоплазмоз опасен в период новорождённости, во время беременности, лицам с несовершенным иммунитетом. Проблему токсоплазмоза чаще всего рассматривают в свете мониторинга больных ВИЧ-инфекцией, поскольку в России среди причин смерти больных СПИДом он стоит на 3-м месте после туберкулёза и цитомегаловирусной инфекции (В.В.Покровский и соавт., 2000). Токсоплазмоз является одним из ведущих оппортунистических заболеваний и по праву называется ВИЧ-ассоциированным.

Этиология. Возбудитель заболевания внутриклеточный паразит размером до 7 микрон – кокцидия Гонди (*Toxoplasma gondii*). Относится к типу простейших (*Protozoa*) класса споровиков (*Sporozoa*), отряда кокцидий (*Coccidia*). Существует в трёх основных формах: трофозоиты, цисты и ооцисты. Трофозоиты размножаются внутриклеточно во всех клетках млекопитающих, исключая безъядерные, и обнаруживаются в острой стадии инфекции. На трофозоиты активно воздействуют различные химиопрепараты (хлоридин, сульфаниламиды, макролиды). Цисты очень устойчивы к различным воздействиям в организме хозяина, и потому сохраняются много лет. Большая часть их локализуется в скелетных мышцах, миокарде, ЦНС. Они длительное время (до 1,5-2 лет) сохраняют свою жизнеспособность во внешней среде. Ооцисты формируются в слизистой оболочке кишечника кошек и выделяются с фекалиями. При благоприятных условиях созревают в песке, почве 4-5 дней, сохраняются во внешней среде до одного года и более. Именно они играют основную роль в передаче инфекции.

Токсоплазмы проходят фазы полового и бесполого размножения. Половое размножение паразитов осуществляется в кишечных эпителиальных клетках домашних кошек и диких видов семейства кошачьих – окончательных хозяев токсоплазм. Бесполое размножение токсоплазм происходит в организме различных млекопитающих и человека – промежуточных хозяев паразита.

Будучи облигатными внутриклеточными паразитами, токсоплазмы размножаются в клетках системы макрофагов путём продольного деления или почкования (эндодиогения). Размножившиеся паразиты заполняют поражённую клетку, образуя псевдоцисты, не имеющие собственной оболочки. При разрушении таких клеток (псевдоцист) токсоплазмы высвобождаются и продолжают заражать здоровые клетки.

В последние годы установлено, что токсоплазмы могут длительно персистировать в организме человека, приводя к реактивации инфекции.

Эпидемиология. Заболевание широко распространено. Можно утверждать, что токсоплазмоз инфицировано до половины населения земного шара. Показатели выше в регионах с тёплым и жарким климатом, где доля инфицированности достигает 95%. По данным официальной статистики, в США носителями токсоплазм являются 23% населения, в России – около 20%,

в Москве процент максимально высокий. Инфицированных женщин в 2 раза больше, чем мужчин; выше показатель инфицированности среди лиц, имеющих профессиональный риск заражения токсоплазмозом – рабочих мясокомбинатов, у животноводов, ветеринаров.

В организме человека токсоплазма паразитирует в виде трофозоитов (тахизоитов) и цист, в организме представителей семейства кошачьих – трофозоитов, цист и ооцист. Паразит обладает убиквитарностью (повсеместное распространение), полигенностью (поражает большинство млекопитающих, включая человека, птиц, рептилий) и пантропизмом (способность паразитировать во всех органах и тканях).

Токсоплазмоз у детей

Резервуар и источник инвазии – кошки. Они как окончательные хозяева токсоплазм выделяют возбудитель в виде ооцист. Промежуточные хозяева – человек и животные, они не заразны. Основной путь заражения – пероральный, когда происходит заглатывание загрязнённых ооцистами немытых овощей, фруктов, зелени, воды, инфицированного полусырого мяса. Заражение человека возможно также через кровь при микротравмах кожи и слизистых и контакте с инфицированным сырьём (перкутанно), трансплацентарным путём. Случаи внутриутробного инфицирования не так уж редки (1-2 на 1000 беременных). Время инкубации для плода не установлено; при лабораторном заражении животных этот срок составляет 3 дня.

Патогенез. Ооцисты токсоплазм, внедряясь преимущественно в дистальные отделы тонкой кишки человека (и большинства теплокровных животных), попадают в регионарные лимфатические узлы, где осуществляется внеполовое деление, в результате чего образуются тахизоиты, способные мигрировать и размножаться в клетках ЦНС, лимфоцитах, мышцах. Образуется псевдоцисты и цисты, которые провоцируют развитие гранулематозного воспаления – так называемая стадия размножения паразита. Свободные тахизоиты легко распознаются и уничтожаются иммунной системой хозяина, но при этом могут заражать новые клетки и трансформироваться в неразмножающиеся брадизоиты, вокруг которых образуются тканевые цисты, устойчивые к действию клеточного и гуморального иммунитета – персистирующая (латентная) стадия паразита. В принципе в большинстве случаев так и происходит. Почти у всех инфицированных лиц образуются цисты, которые никак себя не проявляют. В цистах паразит может оставаться пожизненно и активироваться лишь при снижении иммунитета.

При поражении вирусами клеток (особенно опасна в этом отношении ВИЧ-инфекция), в которых сформировалась тканевая циста, латентная токсоплазмозная инфекция может реактивироваться с исходом в диссеминацию. При гематогенной диссеминации паразиты оседают в органах и тканях системы мононуклеарных фагоцитов, проникают в нервную систему, скелетные мышцы, миокард.

Одна из особенностей заболевания – опасность распространения инвазии у беременных на плод: внутриутробное заражение плода сопровождается дефектами его развития. Возможны выкидыши, мертворождение или, при инвазировании в поздние сроки беременности, развитие генерализованного токсоплазмоза у ребёнка. Весьма характерным считается развитие хориоретинита и/или увеита. Большое значение в патогенезе токсоплазмоза имеют реакции сенсибилизации.

Иммунитет при токсоплазмозе нестерильный, при его формировании образуются цисты, способные пожизненно сохраняться в обызвестлённых участках тканей. Излюбленная локализация цист –

ЦНС, органы зрения и мышечная система. Наиболее частое поражение ЦНС и органов зрения объясняется тем, что организм не пропускает антитела к ретине и ЦНС, чем помогает возбудителю. Отличительные признаки внутриутробного токсоплазмоза – некрозы, обызвествления и скопления токсоплазм в виде цист.

Латентное или хроническое течение токсоплазмоза опасно своим мутагенным действием на инфицированный организм и формированием аутоиммунного процесса.

Клиническая картина. В большинстве случаев инфицирование не приводит к развитию заболевания (первично-латентный или «инаппарантный» токсоплазмоз), формируется здоровое носительство токсоплазм (вторично-латентный токсоплазмоз). Первично-латентная форма встречается наиболее часто, длительно не проявляется клинически и обнаруживается лишь при формировании её остаточных явлений – кальцификатов во внутренних органах, склерозированных лимфатических узлов, снижения остроты зрения. Диагноз подтверждают результаты серологических исследований.

Острая форма диагностируется редко, в основном у детей, что объясняется недостаточной иммунологической зрелостью организма. Манифестный токсоплазмоз по течению делится на острый (до 3 мес.), подострый (от 3 до 6 мес.) и хронический (более 6 мес.). Инкубационный период острой формы составляет от 3 до 21 дня и более, в случае незначительных клинических проявлений определить невозможно.

Проявления заболевания разнообразны: полиморфная эритема без других симптомов изолированно или в сочетании с энцефалитом или менингоэнцефалитом, лихорадочные состояния с увеличением печени и селезёнки. В зависимости от преобладающего синдрома выделяют формы заболевания: лимфогангулярная, экзантемная, глазная, миокардическая, лёгочная, желтушная, кишечная (абдоминальная), менингоэнцефалитическая, тифоподобная. Выделяют острый генерализованный токсоплазмоз с высокой лихорадкой, гепатолиенальным синдромом, миокардитом, энцефалитом и менингоэнцефалитом и с неблагоприятным прогнозом.

При всех стадиях развития болезни возможны эндокринные нарушения. Наличие гормональных нарушений является фактором риска развития неадекватного иммунного ответа на внедрение паразита.

Хроническая форма приобретённого токсоплазмоза отличается вялотекущим течением с субфебрилитетом, интоксикацией, развитием органических поражений нервной системы, глаз, миокарда, мышечной ткани и т.д. Характерны мышечные боли, которые иногда стесняют больного в движениях (специфический миозит с развитием кальцификатов в мышечной ткани). Повышенная температура и полилимфоаденопатия сохраняются долгое время. В динамике заболевания лимфатические узлы склерозируются, уменьшаются в размерах, становятся плотными, безболезненными при пальпации. У каждого второго больного выявляют гепатомегалию с незначительными нарушениями функции печени, снижение моторики кишечника, реже – увеличение селезёнки. Частое вовлечение в процесс ЦНС выражается снижением трудоспособности, эмоциональной неустойчивостью, иногда – неврастеническими приступами и неврозами. Поражения глаз проявляются хориоретинитом, увеитом, прогрессирующей близорукостью. Выявление хориоретинита или увеита само по себе является основанием для исключения токсоплазмоза. У женщин нарушается менструальный цикл, у мужчин существенно угроза развития импотенции.

Врождённый (конгенитальный) токсоплазмоз. Примерно 5–7% женщин впервые инфицируются в период беременности. Токсоплазмоз опасен во время беременности, особенно острая форма. Для беременных с ВИЧ характерна активация латентной инфекции. Наблюдается прерывание беременности в ранние сроки, мертворождение, рождение детей с аномалиями развития и поражением ЦНС и других органов.

Инаппарантное течение инфекции у беременных вызывает аналогичные поражения плода, а встречается оно с такой же частотой, как и манифестный токсоплазмоз. Это серьёзная проблема, поскольку латентный токсоплазмоз опасен своими поздними проявлениями: симптомы хориоретинита или неврологические признаки регистрируются у 80–90% больных детей. Тем не менее возможность поражения плода при хроническом токсоплазмозе по-прежнему дискутируется.

Риск врождённого токсоплазмоза обусловлен паразитемией и последующим плацентитом у беременной. Паразитемия у женщины длится до 3 недель. Плацента, будучи эффективным барьером, препятствует проникновению токсоплазм на ранней стадии беременности, но эффективность этого барьера на поздних стадиях снижается. При заражении до 29-й недели гестации ребёнок либо погибает, либо рождается с симптомами острого врождённого токсоплазмоза – интоксикацией, лихорадкой, желтушностью, поражениями печени, селезёнки, лимфатических узлов и признаками энцефаломиелита. Классиче-

ская триада (гидроцефалия, хориоретинит и внутричерепные кальцификаты) встречается у новорождённых, инфицированных в первом триместре беременности. При генерализованной форме инфекции (на её долю приходится до 30% детей, родившихся с врождённым токсоплазмозом) системность поражения распределяется со следующей частотой: пневмония – 85,7%, менингоэнцефалит – 38,1%, кардит – 33%, гепатит – 42,9%, нефрит – 23,8%, энтероколит – 57,1% (Л.Ю.Барычева и соавт., 2014). Новорождённые, инфицированные в конце беременности, обычно рождаются без клинических признаков заболевания. Считается, что явно нормальный ребёнок, не получающий соответствующего лечения, при рождении с врождённым токсоплазмозом имеет высокую вероятность спустя несколько лет сформировать отклонения/ пороки со стороны органов зрения, слуха, развитием гидроцефалии, гипоталамического синдрома, эпилептиформного синдрома, отставанием в психическом развитии, снижением интеллекта и т.д. Наиболее частой поздней находкой является хориоретинит, который проявляется обычно односторонней потерей зрения.

Токсоплазмоз входит в группу перинатальных TORCH-инфекций (Т-токсоплазмоз, О-прочие, R-краснуха, С-ЦМВ, Н-ВПГ). Клиническая картина врождённого токсоплазмоза варьируется от тяжёлых поражений у младенца в перинатальный период, которые могут привести к смертельному исходу, до отсутствия каких-либо симптомов у инфицированного новорождённого.

Осложнения. Между осложнениями токсоплазмоза и его последствиями чёткую границу провести трудно. Наиболее типичные:

- припадки или фокальные неврологические нарушения при токсоплазмозе ЦНС
- частичная или полная слепота
- эндокардит, миокардит и арахноидит
- при врождённом токсоплазмозе – задержка психического развития, припадки, глухота, слепота.

Токсоплазмоз у ВИЧ-инфицированных становится злокачественным заболеванием с развитием некротического локализованного или диффузного менингоэнцефалита, вовлечением в процесс других внутренних органов. Без лечения токсоплазмоз ведёт к гибели больного. При этом раннее выявление токсоплазмоза при ВИЧ-инфекции представляет большие трудности в связи с отсутствием патогномоничных клинических признаков болезни и малой информативностью рутинных лабораторных методов исследования, а также отсутствием чётких критериев диагностики.

Дифференциальная диагностика трудна из-за многообразия клинических вариантов заболевания и его редкой манифестации у взрослых без нарушений иммунитета. При неясной клинико-лабораторной картине любого инфекционного заболевания необходимо провести исследование на наличие токсоплазм, осмотр глазного дна, рентгенографию черепа и мышц, ЭКГ и ЭЭГ.

Хроническая форма требует значительных дифференциально-диагностических сопоставлений: с энтеровирусной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, туберкулёзом, лейкозом, лимфогранулематозом, туляремией, метастазирующим раком, микозами и др. Врождённый токсоплазмоз дифференцируют с герпетической (включая цитомегаловирусную) инфекцией, врождённым сифилисом, эритробластозом, листериозом, родовыми травмами, сепсисом и др.

При патологии беременности (многоводие, маловодие, хроническая фетоплацентарная недостаточность, пороки развития плода, задержка внутриутробного развития, наличие кальцификатов в плаценте или у плода) – с многочисленными герпес-вирусными инфекциями, парвовирусной инфекцией В19 (при исключении железодефицитной анемии), краснухой.

Скрининговый метод, позволяющий заподозрить текущую нейроинфекцию у новорождённых, – нейросонография.

Лабораторная диагностика. Имеет решающее значение в постановке клинического диагноза. Общеклинические показатели крови малоинформативны: у 50% больных отмечаются эозинофилия и моноцитоз.

Паразитологические исследования проводятся на основе биопроб и обнаружении возбудителя при микроскопии (окрашенные мазки крови, гистологические срезы тканей, взятых из поражённых органов, лимфоузлов или клеток; при прерывании беременности на токсоплазмоз исследуют плаценту, околоплодные воды и оболочки). Наибольшее значение имеет метод биопроб на лабораторных животных (мышях) с последующим (через 7–10 дней) приготвлением мазков из перитонеальной жидкости и окрашиванием их по Романовскому – Гимзе. Эти методы относятся к дорогостоящим, вследствие чего они не получили широкого распространения.

Основу диагностики составляют серологические методы исследования, которые включают методы ИФА, РСК, РНИФ, проводимые в динамике с определением антител класса IgM и IgG (стандартный подход) + IgA, нарастания avidности IgG, специфических IgE, а также метод ПЦР (таблица).

Сроки появления IgM-антител к *Toxoplasma Gondii* – с 1-2-й недели болезни («ранние» IgM-антитела), исчезновения – через 6-12 мес. Обнаружение антител класса IgM, которые относятся к биомаркерам острой фазы заболевания, позволяет дифференцировать активную инфекцию от латентно протекающей. Антитела класса IgA появляются через 2–3 недели после заражения, достигают максимальной концентрации через месяц и в 90% случаев исчезают через 6 месяцев (в отдельных случаях – к году). IgA свидетельствует в пользу заболевания. Отрицательный результат исследования на наличие специфических IgA в динамике указывает на завершение активного процесса и эффективную терапию.

Антитела класса IgG появляются на 2-3-й неделе болезни, достигают максимального уровня через 1–2 месяца после начала заболевания и сохраняются долгие годы.

Отрицательные результаты реакций позволяют исключить токсоплазмоз, а положительные подтверждают диагноз только в сочетании с клиническими проявлениями. При инapparантной форме исследуют специфические IgM и IgG в динамике. Важным является доказанный факт отсутствия повторного появления IgM при обострении хронического токсоплазмоза (исключение – случаи реактивации латентного токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией).

Надо понимать, что количество антител класса G не отражает «остроты» заболевания и не может служить основанием для назначения лечения, да и никакая терапия не в силах излечить человека от антител, поэтому их концентрация не может служить критерием эффективности терапии. Тем более что паразит сохраняется в организме пожизненно.

Определение avidности IgG – современный, наиболее специфичный тест. Низкоавидные антитела вырабатываются только при первой встрече организма с возбудителем – однозначный маркер первичной инфекции. Авидность антител нарастает в течение 2–3 месяцев, затем IgG становятся высокоавидными. Выявление низкоавидных IgG при отрицательном результате IgM свидетельствует о сроке развития инфекции до 3 месяцев (IgM уже исчезли, а IgG ещё не стали высокоавидными). В этом случае необходимо через 7–14 дней проверить нарастание avidности IgG.

Выявление IgM при отсутствии IgG (как низкоавидных, так и высокоавидных) возможно при самом начале первичной инфекции. Необходимо проверить в динамике IgM и avidность IgG. Если через 2-3 недели IgM снова слабоположительны, а низкоавидных IgG не выявили, значит IgM дают ложноположительный результат (это бывает при перекрёстных реакциях с ревматоидным фактором). Напротив, при появлении низкоавидных IgG подтверждается первичный токсоплазмоз.

Индекс avidности (ИА) позволяет установить (исключить) первичную инфекцию, что важно для беременных женщин. При ИА менее 40% предполагают заражение в течение последних 6 месяцев. При ИА менее 30% – инфицирование произошло в течение последних 3 месяцев, предшествующих тестированию. ИА от 40 до 60% – факт завершения острого или подострого процесса.

Иммуноблот (лайн-блот) – дополнительный метод выявления антител IgG к отдельным антигенам паразита, что позволяет определить фазу инфекционного процесса. Результаты лайн-блота при наличии ROP1, MAG1, SAG1 (+специфические IgM и IgA, +низкоавидные IgG) позволяют сформулировать диагноз острого токсоплазмоза.

О наличии подострого токсоплазмоза свидетельствовали следующие маркёры: синтез IgA, индекс avidности IgG (от 38 до 54%) и наличие спектра белков в иммуноблоте. Полный спектр белков в лайн-блоте (ROP1, MAG1, SAG1, GRA7, GRA8) на фоне синтеза высокоавидных IgG +Тохо-IgA позволяют оценить ситуацию как обострение хронического токсоплазмоза.

У больных ВИЧ-инфекцией серологическая диагностика в ряде случаев оказывается недостаточно информативной из-за низкой концентрации специфических антител в сыворотке крови. В этих ситуациях антитела могут быть обнаружены в ликворе.

Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Суть состоит в обнаружении в исследуемом субстрате генетического материала (ДНК, РНК) инфекционных агентов. Его преимуществами являются высокая чувствительность и специфичность. ПЦР позволяет обнаружить минимальное количество искомого агента. Но широкому внедрению в практику препятствуют высокий уровень ложноотрицательных результатов, цена вопроса. Даже у лиц с ВИЧ-инфекцией, когда наблюдается вторичная генерализация токсоплазмоза, ПЦР оказалась положительной лишь в 70% проб крови (S.Romand et al., 2001). Нецелесообразно без оценки серологических проб использование его для скрининга беременных (Т.И.Долгих, 2014).

Трудности диагностики связаны с кратковременностью паразитемии. Положительная ПЦР выявляется у 2/3 заражённых лиц и до 12 месяцев после заражения, а у 1/3 больных она ложноотрицательная.

Люмбальная пункция показана при развитии менингоэнцефалита. В ликворе отмечается плеоцитоз, повышенное содержание белка. Возможно обнаружение в ликворе трофозоитов, антигенов/генома токсоплазм либо выявление их в биологических жидкостях или биопсийном материале.

Внутрикожная аллергическая проба с токсоплазмином. Положительные результаты пробы появляются с 4-й недели болезни и сохраняются в течение многих лет, что не всегда позволяет судить о наличии, тем более характере заболевания: острым или хроническом течении.

КТ/МРТ головы дают возможность уточнить локализацию и степень поражения структур головного мозга. С той же целью и проводят УЗИ у 20-24-недельного плода.

Биопсия лимфатических узлов считается важной диагностической процедурой, если показывает типичную патологическую триаду.

Лечение. Целью лечения является не полная санация организма, а лишь уничтожение активных форм паразитов. Цисты благодаря плотной защитной оболочке невосприимчивы к медикаментам.

Человек со здоровым иммунитетом, заразившийся токсоплазмозом, излечивается самостоятельно, без лечения.

Этиотропная терапия показана при всех формах острого токсоплазмоза, в период обострения хронического токсоплазмоза, а также в период ремиссии хронического токсоплазмоза у лиц с наличием хориоретинита, невынашиванием беременности, бесплодием, больным новорождённым.

Применяют пириметамин (тиндури́н, дарапри́м), хлоридин с сульфаниламидами или комбинированный препарат фансидар (пириметамин с сульфадоксин) по 0,025 г 3 раза в день в сочетании с сульфадимезином по 2-4 г/сут курсом на 7-10 дней. Курсы лечения повторяют 2-3 раза с интервалами в 7-10 дней. Детям пириметамин назначают в дозе 2 мг/кг/сут в течение 3 дней, затем – 1 мг/кг/сут до 25 мг/сут в течение 4 нед. Повторяют курс через 1-2 мес.

Для профилактики гематотоксического действия хлоридина назначают лейковорин (кальция фоли́нат) по 10 мг/сут (детям – по 5 мг через день). В перерывах назначают фолиевую кислоту 10 мг/кг/сут.

Альтернативные препараты, в основном при беременности, новорождённым и детям раннего возраста:

- ровамицин (спирамицин) 3 г/сут в течение 3 нед., затем – 2 нед., потом повторные 5-недельные циклы. Всего 3 курса с перерывом на 10 дней. Беременным женщинам назначают также спирамицин после 16-й недели беременности в разовой дозе 1,5 млн ЕД 2 раза в сутки в течение 6 нед. Детям по 1,5 млн ЕД на 10 кг массы тела в 2-3 приёма курсом 10 дней

- клиндамицин 900-1200 мг 3 р/день в/в в сочетании с пириметамином или без него – при токсоплазмозе ЦНС

- рокситромицин, азитромицин, доксициклин с 8 лет, метронидазол, хлорохин, далагил (противопоказан при хориоретините, но эффективен при миалгиях, артралгиях), бисептол, сульфацидазин и сульфадиметоксин, линкомицин, эритромицин.

Все препараты внутрь. Необходимо учитывать, что применение высокотоксичных препаратов у беременных, особенно в I триместре, может вызвать нарушения в развитии плода.

Меры предосторожности. Во время лечения антипротозойными препаратами необходим систематический контроль за анализами крови. Сульфаниламидные препараты требуют приёма большого количества жидкости. Сульфаниламиды усиливают эффекты дифенина, не прямых антикоагулянтов, пероральных противодиабетических препаратов.

Этиотропная терапия токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией:

- сульфаметоксазол/триметоприм (бисептол, ко-тримоксазол) 1920 мг, 2 раза в день внутрь или внутривенно

- пириметамин 25 мг/сульфадоксин (фансидар) 500 мг/200 мг в первый день, далее – 75 мг внутри + лейковорин 25 мг в/м через день; продолжительность курса – 6-8 недель;

- профилактика рецидивов – сульфаметоксазол/триметоприм 960 мг, 2 раза в день до достижения количества CD4-лимфоцитов более 200/мкл.

Патогенетические и симптоматические средства. С противовоспалительной целью и для повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера при врождённом токсоплазмозе с явлениями энцефалита, поражениями глаз и др. назначается преднизолон – 1-2 мг/кг в течение 7-14 дней.

Для коррекции нарушений иммунитета показано назначение ликопида, вобэнзима, пробиотиков.

При хронических формах этиотропная терапия показана только в начальной стадии обострения, назначают также неспецифическую иммунотерапию, поливитамины, общеукрепляющие и десенсибилизирующие средства, желчегонные.

Больные с иммунодефицитом получают лечение до купирования симптомов, а при развитии СПИДа – пожизненно. Интенсивное лечение токсоплазмоза необходимо больным ВИЧ-инфекцией, у которых количество CD4 лимфоцитов менее 200 клеток в мкл крови.

Профилактика сводится к ограничению контактов с больными животными, соблюдению правил личной гигиены, обследованию женщин во время беременности, терапии беременных при выявлении заболеваний, а также ветеринарный контроль за домашними животными (кошками), исключение из рациона детей возможности употребления в пищу сырого мяса, немытых овощей и т.п.

Ребёнка, рождённого от матери с токсоплазмозом, тщательно обследуют для исключения его внутриутробного заражения. При наличии признаков заболевания ему проводят чередующиеся 4-недельные курсы терапии. Подтверждение инфицирования новорождённого при отсутствии у него клинических симптомов врождённого токсоплазмоза является основанием для их динамического диспансерного наблюдения в течение 10 лет, то есть до достижения ребёнком 10-летнего возраста.

Беременным женщинам настоятельно рекомендуется отказаться от общения с животными! Нельзя однозначно утверждать, что токсоплазма при беременности является категоричным показанием к аборту. Но, если при обследовании беременной у неё обнаружены антитела возбудителя, необходимо тщательное обследование – при наличии инфекции в амниотической жидкости, риск патологического поражения плода очень высок. Антенатальная диагностика включает кордоцентез (взятие крови у плода для серологического анализа), УЗИ и амниоцентез для ПЦР-исследования околоплодных вод. Все инвазивные методы обследования требуют взятия у беременной информированного согласия.

Далее следует сделать выбор – лечить или прервать беременность. Ведь лечить инфекционную патологию в период беременности начинают лишь на 4-м месяце.

Факторы, благоприятствующие распространению инфекции:

- прикосновение грязными руками ко рту после уборки туалета ко́та или контакта с землёй, в которую испражнялось животное

- употребление в пищу плохо обработанных мясных продуктов, заражённых цистами токсоплазм, поедание обсеменённой кокцидиями зелени, немытых фруктов и ягод;

- попадание на кожную ранку или слизистую оболочку слюны, мочи или слёзной жидкости инфицированной кошки.

Жёстко контролируют соблюдение личной гигиены. Руки моют не только перед едой, но также после занятий с учебниками, работы с компьютером и т.д. В женских консультациях медицинские работники должны вести разъяснительную работу об опасности токсоплазмоза для плода, своевременно выяснять, является ли пациентка носителем токсоплазм или серонегативна (нет антител IgG к токсоплазмам, и значит, есть риск заражения первичным токсоплазмозом, опасным для плода). Один раз в 3 месяца следят за титрами антител у носителей и за тем, не появились ли антитела у серонегативных пациенток. Так своевременно выявляют первично заражённых токсоплазмозом беременных. Токсоплазмоз у беременных обычно асимптоматичен, иногда может развиться лимфаденопатия.

Специфическая профилактика не разработана.

Прогноз при врождённом токсоплазмозе – серьёзный, при хроническом приобретённом – благоприятный, однако возможны рецидивы.

Константин ГРИГОРЬЕВ,
профессор кафедры педиатрии с
инфекционными болезнями
у детей факультета дополнительного
профессионального образования,
доктор медицинских наук.

Любовь ХАРИТОНОВА,
заведующая кафедрой педиатрии с
инфекционными болезнями
у детей факультета дополнительного
профессионального образования,
доктор медицинских наук, профессор.

**Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И.Пирогова**

**Диагностика токсоплазмозной инфекции
с учётом стадии и длительности заболевания**

ПЦР	IgM	IgG		IgA	Диагноз
		Низкоавидные	Высокоавидные		
+	+	+	–	+	Острая/подострая первичная врождённая и приобретённая
–	–	–	+	–	Хроническая персистирующая
+	+	–	+	–	Реактивация хронической
–	–	–	+	–	Латентная

Вехи

Они там, где тревожная ситуация...

Прошедшая недавно в Москве научно-практическая конференция «История Российского центра судебно-медицинской экспертизы в лицах и фактах» стала заметным событием в развитии отечественной судебной медицины. Этот форум явился итогом 85-летней деятельности центра, вобрав в себя всё лучшее от прежних поколений.

После приветствий Минздрава во вступительном докладе директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы (РЦСМЭ), главный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, доктор медицинских наук Андрей Ковалёв остановился на истории центра, с гордостью вспомнил, что сразу после Победы ведущие эксперты страны принимали участие в заседаниях Нюрнбергского трибунала над главными немецкими военными преступниками, их заключения легли в основу обвинительных приговоров над нацистами.

Затем директор центра остановился на научно-исследовательской деятельности учреждения, участии РЦСМЭ в научно-практических конференциях за этот год в Москве, Казани, Барнауле и Воронеже, а также в Улан-Баторе с экспертами Института судебных экспертиз Минюста Монголии.



Выступает Андрей Ковалёв

Уделено было внимание вопросам подготовки кадров, новых медицинских технологий, разрешённых по инициативе РЦСМЭ к внедрению в практику Минздравом России.

В современных условиях одним из значимых видов медицинской деятельности центра является судебно-медицинское обеспечение органов предварительного следствия при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Для решения указанной задачи в 2009 г. было создано специальное подвижное подразделение быстрого реагирования. Основной его задачей стало проведение мероприятий, связанных с опознанием и экспертной идентификацией тел погибших при их одномоментном массовом поступлении в различных субъектах Российской Федерации.

Разработанный в РЦСМЭ алгоритм совместных действий судебно-медицинских экспертов со следствием, МЧС и федеральными государственными структурами был основан на практическом опыте и анализе участия учреждения в ликвидации

последствий ЧС, имевших место за последние годы.

Как было отмечено, мощное научное подразделение по идентификации личности существует и у медицинских криминалистов. Его возглавляет специалист с мировой известностью профессор Виктор Звягин, проводивший экспертизы останков царской семьи, Юрия Долгорукого, Андрея Боголюбского, мореплавателя Витуса



Занятия по судебно-медицинской остеологии проводит заслуженный деятель науки РФ профессор Виктор Звягин

Беринга, ряда других известных личностей.

Среди наиболее значимых экспертиз последнего времени, – доложил участникам конференции директор РЦСМЭ, – стало исследование останков палестинского лидера Ясира Арафата. Нами было установлено, что он умер своей смертью от заболеваний, присущих пожилому человеку, а не от отравления радиоактивными веществами (предполагался полоний). Следует отметить, что швейцарские и французские эксперты согласились с этими выводами, а в наш адрес по поручению Президента РФ В.Путина было направлено благодарственное письмо за подписью министра иностранных дел С.Лаврова. Есть в нём и такие строки: «Вы и ваши коллеги по Федеральному медико-биологическому агентству выполнили, по сути, важную государственную задачу, способствующую укреплению не только российской науки, но и престижа России в целом».

В заключении представительной конференции от имени Минздрава России состоялось награждение сотрудников и ветеранов РЦСМЭ почётными грамотами и дипломами, присвоение званий «Отличник здравоохранения». К этому можно добавить, что ранее медалями МЧС России «За отличие в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации» и нагрудными знаками МЧС России «За заслуги» были награждены следующие сотрудники РЦСМЭ: директор А.Ковалёв, его заместители П.Иванов и Д.Кадочников, руководители отдела и отделений Д.Момот, С.Мошенская и Е.Земскова, судебно-медицинские эксперты Н.Туаева и Е.Семенцова, лаборант П.Ковалёв.

Марк ФУРМАН,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ,
внешт. корр. «МГ».

«Круглый стол»

Помощь не должна быть случайной

В Омске завершился международный форум «ИННОСИБ-2016». В городе на Иртыше эта встреча проводилась уже в 6-й раз, но нынешняя оказалась самой масштабной. В ней приняли участие свыше тысячи человек из 4 стран и 22 регионов РФ. И центральным мероприятием в её рамках стал «круглый стол» социальных предпринимателей и инвесторов, важность которого ни у кого не вызвала сомнений, о чём можно было судить даже по его названию, – «Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья».

Омики за этим «круглым столом» презентовали несколько проектов, вызвавших немалый интерес у его участников. Так, например, действующий в Омске центр «Ангел» осуществляет раннюю комплексную абилитацию и реабилитацию детей с нервно-психическими расстройствами, комплексный подход в процессе медицинской и психолого-педагогической помощи. А на базе частного учреждения дошкольного образования «Детский сад «Арбуз» в ближайшее время запланировано открытие службы ранней помощи. Сейчас здесь аккумулируется уникальный опыт работы коррекционно-профилактической службы учреждения в рамках системы ранней помощи.

Кроме того, в регионе уже несколько лет действует система лекотек. В последнее время они переориентируются на оказание услуг для детей раннего возраста. В этом отношении интересен опыт негосударственного некоммерческого учреждения, открытого на базе Омского государственного

педагогического университета. Здесь лекотека работает как в формате библиотеки игрушек, так и в форме индивидуального сопровождения матери и ребёнка. Любопытные практики по созданию системы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья представили также Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа.

В Омской области принята «дорожная карта» по созданию системы медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте до 3 лет. Регион является пилотной территорией по внедрению системы доступного и непрерывного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья с раннего возраста.

Эксперты отметили, что сейчас сложилась благоприятная обстановка для пересмотра системы применения традиционных технологий работы с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, с раннего возраста. До сих пор работа с ними в большинстве регионов России носит фрагментарный характер. Поэтому сейчас главная задача – наладить эффективное взаимодействие традиционных учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты.

Одна из главных задач проведённого в Омске Международного форума «ИННОСИБ-2016» – продвижение лучших социальных практик и обмен опытом в сфере социального предпринимательства. На традиционной выставке форума были представлены социальные



На международном форуме проводились и мастер-классы

проекты, успешно действующие в течение ряда лет, названы предприниматели, достигшие высоких результатов по итогам деятельности в 2016 г.

Так, в сфере образования признаны лучшими социальные практики Центра для инвалидов «Мир, доступный для всех» (руководитель Светлана Гоненко) и Центра дополнительного профессионального образования «Содействие» (руководитель Светлана Елистратова).

Лучшим социальным проектом в сфере здравоохранения признан Центр детской неврологии и реабилитации «Ангел» (руководитель Ирина Зимницкая), а в сфере здорового образа жизни, физической культуры и спорта – туристическая компания «Увлечён и Я», возглавляемая Натальей Нагайник.

Отмечен вклад в культуру Юрия Чеглакова, создавшего в Омске

стеклодувную студию, а также Анатолия Безбородова, реализовавшего в Саргатском районе проект по развитию сельских территорий. Лучшим социальным проектом 2016 г. в сфере социального обслуживания стал пансионат для пожилых людей «Добрый дом», который был открыт в этом году в Нижнеомском районе предпринимателем Светланой Сурмиловой.

В номинации «Народное признание» победила Ирина Тихоблаженко, организовавшая на окраине Омска Центр развития ребёнка «Сказка». Центр «Сказка» был отмечен в числе лучших в прошлом году, а сейчас признан самым популярным и незаменимым в сфере организации детского досуга.

Не реализацию социально значимых проектов выделялись субсидии из средств областного и федерального бюджетов. Так,

Светлана Сурмилова, задумавшая свой «Добрый дом» ещё в 2014 г., получила 5 млн руб., а Ирине Тихоблаженко в течение 2013-2014 гг. были перечислены субсидии на сумму более 2,5 млн. Центр реабилитации детей с ограниченными возможностями «Ангел» получил бюджетную поддержку в объёме 1,2 млн руб. Небольшая сумма была выделена «на раскрутку» туристической компании «Увлечён и Я», и теперь о маршрутах фирмы по Омской области знают во всей России и интересуются за рубежом.

Продвижением социальных проектов занимается Омский центр инноваций социальной сферы (ЦИСС). На базе центра действует Школа социального предпринимательства, которая на сегодняшний день проводит обучение в 15 регионах страны. Число выпускников Омской школы социального предпринимательства растёт с каждым годом. Если в 2013 г., например, было обучено 82 человека, то в нынешнем – уже более 250.

ЦИСС – тоже своего рода социальный проект, получающий финансовую поддержку из бюджета Омской области. На развитие социального бизнеса в регионе привлечено 80,7 млн руб., поддержку получили 20 социально ориентированных предпринимательских проектов. Омский опыт сопровождения социальных проектов и обучения предпринимателей рекомендован к распространению, и его сегодня применяют в 19 регионах России.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ»

Омск.

Рядом с нами

Спасительные операции

В нейроонкологическом отделении НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко провели трансназально 5 тыс. операций с использованием видеоэндоскопа

Известность НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (недавно переименованного в Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко) давно перешагнула границы России. А «погоду» здесь делают профессионалы, сражающиеся с коварной болезнью за жизнь человека. И в большинстве случаев выходят победителями. В чём их сила? В первую очередь – в знаниях, которые они получили в вузе, а потом на практике, перенимая лучшее и внося свою лепту в совершенствование тех или иных апробированных методов лечения.

Сегодня наши собеседники – заведующий нейроонкологическим отделением № 8 доктор медицинских наук Павел КАЛИНИН и хирург этого отделения кандидат медицинских наук Дмитрий ФОМИЧЕВ.

– В чём особенности работы отделения, и кто ваши пациенты?

П.Калинин:
– Наше отделение специализируется на опухолях области основания черепа, до которых достаточно трудно добраться хирургическим путём. Большую часть операций мы выполняем через нос. Такой путь позволяет достичь опухоли с минимальным количеством осложнений и проблем для мозга. В самом центре головы, если можно так выразиться, мы оперируем аденому гипофиза, глиомы, менингиомы.

Пять дней в неделю наша операционная загружена (она находится в оперблоке). Всего их выполняется 400 в год. Это большой объём операций для отделения, имеющего 30 стационарных коек. В институт приезжают со всех регионов, в том числе из Сибири и Дальнего Востока. Кстати, начинается обследование зачастую, как только мы проконсультируем больного или лечащего врача по телефону или с помощью телемедицины. Даём им рекомендации, какие исследования лучше провести по месту жительства. Решаем, как конкретному человеку помочь, нужно ли его оперировать, а может быть, лучше продолжить наблюдение и лечить при этом консервативно.

Д.Фомичев:
– Мы накопили самый большой опыт в мире по трансназальным операциям с помощью эндоскопа. Результаты, считаем, хорошие. Хотя есть к чему ещё стремиться. Мы приступили к операциям на головном мозге через нос 10 лет назад. Но серьёзно улучшить их результаты позволило использование видеоэндоскопической стойки.

– А где вы учились этому методу и как шло его внедрение?

– Первую операцию мы сделали после поездки в Италию. Но вопросы, конечно, появляются после того, как начинаешь осваивать новую технологию. Поскольку тогда большое значение приобретают детали. Использование видеоэндоскопа позволяет отказываться от самых тяжёлых операций, которые связаны с трепанацией черепа. Такая операция проводится с использованием источника света, видеокамеры, обеспечивающей изображение высокой чёткости на мониторе, и специального эндоскопа, который не только проникает в мозг, но и способен удалить опухоль. Первые операции продолжались у нас 5-6 часов. Сейчас такие стандартные вмешательства занимают 30-40 минут и не более того. Поскольку не проводится трепанация черепа, не требуется и длительное пребывание в реанимации или в стационаре. На 3-4-й день больной может быть выписан и уехать домой.

– Можно ли привести характерный пример? Кто они, ваши больные?

– Каждый случай интересен по-своему. Вот – один из последних. К нам поступила женщина с кистой



Опируют Д.Фомичев (справа) и П.Калинин

в стволе головного мозга. Больная Б., 34 года, долгое время страдала от головных болей, тошноты, рвоты. Появилось нарушение чувствительности, двигательные нарушения. На МРТ была выявлена большая кистозная опухоль в стволе головного мозга. Но решиться на операцию было совсем не просто. Её очень трудно было провести, чтобы не травмировать головной мозг. Мы стали первыми, кто успешно удалил столь огромную кистозную опухоль через нос. Об этом вмешательстве нами была опубликована статья в американском научном журнале по нейрохирургии. Рады, что за океаном коллеги высоко оценили нашу работу. Затем побывали в клиниках Лос-Анджелеса, Санто-Моники. Убедились, что на их фоне мы выглядим не хуже, а в чём-то даже превосходили уровень американцев.

Два раза в год стараемся выезжать в зарубежные клиники, чтобы понять, чего нам не хватает. Участвуем в крупных конференциях. Последний форум, посвящённый хирургии основания черепа, был в Берлине. Там сделали несколько докладов.



Консультирует П.Калинин (слева)

В наше отделение всё время приезжают врачи из разных регионов. Они хотят научиться проводить какие-то сложные операции. Причём этот процесс уже стал непрерывным. Например, сегодня уезжают два нейрохирурга из Ростова-на-Дону, а уже завтра на их место приедут коллеги из Воронежа. То есть постоянно в



Обсуждается сложный случай с академиком А.Коноваловым (крайний справа)

отделении идёт учебный процесс. В институте создан учебный центр эндоскопической хирургии, где врачи могут тренироваться на муляжах.

Д.Фомичев:

– Хочу отметить, что подобные опухоли нередко сопровождаются зрительными нарушениями.

оперировали на прошлой неделе из-за гигантской опухоли гипофиза. По размеру она больше, чем мой кулак. На один глаз больной ослеп 7 лет назад, вторым видит на 30%. Его несколько лет лечили по месту жительства, в Балашихе. И только в прошлом году направили в наш НИИ нейрохирургии.

Сначала и мы сами не знали, что делать. Самое простое было: признать ситуацию неоперабельной. Но мы решили всё-таки попытаться удалить хотя бы часть опухоли, несмотря на то что риск всевозможных осложнений был крайне высоким.

На прошлой неделе нам удалось убрать три четверти этой опухоли. И, слава богу, всё идёт нормально. Пациент готовится к выписке. Это к тому, что диагностика в первич-

ном звене, к сожалению, хромает. Как следствие – больного поздно направляют на исследования. И лечить приходится запущенные, очень сложные случаи.

– А что ещё в вашем арсенале эффективного лечения?

– Значительная часть нашей работы связана с операциями на гипофизе. Это главный эндокринный орган, который отвечает за половую сферу, обмен веществ. Соответственно, ставят диагноз такой опухоли зачастую эндокринологи. К ним больные обращаются с жалобами. Например, женщины не могут забеременеть, а мужчины испытывают проблемы с потенцией. Так формируется наш поток пациентов: одних направляют окулисты, других – эндокринологи, третьих – нейрохирурги. Последний поток также немаленький – не всегда коллеги решаются самостоятельно взяться за проведение вмешательства в каких-то сложных случаях. Направляют к нам и при очень больших опухолях.

– Многие специалисты полагают, что нейрохирургия быстро развивается в России в последние годы. Вы согласны с таким мнением?

– Если говорить о хирургии в НИИ им. Н.Н.Бурденко, то её уровень давно не уступает крупнейшим мировым клиникам. А по ряду направлений мы даже ушли вперёд. Наш институт является ответственным за подготовку специалистов. Молодым нейрохирургам из разных регионов нашей страны в институте читается курс лекций, курсанты смотрят наши операции в течение 3-4 дней, занимаются на муляжах в лаборатории. Эти курсы мы планируем проводить 2 раза в год, поскольку желающих учиться много.

– Что в планах отделения на приближающийся 2017 г.?

П.Калинин:

– В следующем году мы собираемся издать книгу, которая подведёт итог – 5 тыс. операций, проведённых трансназально с помощью видеоэндоскопа. На настоящий момент – это самый большой опыт в мире. Никто не издавал ничего подобного на русском языке. Красивый атлас с иллюстрациями поможет поделиться опытом с коллегами и научить их проведению таких вмешательств. При этом избежать тех ошибок, которые не смогли обойти мы.

– Можно ли сказать, что хирург перед операцией может точно спрогнозировать её результат?

– Нет, безусловно. Сказать, что вся операция обязательно пойдёт по намеченному алгоритму, может только неопытный доктор. Перед операцией проводится крайне серьёзный анализ: что может повысить риск смерти, характер опухоли, её расположение, наличие или отсутствие соматических заболеваний, особенно связанных с такими жизненно важными органами, как сердце, лёгкие, печень, почки.

– Всегда ли вы сообщаете пациенту о реально высоком риске проведения вмешательства?

– Мы стараемся честно общаться с пациентом. Конечно, на ком-то из больных такая беседа может отразиться негативно. Он погрузится в депрессию. Другой же, наоборот, соберётся и начнёт бороться за своё спасение. Объясняем, что, если ничего не делать, проблемы со здоровьем никуда не исчезнут, а только усугубятся. А операция даёт реальный шанс избавиться от опухоли и улучшить качество жизни....

В основном, в нашем отделении делаются плановые операции, иногда – экстренные. На новогодние праздники у нас остаётся дежурный врач. Если возникнет необходимость, то он приезжает и консультирует больных, корректирует назначения. Может при необходимости взяться за экстренную операцию.

Всего в нашем отделении работают 5 нейрохирургов. Плюс, есть невропатолог, эндокринолог – это наши консультанты. Мы проводим ежегодно обучение 5 ординаторов, аспирантов.

Два раза в месяц у нас оперирует хирург – почётный руководитель нашего центра – академик Александр Николаевич Коновалов. Его по праву считают самым известным нейрохирургом России. И сегодня он успешно занимается любимым делом. Если мы не можем сами разобраться с больным, случай слишком необычный, то всегда просим его посмотреть такого пациента. Он никогда не отказывает, а при необходимости подключается к лечению. В этом плане нам очень повезло: А.Коновалов – наш учитель, который помог нам стать специалистами.

В следующем году в Турции пройдёт Всемирный конгресс нейрохирургов. Планируем сделать на нём несколько докладов. Сегодня нам есть, что рассказать коллегам из других стран. И будем работать ещё лучше.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В статье, опубликованной в «МГ» № 90 от 30.11.2016. Её автор – Рудольф Артамонов – профессор, врач и публицист, один из немногих в стране так ярко и высокопрофессионально рассуждает о полярных направлениях развития медицинской науки. В очередной раз им поднят на страницах «МГ» очень серьёзный разговор о враче общей практики в поликлинике.

Итак, не более чем через год выпускники медицинских вузов займут вакантные должности врача первичного звена, окончившись в совершенно иной мир, где должна царить высокая ответственность за судьбы тысяч людей, где ежедневно в условиях дефицита времени, страховой медицины (уже даже шутка новая появилась: в новой редакции клятва Гиппократов начинается со слов: «Только при наличии страхового полиса») и документооборота необходимо понять и вникнуть в причину обращения больного, оценить общее состояние, поставить полноценный диагноз (а не в виде тезисов его изложить), определить риски осложнений, выбрать показанное лечение (поскольку «всякое непознанное лечение – есть противопоказанное») и пр. Свежеиспечённым специалистам придётся поговорить, что называется, «по душам» с каждым из пациентов. А если «душа» не молода, а страданий – «букет»? А как учиться, у кого и в какое время? «Радует» только одно: проверить трудно, да и службы такой нет.

Словом, полёт под куполом цирка без страховки! И что в итоге: разбиться, не дождавшись помощи? Удовольствия мало, а главное – потерять то, ради чего

Продолжаем разговор

Поликлиника или стационар?

Где лучше обучать студентов?

были потрачены годы упорных тренировок в университете!

Мне представляется, что термин «амбулаторно-поликлиническая служба» (к которой все привыкли), столь часто используемый в медицинских кругах, сегодня противопоставляется реальной жизни. Может быть лучше всюду говорить о госпитальной и внегоспитальной службе, не разделяя их? Об этом и писал мой коллега Р.Артамонов, предлагая термин «первичное звено во вторичном». Тогда не будет «бедных» и «богатых», и в приоритетах, наконец, окажется только врач, получивший в равном объёме образование и навыки как поликлинической, так и стационарной работы. Организацию подобного образования достаточно доходчиво поясняет Р.Артамонов. Однако по другому вопросу у Рудольфа Георгиевича иная и более пессимистичная точка зрения. Речь идёт об Университетской клинике в поликлинике. Профессор Р.Артамонов считает, что «эта форма нова и выводы делать рано».

Если говорить не о формальном объединении любого медучреждения с клиникой университета, то следует однозначно утверждать, что эта форма может существовать только при едином понимании цели и задач обоими руководителями (главным врачом

и заведующим кафедрой – А.В.). Немаловажным являются их личные взаимоотношения и, конечно, грамотное распределение рабочего времени сотрудников (речь идёт только о высокопрофессиональных врачах) клиники и выделение учебных помещений.

Всё, что происходит в лечебном учреждении, включая педагогическую и научную работу, должно проводиться непосредственно с больным. И это не «должно быть скучным, необязательным делом» (цитата Р.Артамонова). Если этого не будет, не будет и университетской клиники, хоть в поликлинике, хоть в стационаре. Вместе с тем, там, где есть все условия, можно творчески развивать даже то, что, на первый взгляд, представляется фантастическим.

К примеру, обучаясь в вузе, студент (завтра – терапевт или врач общей практики поликлиники) привык к утренним конференциям (особенно если они не носят формальный характер), клинко-анатомическим разборам, консилиумам и пр. И вдруг всё резко поменялось, вместо продолженного образования работа в своём кабинете, как дорога в никуда! А если иначе? Утро, в кабинете у руководителя ключевые замки и доцент университетской клиники. Приглашён один терапевт с тремя амбулаторными картами пациентов, которые были

у него накануне. Опытным наставникам достаточно 2-3 минут, чтобы найти или не найти в амбулаторной карте полноценный диагноз, этапный эпикриз, обоснование терапии и пр. Ещё 2-3 вопроса о сложных больных, конфликтных ситуациях, неотложных состояниях, отказов от госпитализации и пр. Затем следуют доброжелательные рекомендации и пожелания к следующей плановой встрече через, условно, 3 недели. А на следующий день – новое действующее лицо и тот же сценарий беседы.

Всего 10 минут (!) времени – и врач свободен. Ещё 10 минут на разбор «полётов»: жалобы, лекарственное обеспечение, активы «скорой», стационар на дому... И опять есть возможность оперативно исправить ситуацию, ведь в активе – сотрудники университетской клиники. Уверен, что эти мини-конференции принесут незамедлительно свои плоды и со временем станут формой учёбы.

Мне представляется (и здесь я не могу согласиться с Р.Артамоновым), что всякого рода разговоры о возможности не вскрывать умерших должны прекратиться среди врачей. И не только потому, что «должность врача вскрывать умершего, коего лечили», а потому, что великие интернисты прошлых лет начинали свой медицинский путь в прозектуре.

Сегодня, наоборот, нивелируется роль аутопсии, – основной компонент роста профессионального мастерства, развития клинического мышления, способа борьбы с субъективизмом. Организатор патологоанатомической службы в нашей стране и создатель научной школы морфологов академик АМН СССР Ипполит Васильевич Давыдовский полагал, что «патологическая анатомия – это клиническая дисциплина, задача которой состоит в совместном с лечащими врачами выяснении истинной природы страдания и его нозологическая индикация». Всё сказано, осталось только отточить искусство речи и убеждения родственников в необходимости вскрытия.

«Непрекращающиеся реформы здравоохранения побуждают искать и совершенствовать подходы в деле подготовки врачебных кадров», – как бы призывает к полемике медицинское сообщество Р.Артамонов. Именно в этой связи я и позволил себе высказать собственные соображения на эту злободневную отраслевую тему.

Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ.

Конкурсы

Олимпиада: всё по-настоящему

Кто они, будущие хирурги?

Очередная внутривузовская студенческая олимпиада по хирургии в Новосибирском государственном медицинском университете показала, насколько высоки требования к подготовке будущих хирургов. Задания – одно сложнее другого, хотя среди 120 участников состязания были не только 6-курсники, но и студенты младших курсов лечебного и педиатрического факультетов.

В условиях симуляционно-аттестационного центра НГМУ были развёрнуты настоящие хирургические клиники с операционными и отделениями для проведения научных исследований. Операции проводились как на трупном материале, так и на живых пациентах, в роли которых выступали лабораторные кролики. На кадаверных



фрагментах студенты выполняли шов срединного (плечевого) нерва, кишечный и сосудистый анастомозы, ушивание раны тонкой кишки эндоскопическим доступом. На свином сердце проводилась операция маммарокоронарного шунтирования, операция Боари с применением

антирефлюксной защиты также выполнялась на свином органоконплексе. А пушистым больным пришлось пережить аппендэктомию.

Важность работы с живыми тканями в жюри олимпиады объясняют тем, что кровотечение при оперативном вмешательстве можно наблюдать только

у живого объекта. Таким образом, операция на лабораторном животном позволяет будущим врачам работать в условиях, максимально приближенных к реальным. Именно поэтому 4 года назад в НГМУ включили подобные задания в программу студенческих олимпиад.

Теоретическая часть состязания включала вопросы, ответы на которые завтрашним хирургам придётся давать в их профессиональной жизни практически ежедневно: показания к той или иной операции, возможные осложнения хирургических вмешательств, обоснование выбора оперативного доступа, шва и шовного материала.

В состав жюри этой олимпиады традиционно входят не только преподаватели НГМУ, но и самые маститые новосибирские хирурги – специалисты, которые подходят к оценке уровня знаний и навыков у студентов с особой строгостью, ведь очень скоро им придётся стоять рядом у операционного стола.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Точка зрения

Президент Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль заявил о необходимости унификации программ подготовки врачей первичного звена. По его словам, они должны быть едиными для всех вузов. Такое предложение президент НМП высказал в рамках «круглого стола» «Роль медицинских профессиональных общественных организаций в развитии здравоохранения до 2020 г.», который прошёл в ходе XI Национального конгресса терапевтов. Мероприятие состоялось под эгидой Министерства здравоохранения РФ.

К общему знаменателю

Вузы нуждаются в модификации программ

«До сих пор нет единых программ подготовки в первичном звене. Каждый институт создаёт свои программы. Но где для них эталон? А эталон это профессиональный стандарт, который должен быть единым для всей страны. Мы полтора года работаем над стандартами. Но только сегодня сообщество повернулось к ним лицом. Надо чётко понимать, что должен знать, уметь и делать специалист в первичном звене, специалист, который окончил ординатуру по терапии, причём последний должен знать и уметь больше», – уверяет глава НМП.

При этом он отметил, что подход к последипломному образованию специалистов должен быть более приближенным к его нуждам. Так, «если человек работает 20 часов в день на 1,5-2 ставки, а ему говорят: учись», понятно, что времени на дополнительное образование такому врачу взять неоткуда.

Ранее в рамках соглашения с Минздравом России НМП сообщила о начале общественной аккредитации образовательных организаций и профессиональ-

но-общественной аккредитации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования (программ профессионального обучения) в сфере здравоохранения. По оценкам представителей организации, участие профессиональных сообществ делает механизм оценки содержания учебных циклов более независимым и гибким. Ведь экспертам, представляющим практическое здравоохранение, проще видеть слабые и уязвимые места учебного процесса.

Как считает заведующий кафедрой терапии и эндокринологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета профессор Сергей Недогода, вузы нуждаются в модификации программ подготовки. Ведь кафедры преимущественно расположены на базе стационаров. «Мы понимаем специфику работы поликлинического врача, однако нам следует больше ориентироваться на проблемный подход в диагностике», – сказал С.Недогода.

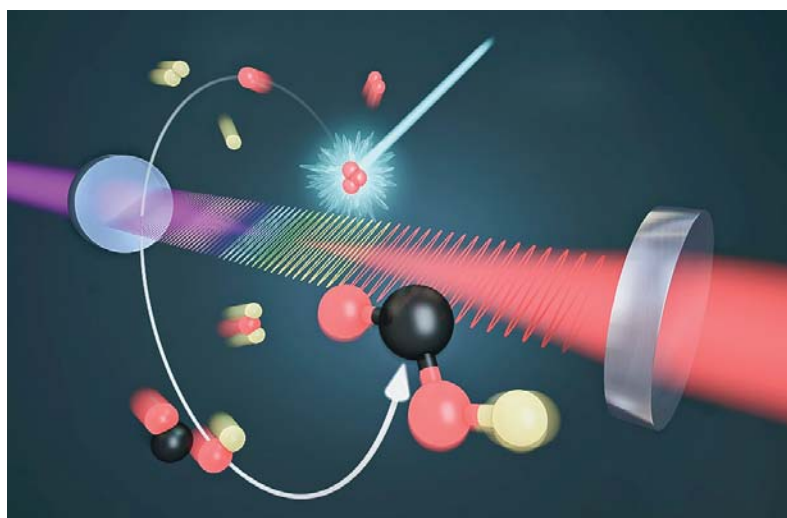
Марк ВИНТЕР.



Да? Нет?

Свет и химия

Планк постулировал, что энергия, как и материя, далее неделима, назвав её конечное количество латинским «квант». Эйнштейн полагал, что кванты света – фотоны – представляют собой небольшие тельца-корпускулы, которые способны выбивать из металла электроны (объяснив тем самым явление фотоэффекта, на котором основан фотоэлемент). Бор заявил, что кванты возбуждают электрон, «возводя» его на более высокий уровень, в результате чего могут образовываться или разрываться связи. Возбуждение при этом кратковременно, и в результате релаксации электрон, испуская фотон большей длины волны (и, соответственно, меньшей энергии), опускается на исходный, или базовый уровень (ground state).



Оптическая гребёнка спектральных волн света в зеркальной полости, использованная для изучения реакции между NO и CO с образованием промежуточного NO-CO (H – справа белый, C – в центре чёрный, кислороды красные)

В силу сложностей квантовой химии и отсутствия достаточно мощных компьютеров учёным на протяжении века не удавалось зафиксировать так называемые промежуточные соединения, образуемые в ходе химических реакций. Теоретики рисовали «горбы» энергетических барьеров, на вершине которых постулировали эти неуловимые промежуточные соединения, определяющие протекание реакций и набор конечных продуктов. Но вот сотрудники университетов Вены и штата Колорадо сообщили о возможности проследить за протеканием в атмосфере химической реакции с помощью многоцветной «гребёнки» (comb), представляющей собой спектр видимого света с длинами волн, увеличивающихся от синего к красному.

Реакция начинается со встречи гидроксил-радикала (OH) с молекулой токсичного угарного газа CO, образующейся при неполном

сгорании углерода. Взаимодействие двух соединений приводит к образованию ранее неуловимого промежуточного гидрокарбоксила (HO-CO), мгновенно распадающегося на водород (H) и углекислый, или «парниковый» газ CO₂, который дал некогда меловые отложения Альбиона, а сегодня, как считается, вызывает потепление и загрязняет воздух городов. Таким образом, впервые удалось наблюдать образование HO-CO, что позволило определить давление, при котором реакция может «задержаться» на стадии гидрокарбоксила или идти далее к конечным продуктам. Впервые удалось также выяснить квантовый механизм реакции и, исходя из теоретических моделей, точно определить количество конечных продуктов.

Для облегчения задачи учёные использовали дейтерий, «утяжеленный» кислородный радикал (DO). Были применены «супер-

зеркала» с кристаллическим покрытием, что позволило уменьшить потери света. Спектроскопия с помощью оптической гребёнки дала возможность увидеть DO и его преобразования, определив параметры кинетики – скорости протекания реакции – с CO. Она подтвердила образование 50% стабилизированного HO-CO даже при низких давлениях и зависимости его образования от температуры. Тем самым подтвердилось предположение теоретиков, что реакция берёт «паузу» на стадии промежуточного HO-CO. Это даст возможность более полно понять механизм наблюдаемого закисления океанов углекислым газом и в то же время повысить эффективность сжигания горючего в двигателях внутреннего сгорания, а также участия в этом атмосферного азота.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science.

Эксперименты

Учёные сделали довольно интересное открытие: по их словам, онкологию могут победить вирусы, которые становятся виновниками возникновения простуды.

Всё лучшее детям... и от детей

Самая распространённая первичная злокачественная опухоль печени – это гепатоцеллюлярная карцинома, которую можно победить с помощью реовирусов, поражающих дыхательные пути человека.

Научные сотрудники из Лидского университета (Великобритания) рассказывают о том, что реовирусы способны стимулировать образование интерферона – это белок иммунной системы человека.

В свою очередь он помогает активировать большие лимфоциты, их называют естественными убийцами. Именно они могут уничтожать

клетки рака, помогают стимулировать иммунную систему больного и способствуют организму пациента вести активную борьбу с вирусом гепатита С, который является основной причиной возникновения гепатоцеллюлярной карциномы.

Эти исследования очень интересны научному миру. Сейчас авторы работы хотят организовать испытания на людях, чтобы отыскать эффективный метод борьбы с онкологией.

Вадим ПОЗДНЯКОВ.
По информации BBC News.

Современные технологии

По раку — из нового оружия

Группа учёных из Техасского университета Сан-Антонио (США) описала новый способ уничтожения раковых опухолей. Исследователи считают, что благодаря этой разработке можно будет справиться с неоперабельными опухолями, а кроме того, такой подход поможет бороться со злокачественными новообразованиями у детей.

Так, профессор Мэтью Гдовин предлагает вводить в опухоль нитробензальдегид, который проникает в раковые клетки. После этого на опухоль воздействуют ультрафиолетом. Это приводит к закислению содержимого клеток и их последующей гибели. Они показали, что через 2 часа после такой обработки 95% опухолевых клеток оказались мертвыми.

Исследователи протестировали этот подход на трижды негативном раке молочной железы, который

наиболее сложно поддаётся лечению. Им удалось остановить рост опухолей у мышей, страдающих этой формой рака, а шансы грызунов на выживание увеличились вдвое.

Учёные считают, что такой подход применим для большинства типов опухолей. Кроме того, в отличие от химиотерапии, такой метод не приведёт к развитию побочных эффектов – он более точный и действует непосредственно на новообразование.

М.Гдовин также работает над созданием фотоактивируемых наночастиц, предназначенных для борьбы с метастазирующим раком. Он предполагает, что неинвазивные методы позволят справиться с опухолями, расположенными в труднодоступных местах, например, в головном мозге или позвоночнике.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По информации medicalxpress.com

Исследования

Учёными из Медицинской школы Макговерна при Университете здоровья Научного центра Техаса (США) были обнаружены неправильно свёрнутые белки, ассоциированные с болезнью Паркинсона. Тем самым это открывает путь к разработке биохимического теста для диагностики болезни.

На пути к ранней диагностике

Болезнь Паркинсона, как известно, представляет собой дегенеративное заболевание, которое изначально влияет на моторику, вызывает тремор, жёсткость и замедленность движений, нарушает равновесие. Поскольку заболевание прогрессирует, у пациентов могут развиваться когнитивные нарушения, изменения психики и деменция. Однако нет современных лабораторных исследований или анализов крови, которые могут помочь в диагностике заболевания.

В исследовании использовалась спинномозговая жидкость 76 пациентов с болезнью Паркинсона, 65 здоровых человек, 18 страдающих от нейродегенеративных заболеваний и 14 пациентов с болезнью Альцгеймера.

Используя технологию, разработанную в Университете Техаса, которая уже была задействована в исследованиях для выявления неправильно упакованных белков, связанных с такими заболеваниями, как болезнь Крейтцфельда – Якоба и болезнь Альцгеймера, учёные ориентировались на агрегаты неправильно уложенного альфа-синуклеина (ASYN) в качестве способа разработки чувствительного

биохимического теста диагностики болезни Паркинсона. Технологии циклической амплификации (PMCA) были в состоянии обнаружить очень небольшие количества неправильно свёрнутого белка, циркулирующего в спинномозговой жидкости.

«Значительный интерес в том, что количество обнаруженного ASYN коррелирует с тяжестью заболевания», – говорят учёные. Так как забор спинномозговой жидкости – инвазивная, и потому болезненная процедура, учёные надеются, что в будущем появится возможность выявления ASYN в крови или моче.

«Есть надежда на то, что мы могли бы использовать ASYN для обнаружения болезни Паркинсона у пациентов, прежде чем разовьются симптомы. Также эти пациенты могут быть введены в клинические испытания новых методов лечения, которые могли бы предотвратить, вылечить или задержать прогрессирование заболевания до тех существующих и необратимых нейродегенеративных изменений», – заключили учёные.

Герман АКОДИС.
По сообщению CNN.

Дословно

Диагностика Myasthenia Gravis с помощью мешка со льдом. Образ патологии



Мужчина 68 лет обратился за помощью в связи с левосторонним птозом. Какие-либо другие симптомы отсутствовали. При неврологическом обследовании выявлен птоз века левого глаза при взгляде вверх (рис. А). Движение глазного яблока было нормальным. Заподозрена Myasthenia gravis. Был выполнен тест с мешком со льдом, который быстро поместили на левый глаз (рис. В). Спустя 5 минут птоз заметно уменьшился (>5 мм), что указывало на положительный результат

теста (рис. С). В дальнейшем диагноз был подтверждён выявлением сывороточных антител к ацетилхолиновому рецептору и электродиагностическим тестом, который показал снижение ответа на повторяющуюся стимуляцию нерва. Тест с мешком со льдом может быть полезным, так как позволяет отличить Myasthenia gravis от других причин птоза или офтальмопареза, считают авторы сообщения, сотрудники Гарвардской медицинской школы Венди Лиу (Wendy W.Liu) и Адам Чен

(Adam Chen) из Женской больницы (госпиталь) Бригхэма (Бостон, США). Уменьшение температуры в мышце ингибирует ацетилхолинэстеразную активность, что лежит в основе наблюдавшегося клинического эффекта. Больному было проведено симптоматическое лечение пиридостигмином. Птоз уменьшился.

Рудольф АРТАМОНОВ.
По материалам
New England Journal of Medicine.

Идеи

Сердечный подход к сердечной проблеме

Группа австралийских и британских учёных разработала принципиально новое изделие, которое в будущем, возможно, значительно повысит качество жизни пациентов, перенёвших инфаркт миокарда.

Небольшая «заплатка» из полимерного материала, обладающая электрической проводимостью, поможет бороться с аритмией, спровоцированной образовавшимся после сердечного приступа рубцом. До испытаний на людях ещё далеко, однако исследования на животных уже показали эффективность «сердечного пластыря».

Разработкой изделия занимались специалисты из Университета Нового Южного Уэльса (Австралия) и Имперского колледжа Лондона

(Великобритания). Возглавили работу доктор Дамия Мавад и профессор Молли Стивенс. Они и их коллеги создали пластырь из трёх компонентов: плёнки из хитозана (этот полисахарид часто используется как пищевая добавка), к которой сверху прикрепили элемент из полианилина – полимера, обладающего электронной проводимостью. Полианилин активировали фитиновой кислотой – третьим компонентом пластыря. Основная проблема электропроводящих полимеров состоит в том, что они проводят электричество только в сухом состоянии, а если их поместить в жидкость – или в тело – то полимеры очень быстро теряют свои свойства.

Новое изделие, в отличие от других, «работало» более 2 не-

дель подряд. Чтобы его прикрепить, не нужно накладывать швы, таким образом оно потенциально несёт меньше вреда для сердца, чем какие-либо другие вмешательства. «Сердечный пластырь» приклеивается с помощью зелёного лазерного луча по методике, запатентованной Университетом Нового Южного Уэльса, и после прикрепления движется вместе с сердцем в его ритме.

Как известно, после инфаркта миокарда сердечная ткань рубцуется. Эти рубцы замедляют и нарушают движение электрических импульсов вокруг сердца. Это может спровоцировать аритмию. Как показали исследования на крысах, «сердечный пластырь» улучшает ситуацию. Учёные говорят, что о применении его для терапии пока говорить рано, однако уже сейчас он будет полезен для проведения следующих научных работ: например, на тему того, какие физиологические изменения происходят в организме после инфаркта.

Взгляд

Не каждый вид спорта полезен

Международная исследовательская группа из Университета Сиднея определила виды спорта, которые продлевают жизнь. Этому способствуют езда на велосипеде, плавание, аэробика и виды спорта с ракеткой (теннис, сквош, бадминтон и т.д.). Бег и футбол жизнь не продлевают.

Издание ссылается на Британский журнал спортивной медицины, который пишет, что исследователи изучили данные 80 тыс. людей старше 30 лет, занимающихся шестью спортивными дисциплинами: велосипед, плавание, спорт с ракеткой, аэробика, футбол и бег. Исследователи опирались на ответы, полученные во время 11

национальных репрезентативных ежегодных обследований состояния здоровья в Англии и Шотландии, проведённых в период с 1994 по 2006 г.

По сравнению с участниками исследования, которые не занимались соответствующим видом спорта, риск смерти от любой причины был на 47% ниже у тех, кто играл в теннис, сквош или бадминтон, на 28% – у пловцов, на 27% – у тех, кто занимается аэробикой и на 15% – у велосипедистов. Если же говорить только о риске смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, то он на 56% ниже у тех, кто играет в виды спорта с ракеткой, на 41% – у пловцов, на 36% – у тех, кто занимается аэробикой.

Угроза

Всемирная организация здравоохранения объявила о том, что лихорадка Зика более не является глобальной угрозой. Напомним, что чрезвычайный режим действовал с 1 февраля нынешнего года. Представители ВОЗ, однако, полагают, что вирус Зика продолжает представлять опасность. Впервые он был найден в Бразилии, а в дальнейшем распространился по всему миру – известно о случаях заражения лихорадкой Зика в 60 странах.

Опасность миновала?

Учёные подчёркивают, что необходимо продолжать изучать сам вирус и связанные с заражением последствия. До сих пор отсутствует вакцина, защищающая от лихорадки – исследования в этой области также должны быть продолжены.

Многие эксперты, однако, удивлены таким решением ВОЗ, назвав его «неразумным». Они уверены, что это приведёт к тому, что исследования, направленные на изучение вируса, будут поддерживаться слабее. Кроме того, несмотря на то что вирус стал распространяться медленнее, угроза эпидемии по-прежнему сохраняется.

Переносчиками вируса, как известно, являются комары *Aedes aegypti*. Недавно учёные выяснили, что переносить опасную

лихорадку могут и комары вида *Culex quinquefasciatus*, которые распространены в Бразилии довольно широко. Их популяция в 20 раз превышает размер популяции *Aedes aegypti*.

Инфицирование вирусом может вызывать ряд неврологических нарушений, например, синдром Гийена – Барре, а заражение во время беременности вызывает микроцефалию плода – серьёзный порок развития. Всего в мире (большинство из них – в Бразилии) зарегистрировано около 2300 случаев рождения малышей с микроцефалией, ассоциированной с вирусом Зика. Реально же таких случаев гораздо больше. Микроцефалия зафиксирована в 28 странах, а синдром Гийена – Барре был обнаружен в 19.

Почему бы и нет?

Пересадка на станцию «Лёгкие»

Американские исследователи из Университета Мичигана вырастили в лаборатории мини-лёгкие и пересадили их мышам. Трансплантация прошла успешно. Джейсон Спенс рассказал, что созданные таким образом лёгкие по многим характеристикам оказались практически неотличимы от тканей лёгкого человека.

Вначале учёным удалось вырастить в лабораторных условиях мини-бронхи и альвеолы. Осуществить успешную пересадку этих структур, однако, им не удавалось. Тогда исследователи создали био-

деградируемый каркас, на котором и культивировались человеческие плюрипотентные стволовые клетки. Благодаря каркасу, сделанному из поли-лактид-ко-гликозида, мини-лёгкие сохраняли постоянную форму.

После пересадки клетки, покрывающие каркас, продолжили созревать и делиться – через 8 недель после трансплантации иммунодефицитным мышам сформировались структуры, во многом сходные по строению с человеческими лёгкими. В мини-лёгких присутствовали специализированные клетки тканей лёгких: например, клетки, производящие слизь, реснитчатые и ство-

ловые. Они же обнаруживаются и в тканях лёгких взрослых. Отметим, что организм животного использовался лишь в качестве инкубатора для культивации и созревания.

Авторы считают, что искусственные лёгкие смогут использоваться для тестирования новых препаратов и изучения экспрессии генов. Кроме того, таким образом станет возможно выращивать ткани, подходящие для трансплантации. Учёные отмечают, что, несмотря на успехи медицины, респираторные заболевания по-прежнему продолжают оставаться одной из ведущих причин смерти людей во всём мире.

Мнения

Чреватый ритуал

Просматриваете свой Инстаграм перед сном? Читаете, что написали друзья в соцсетях? Проверяете почту? Для многих из нас – это обязательный ритуал, предшествующий засыпанию. Учёные же из Университета Калифорнии (США) во главе с Грегори Маркусом призывают нас отказаться от этой привычки, либо попробовать сократить время «общения» с телефоном перед сном.

В более ранних исследованиях уже было показано, что использование электронных устройств может негативно повлиять на сон.

Авторы связали это с голубым светом, испускаемым экранами планшетов и телефонов, который не лучшим образом влияет на циркадные ритмы, а кроме того, высказали предположение, что использование этих устройств вызывает стресс. Некоторые исследователи продемонстрировали, что бессонница могут вызывать любые подобные устройства, на-

ходящиеся в спальне. Причины этого, правда, неясны.

Люди, принимавшие участие в эксперименте Г.Маркуса, рассказали о своём здоровье и образе жизни (например, качестве и продолжительности сна). После этого на смартфоны 136 участников было установлено специальное приложение, которое регистрировало, когда экран был активен. Все участники также записывали данные о своём сне.

Оказалось, что чем больше люди пользовались смартфоном или планшетом, тем хуже был их сон. Критическим оказался период перед засыпанием: те, кто общался в мессенджерах или соцсетях непосредственно перед сном, чаще других страдали бессонницей.

Критики уже отметили, что выборка слишком мала, чтобы делать выводы о том, что использование смартфона может спровоцировать бессонницу, однако такая возможность не исключается.

Однако

Главное — знать меру

По всему миру проведено немало исследований, так или иначе демонстрирующих, что употребление алкоголя в умеренных количествах может быть полезно. Так, эквивалент 10-20 г этилового спирта в день уменьшал риск развития метаболического синдрома. Сейчас учёные нашли ещё один положительный эффект от употребления небольших доз алкоголя: оказывается, люди, ежедневно выпивающие большой бокал вина, реже страдают от ишемического инсульта. Научная группа состояла из исследователей Каролинского института (Швеция) и Кембриджского университета (Великобритания).

Специалисты ознакомились с 25 опубликованными работами, в которых в общей сложности участвовали более 20 тыс. взрослых, и выявили, что 30 г алкоголя в день снижают риск развития самого распространённого вида инсульта – ишемического. Обычно это острое состояние возникает, когда кровеносный сосуд в мозгу закупоривается сгустком крови. Ранее исследования показывали, что алкоголь уменьшает производство фибриногена.

Таким образом, умеренное употребление алкоголя «разжижало» кровь участников исследований, уменьшая вероятность развития ишемического инсульта. Если же человек выпивал менее 30 г алкоголя в день – риск развития



инсульта также снижался, но не так существенно. Перебор с алкоголем значительно повышал шансы участника оказаться на больничной койке с инсультом любого вида.

Ведущий автор исследования Сусанна Ларссон из Каролинского института подчеркнула, что вопрос употребления алкоголя остаётся спорным, несмотря на результаты работы её группы. С одной стороны, умеренное употребление

увеличивает уровень «полезного» холестерина, уменьшает концентрацию фибриногена, снижает уровень воспаления в организме.

С другой стороны, алкоголь повышает кровяное давление, что может стать причиной инсульта. Исследователь добавила, что, понижая риск развития ишемического инсульта, алкоголь может повысить вероятность возникновения инсульта геморрагического.

Подготовил Марк ВИНТЕР.
По материалам Medical Xpress, Stat News, The Telegraph, Eurek Alert, Reuters, Science Daily.

«Больница» – исконно славянское слово, по письменным памятникам известное с XI века. Древнерусские больницы, создававшиеся, как правило, при монастырях в религиозно-благотворительных целях, были призваны осуществлять один из догматов церкви «возлюби ближнего своего, яко самого себя», поэтому слово – «больница», надо полагать, включало в свою семантику элементы всей гаммы значений производящего слова «больной» и служило наименованием места, где не только оказывают медицинскую помощь больным, но и из чувства религиозного сострадания заботятся о престарелых, убогих, немощных.

Активное использование в середине XX века словосочетания «железная дорога», не лимитированного стилистико-жанровыми рамками, способствовало не только приобретению им прочной устойчивости, но и превратило его в источник образования новых слов путём «сжимания», сложения составных его основ с одновременной суффиксацией опорной основы – железнодорожный.

Словосочетание «железнодорожная больница» мы находим в текстах врачей на протяжении всего XIX века, начиная с 1870-х годов.

«В этом случае железные дороги, имея свой собственный значительный персонал, могут при помощи его оказать немаловажную услугу в надзоре за перевозкой раненых, а также и в лечении тех из них, которые по ходу болезни в известный момент транспортировки окажутся не способными к дальнейшему её перенесению и будут оставлены в железнодорожных больницах». (А.Лебедев. «Врачебная служба на наших железных дорогах», 1876).

«Предлагаемый мною очерк 13-летней деятельности заведомой мною железнодорожной больницы, по необходимости, является, неработанным по отношению возможных и желательных сравнений с однородными данными других таких же учреждений, за простым неимением таковых». (П.Цезаревский, «Железнодорожная больница на ст. Люботин», 1896).

Прилагательное «узловой» впервые фиксируется в Толковом словаре живого великорусского языка В.Даля, в котором имеет толкование «к узлу, узелку относящийся». В Толковом словаре русского языка под редакцией Д.Ушакова (1940) слово «узел» впервые фиксируется в переносном значении: 1. «место, где связаны концы чего-нибудь (верёвок, канатов, ниток), или завитое в петлю и стянутое место на канате, петле, нитке. 2. перен. «место схождения, скрещения каких-нибудь линий (дорог, путей и т.п.). Железнодорожный узел. Окончательно закрепившимся такое значение присутствует в Словаре современного русского литературного языка: железнодорожный узел – место соединения нескольких железнодорожных линий, а также пункт, регулирующий работу нескольких железнодорожных станций. «Железнодорожный узел соединял шесть линий. Вокзал плотно был набит людьми», – писал

в своём романе «Как закалялась сталь» Н.Островский. В текстах железнодорожных врачей прилагательное «узловой» в указанном употреблении появляется, начиная с 1870-х годов.

«В отношении участков фельдшеров желательнее иметь, кроме разъездных, ещё и постоянных фельдшеров, именно на больших – узловых станциях, где существуют более или менее обширные мастерские и где, следовательно, число служащих значительно, не говоря уже о большом количестве

зав при этом кредит 125 тыс. руб., как на остаток от 600 тыс. руб., разрешённых по ст. 3; 28 сметы расходов Управления железных дорог, который признал постройку общей железнодорожной больницы в Петербурге желательной». (Старший врач Северо-Западных железных дорог Н.Ващенко, Рапорт Его Высокопревосходительству Министру Путей сообщения, 1910).

«Об устройстве железнодорожной больницы в С.-Петербурге, для обслуживания нужд Петербургского узла как в пределах

покойного К.А.Вальтера. По многим причинам я был чрезвычайно рад получить это место. Не раскаяюсь в этом и сейчас, ибо отделение Узловой больницы представляло и представляет собой отличное отделение, работать в котором одно удовольствие» (В.Оппель, «Организация и работа в хирургическом отделении», 1926).

Позднее в сообщениях медицинских периодических изданий появляется упоминание о железнодорожной больнице в Москве с похожим названием.

Лишь в начале XXI века словосочетание «узловая больница», зафиксированное в энциклопедии «Железнодорожная медицина», обрело свойство устойчивого, терминологического.

«170 НУЗ – больниц компании – образует своего рода цепь: центральные – дорожные – отделенческие – узловые – линейные больницы. <...> Как правило, звенья этой цепи идут по мощностям (размерам, количеству коек), оснащению наиболее современным оборудованием, числу и квалификации врачей, многопрофильности, специализированности, применяемым в нисходящем порядке. <...> Мощность центральных больниц № 1 и № 2 соответственно 600 и 1074 койки, других значимо меньше. Средняя мощность дорожных больниц – 540 коек, <...> отделенческих – 186 коек, узловых – 92 койки» (Железнодорожная медицина: Энциклопедия, 2007).

Итак, прилагательное «узловой» в значении «имеющий отношение к железнодорожному узлу» известно с конца 1870-х годов. С 1910-х оно переходит в сферу железнодорожного здравоохранения. В числе железнодорожных больниц на территории Российской Империи выделились с 1914 г. две узловые больницы: Петроградская узловая железнодорожная больница и Московская узловая железнодорожная больница, причём первой в письменных источниках узловой именуется строящаяся Петербургская. Название это железнодорожная больница сохраняла и после Октябрьской революции до 1 января 1965 г., когда больница «из узловой стала дорожной».

В наше время в составе сложных терминов, именующих стационарные лечебные учреждения, обслуживающие железную дорогу, в ряде случаев сохраняется компонент «узловой»:

«Узловая больница на станции Кемь ОАО «РЖД» <...> 80 коек; Узловая больница на станции Выборг ОАО «РЖД» <...> 100 коек; Узловая больница на станции Кандалаха ОАО «РЖД» <...> 70 коек; Узловая больница на станции Великие Луки ОАО «РЖД» <...> 100 коек». («Здравоохранение Октябрьской железной дороги», 2011).

У термина «узловая больница» изменился обозначаемый предмет действительности. В начале XX века это были лечебные учреждения, «оборудованные клинически», имевшие более 100 коек, однако бывшие далеко не на каждой узловой станции железной дороги; в XXI веке узловые больницы – это уже ЛПУ с гораздо меньшей мощностью, нежели десятилетия назад. Да и, правду сказать, узловых больниц в системе ОАО «РЖД» остаётся всё меньше и меньше. В условиях бесконечного реформирования «медицинского цеха» железнодорожной отрасли многие из них либо ликвидированы, либо реорганизованы в узловые поликлиники.

Наталья СКРЯБИНА,
библиограф фундаментальной
библиотеки Военно-медицинской
академии им. С.М.Кирова
Министерства обороны РФ.
Санкт-Петербург.

Далёкое – близкое

Там, где сходятся стальные нити

Из истории наименований лечебных учреждений



Памятник Николаю Ващенко на территории Дорожной клинической больницы в Санкт-Петербурге

пассажиров, скопляющихся на таких станциях». (Доклад Обществу Киевских врачей комиссии, избранной из членов его, в Заседании общества 26 мая 1879 г., для представления заключений по вопросам, касающимся медико-санитарной части железных дорог в России, 1879).

«Съезд железнодорожных врачей настоятельно рекомендует поставить на первую очередь устройство больниц на узловых станциях, а также на тех, где имеется наибольшая скученность служащих, в особенности в местах нахождения больших мастерских, главных депо и Управлений дорог. (Д.Успенский, «О необходимости сооружения железнодорожных больниц», 1898).

Употребление словосочетаний «узловая больница», «узловая железнодорожная больница» начинается с 1910-х годов в произведениях официально-делового стиля: «В 1906 г. Врачебно-санитарная часть Управления железных дорог вновь ходатайствовала перед бывшим Министром Путей сообщения о постройке в Петербурге узловой железнодорожной больницы, ука-

Петербуржских станций, так и по линиям прилегающих к Петербургу Казённых железных дорог, на протяжении ближайших к Петербургу 100 вёрст», – длинное название доклада всё того же врача Н.Ващенко, который прозвучал на Третьем совещательном съезде врачей Северо-Западных железных дорог (24-25 мая 1910 г.). В этом названии легко проследить живую связь прилагательного «узловой» с существительным «узел» в переносном употреблении.

Впоследствии рассматриваемое нами словосочетание употребляется как в текстах статей Н.Ващенко, так и в хроникальных материалах медицинских периодических изданий. Ну, например.

«30 ноября состоялось освящение Петроградской узловой ж.д. больницы, частично приспособленной для устройства в ней лазарета на 120 кроватей для раненых и больных воинов». («Вестник железнодорожной медицины и санитарии», 1914.)

«В конце 1919 г. я был приглашён заведующим хирург. отделением Узловой ж.д. больницы, на место

«Открытие Московской узловой железнодорожной больницы состоялось 12 октября с.г. в присутствии директора канцелярии Министра П.С. Н.И.Туган-Барановского, начальников и управляющих Московского узла, ж.д. врачей и друг. лиц. Новая больница находится в 6 верстах от Москвы близ станции Лосиноостровской Северных ж.д. и предназначена обслуживать прилегающие к Москве участки казённых дорог. Больница рассчитана на 400 кроватей; сооружение её обошлось около 1 1/2 миллиона рублей. В настоящее время больница приспособлена для пользования раненых и больных воинов, главным образом, на пожертвования ж.д. служащих». («Вестник железнодорожной медицины и санитарии», 1914).

Живая связь с существительным «узел» сохраняется как в произведениях известного архитектора Г.Рудзского, так и в текстах железнодорожных врачей, созданных в начале 1920-х годов.

«Когда вопрос о сооружении Петроградской узловой железнодорожной больницы после подготительных работ стал на реальную почву, мне предложено было спроектировать больницу на 200 коек, из которых 150 общих. Больницу предполагалось строить по типу Московской узловой с терапевтическим и хирургическим отделениями по коридорной системе и с заразным отделением в виде нескольких отдельных павильонов». (Инженер Г.Рудзский (Петроград). «Гигиена и санитария путей сообщения», 1923).

«Несколько лучше, по-видимому, дело обстоит с нервными болезнями, для которых Московский узел располагает тремя специальными отделениями: при физиотерапевтической больнице М.-Бел.-Балт. ж.д. и при узловых больницах Северных и Курской жел. дорог». (В.Доброхотов. «Гигиена и санитария путей сообщения», 1923).

Память

Героическую оборону Севастополя в годы Великой Отечественной войны воссоздали студенты колледжа Омского государственного медицинского университета. И не на сцене актового зала этого учебного заведения, а в просторном дворе между общежитием и учебным корпусом, где живут и учатся будущие специалисты среднего медицинского звена.

Большую часть двора самодельные артисты декорировали под оборонительный рубеж, который немецко-фашистские войска пытались прорвать с ходу с 30 октября по 21 ноября 1941 г., чтобы захватить город. Почти

Как защищали Севастополь

настоящие окопы, рвы, блиндажи. Разрывы снарядов, имитируемые петардами, дым пожарищ – это 242-й учебный центр ВДВ, базирующийся в Омске, помог дымовыми шашками, пикирующие на защитников Севастополя вражеские самолёты – сразу и не заметишь, что их макеты закреплены на трюсах, протянутых поверх двора. Эвакуация санинструкторами раненых. Наконец, рукопашный бой советских бойцов с захватчиками. И он оказался настолько реальным, что принять в нём участие рвались

даже многочисленные зрители, пришедшие на это действо, которое студентам колледжа помогли реконструировать ровесники из Омского института водного транспорта и учащиеся кадетской школы-интерната № 9. Более подробно об обороне Севастополя, длившейся с конца октября 1941 по июль 1942 г., приглашённые на её частичную реконструкцию ветераны Великой Отечественной войны и активисты общественных организаций узнали в музее колледжа, где демонстрируется экспозиция «Битва за Севастополь».

Здесь же хранятся и другие экспозиции исторических сражений Великой Отечественной войны, потому что реконструкцией некоторых из них студенты медколледжа занимаются с февраля 2014 г., когда исполнилось 70 лет снятия блокады Ленинграда. В колледже все хорошо знают, что корни их учебного заведения именно ленинградские, откуда и было эвакуировано в Омск военномедицинское училище имени Николая Щорса в начале войны. Потом оно стало гражданским, получив статус республиканского,

а несколько лет назад вошло в состав Омского ГМУ. И увлечение студентов колледжа воссозданием давних героических событий получило в вузе полную поддержку.

– Надо воспитывать молодёжь не только посредством предметных дисциплин. Чувство патриотизма можно всколыхнуть именно через вот такие сценические образы. Не зная истории своей страны, невозможно стать полноправным гражданином. Должно быть чувство гордости за свою родину, за своих дедов, – считает исполняющий обязанности ректора Омского ГМУ Виталий Охлопков.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».
Омск.

А ещё был случай

Мюнхгаузен из Приселья

«Я часто ходил на охоту и теперь с удовольствием
вспоминаю то весёлое время...»

«Приключения барона Мюнхгаузена»

Наш отец, обыкновенный доктор, как и барон Мюнхгаузен, «часто ходил на охоту и с удовольствием вспоминает то весёлое время, когда с ним чуть ли не каждый день случалось столько чудесных историй»...

Евгений Васильевич, наш отец, любит не только медицину, охоту, но и весёлые истории. Эту любовь он привил нам, своим детям, обыкновенным врачам – педиатру и стоматологу, поэтому слушайте наш рассказ...

Деревенька Приселье, затерянная в суровых Смоленских лесах, стылый рассвет, забеленный первыми снегами и три отчаянных охотника – наш, Евгений Васильевич, и две его собаки. И если это охотничье трио дышало энтузиазмом и энергией, то зарождающийся день был, напротив, промозглым и грустным.

Накануне прошёл ледяной дождь. Почерневшие берёзки изогнули стволы, словно собирались сделать «смертельный мостик» на снежном багуте. Ветви ракитника растопырили «пальцы» и застыли в ожидании, как кисти в стакане художника-импрессиониста по имени Зима. Ели и сосны пытаются выглядеть непоколебимыми и самодостаточными, но и они грустно прижали руки-ветки к промокшему стволу. И лишь великолепный вековой дуб на опушке леса распростёр обледеленные края

жистые объятья к проснувшемуся солнцу и «запел»... каждым своим сухим листочком «запел» оду зарождающемуся дню. А в тон ему, как огромный оркестр, весь лес зазвенел от стылого прикосновения ветра.

Звенят плачущие плети берёз, звенят озябшие гроздья рябины, каждой своей колючкой звенят нахохлённые сосны и ели. Но ручей, который всю жизнь журчал и куда-то торопился, вдруг выбился из сил и задремал под хрупкой корочкой первого льда. Скользкие поваленные деревья перечеркнули плоскость этого бытия...

В следующий порыв ветра в воздух взлетела колючая снежная труха, забила глаза, нос. Собаки невольно жмутся к ногам человека, воротят серые морды от этого снежного карнавала. Колючий наст царапает их лапы. Какая уж тут охота – одно название! Обидно, что погода сегодня преподнесла им такой сюрприз. Обидно, ведь именно сегодня должен состояться их охотничий дебют – когда ты не в многочисленной своре лишь облаиваешь зверя, а сам его выслеживаешь, нагоняешь... и ловишь – сам, для своего хозяина!

Да, погода – дрянь, и зверьё поэтому куда-то запропастилось... Хотя, что значит куда? Известно куда: по норам, кустам и буеракам отсиживать эту непогоду. И наплевать им на нашу охоту!



Кругом звонко, зябко, голо, сумрачно, ветрено и грустно. Энтузиасты охотничьего дела тоже растеряли весь азарт и уже повернули к деревне, как вдруг...

Как вдруг – вы не поверите – откуда-то из-под снежного наста между человеком и собаками высочил заяц! Нет, мы не авторы произведения о бароне Мюнхгаузене. Мы – русские педиатр и стоматолог, но вы всё равно не поверите: заяц в секунду оценил обстановку и бросился от собак в сторону охотника. Что делать? Ружьё заряжено не вишнёвыми косточками, как принято у немецкого барона, а настоящими патронами, как полагается у русского охотника. Стрелять ими с такого расстояния и бесполезно (что останется от зайца?), и опасно (останется ли что-либо от собак?). Поэтому охотник, тоже с непродолжительной задержкой, пытается поймать юркнувшую между ног дичь всем, чем может. Как барон Мюнхгаузен не

испортил шкуру лисицы, так и наш герой сохранил новую шубку зайца. Попал, попал своей «пятой точкой»! Накрыл! Сидит. Руки держат ружьё, «пятая точка» – зайца.

Собаки в недоумении: куда делась дичь? Не она ли под хозяином? К счастью или сожалению – домашние животные соображали дольше дикого... Малейшая попытка охотника приподняться – и заяц уже в движении. Несколько мгновений они даже двигались вместе. Охотник

на зайце, как барон Мюнхгаузен на ядре. Но наш «Мюнхгаузен» местный, из Приселья. Ему мчаться куда не надо, ему и здесь хорошо. А зайцу и подавно хорошо: он уже вырвался из тесных охотничьих «объятий» и поскакал без оглядки в соседний лес.

А собаки, те всё ещё рьяно рыли снег под своим хозяином. Лично мы, обыкновенный педиатр и стоматолог, в этой истории болели за зайца! За шустрого, отчаянного, сообразительного зайца! Да и сам охотник, наш отец-доктор, на косяго совсем не был в обиде. Часто потом всем рассказывал, что он с удовольствием полетал верхом на зайце. Как барон Мюнхгаузен на ядре!

А вы за кого в этой истории болели, коллеги?

Любовь и Дмитрий
ДАВЫДЕНКО.

Ярцево,
Смоленская область.

Умные мысли

Николай КОНЯХИН

Опасные игры с жизнью

- Тонкий юмор – результат экономии на сатире.
- Которые не боятся смерти, тех и жизнь опасается.
- Нет ничего проще – жениться на простушке. Но какие сложности возникают после свадьбы!
- Каждая резина тянет своё время.
- Свободные люди нынче в свободной продаже.
- Частный бизнес дорого обходится государству.
- Эхо – это голос природы.
- В игре с жизнью главное – не проиграть с крупным счётом.
- Кто «стучит», до того не достучишься.
- Лишний вес – это нелишняя маскировка.
- Теперь Москва дальше своего Подмосковья.
- Не хочешь учиться, не стремись и жить.
- Вышел из себя. Оглянулся и не узнал себя.
- Знание – сила. Звание – засилье.
- В бумаге ни одной извилины, а сколько мыслей!
- Кто не с нами, с того дополнительную оплату.
- Нос уверен, что все пальцы – «ковырляльные».

Талдом,
Московская область.

Рос. дирижер	Магн. сплав	Анти-депрессант	Капитан у Сабатини					Монета, Англия	СКАНВОРД										Декс-медетомидин						Франц. артист балета
					Светильник		Повесть Абрамова		Отбеливающая глина		Польск. математик		Торос					Любовь Самсонова		Старин. страна, Нигерия		Корпус артил. снаряда		Порода кошек	
	«Снегурочка», перс.		Звезда, Пегас									Ардан, фильм		Город, Амазонка		«Отцы и ...» (фильм)		Стоянка войск		Опера Тома				Греч. нимфа	
				Расход	Невольник		...страстей		Лансопразол							Обратно						Память компьютера			
	Трава, приправа		Отрешенность						Рос. химик		Воинская часть		Казах. бард					Древнегреч. драматург		Испан. нож					
					Команда собаке		Тюрк. титул						Англ. поэт		Приток Оки							Рос. архитектор			
	Страница без текста		Манильская пенька						Жалобы (разг.)				Шлюпка					К	Ш	П	А	Г	А	Т	
					Город Нижний ...						Дорожка в лесу							А	Й	Р	А	О	А	П	
																		Р	О	Ф	Л	О	С	И	
																		О	П	А	К	А	О	Р	
																		Д	С	Ш	О	Р	А	П	
																		Е	Б	Р	И	Л	Г	Р	
																		К	Е	Ш	И	Е	Н	Ж	
																		С	У	С	Т	А	В	И	
Автор Валерий Шаршуков			Пилонос						Бубен у нивхов				«...любви», Рубенс					Т	М	А	Й	Я	Р	А	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 94 от 14.12.2016.

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

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

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

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-11-00372 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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