

Медицинская

2 декабря 2015 г.
среда
№ 90 (7612)

газета®

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

Юбилей

От истоков — в будущее

Научный центр неврологии расширяет горизонты



Что там, за plus ultra – пределами возможного, всегда интересовало сотрудников созданного за месяц до окончания Великой Отечественной войны Института неврологии.

Его директорами были видные учёные – член-корреспондент АН СССР и академик АМН СССР Н.Гращенко, академики АМН СССР Н.Коновалов, Е.Шмидт, академики РАМН Н.Верещагин и З.Суслина, благодаря которым институт стал одной из жемчужин отечественной медицинской науки.

На пресс-конференции в канун юбилея крупнейшей сегодня неврологической клиники России прозвучало когда-то существовавшее

В нейрореанимационном отделении пациентов возвращают к жизни

выражение: «Неврологи знают всё, но ничего не могут». Технический прогресс в корне изменил ситуацию. Самые передовые системы компьютерной томографии позволяют теперь бесконтактно заглянуть внутрь черепной коробки и увидеть, что собой представляет головной мозг, какие существуют проблемы у человека. А дальше – исследование, разработки эффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов. Центр неврологии располагает современной экспериментальной базой мирового уровня. И те опыты, которые проводятся здесь, вскоре вполне могут вылиться в открытия, которые спасут много жизней людей. Для

молодых же учёных это огромное поле творческой деятельности. А потому не угасает научная мысль в стенах центра!

Сегодня Научным центром неврологии руководит член-корреспондент РАН Михаил ПИРАДОВ, вся научная и медицинская деятельность которого связана с этим славным учреждением. Он является одним из признанных лидеров отечественной неврологии и нейрореаниматологии. И кому как не ему рассказать читателям «МГ» о пройденном 70-летнем пути, коллегах, прорывных технологиях, признанных мировыми приоритетами.

(Окончание на стр. 12.)

В спецвыпуске «Здравоохранение региона: Забайкальский край»

Стр. 2, 4-7

Михаил ЛАЗУТКИН,
министр здравоохранения
Забайкальского края:

Сегодня есть возможность выбирать амбулаторно-поликлиническое учреждение, и выбор пациента – это самый реальный показатель работы медицинской организации.

Стр. 4



Антон РОДИОНОВ,
доцент кафедры факультетской
терапии Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова,
кандидат медицинских наук:

В идеале нам нужна такая система, где больницы и поликлиники состоят в единые медицинские холдинги.

Стр. 10

Ариан КАЛИНИН,
ведущий научный сотрудник отдела
хирургической эндокринологии
МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского,
член-корреспондент РАН:

Хирургическая эндокринология имеет общемедицинское, общепатологическое значение.

Стр. 11.



Решения

Именем высоких технологий

В 2016 г. количество москвичей, которым будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь, увеличится со 100 тыс. до 115 тыс. человек, что полностью покрывает потребности столицы. Это стало возможным благодаря беспрецедентному – практически в 2 раза – увеличению финансирования этого вида медицинской помощи из бюджета Москвы.

Объём городской субсидии на ВМП возрастёт с 2,5 млрд руб. до 5 млрд. Как сказал мэр Москвы Сергей Собянин, это решение продиктовано необходимостью привести структуру финансирования ВМП в соответствие с реальными расходами медицинских учреждений. На протяжении последних нескольких лет как объём финансирования, так и количество случаев оказания ВМП в Москве стабильно растут. В частности, если в 2010 г. её получили около 77 тыс. человек, то в 2014 г. их было уже без малого 100 тыс.

Произойдут и определённые изменения в части расширения прав медицинских учреждений на расходование средств, выделяемых из городского бюджета на финансирование ВМП. В частности, теперь их можно направлять на закупку медицинского инструментария, реактивов и химикатов, оплачивать лабораторные и инструментальные исследования в других медицинских учреждениях.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

События

Волонтёры-медики в Приморье

Приморское отделение федерального движения «Волонтёры-медики» появилось во Владивостоке. Всероссийская организация сообщества студентов медицинских вузов и колледжей добровольно и бесплатно оказывает помощь медицинскому персоналу по всей стране.

Это первое дальневосточное представительство движения. Решение

о его появлении принято в Москве на недавнем форуме сообщества.

Штаб движения будет располагаться в Тихоокеанском государственном медицинском университете. До конца года в приморском филиале намерены сформировать команду, которая и будет решать поставленные перед представительством многочисленные задачи.

По словам Вячеслава Гнездилова, координатора движения «Волон-

тёры-медики» в Приморском крае, изначально необходимо наладить взаимодействие волонтеров с медицинскими учреждениями всего региона. При этом помогать ребята будут в рамках дополнительного образования, то есть в своё свободное время, а не на летней практике.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ**

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

Новости

«Воздушное дежурство»

Заведующий отделением абдоминальной хирургии Челябинской областной клинической больницы Антон Ефремов стал руководителем своеобразной бригады медиков, которая спасла пассажирку самолёта. Женщина потеряла сознание на борту лайнера. По громкой связи объявили, что нужен врач. По счастливому стечению обстоятельств, на борту оказалось сразу 4 медика, среди них один врач-хирург – Антон Ефремов. Измерив пульс, врач установил, что у потерявшей сознание замедлен сердечный ритм: в минуту едва набиралось 35 ударов.

По словам участников событий, помочь пенсионерке удалось лишь благодаря слаженной работе экстренного консилиума и сноровке стюардесс. Бортпроводницы освободили несколько мест, помогли уложить бабушку, предоставили необходимые медикаменты.

Медикам пришлось решать судьбу всего рейса. От их вывода зависело, полетит ли самолёт дальше или придётся его экстренно посадить для оказания более серьёзной помощи. После беседы с пациенткой и необходимых терапевтических мер они решили, что женщина сможет преодолеть оставшуюся часть воздушной трассы. Но возле проблемной пациентки установили своеобразное дежурство.

Путешествие закончилось благополучно для всех участников истории, обошлось даже без паники.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Лихорадка Эбола отступила

ВОЗ объявила, что эпидемия лихорадки Эбола в Сьерра-Леоне окончена, сообщает ряд информационных агентств.

По информации Всемирной организации здравоохранения, в течение 42 дней в стране не было зафиксировано ни одного нового случая лихорадки. Этот срок в 2 раза превышает максимальный инкубационный период заболевания.

Ранее сообщалось, что у излечившихся от Эболы мужчин вирус продолжает находиться в семенной жидкости ещё несколько месяцев.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Свои помогают своим

В Новосибирском государственном университете создан центр психологической помощи для студентов. Как уточнили в ректорате НГУ, появление нового подразделения обусловлено необходимостью оказывать профессиональную поддержку молодым людям, которые не способны самостоятельно и конструктивно решать возникающие у них проблемы как в вопросах межличностных отношений, так и связанные с интенсивными учебными нагрузками. Ощущение кризиса жизни, депрессия, тревожность, зависимость от социальных сетей, переживания любовных драм – всё это отрицательно сказывается на успеваемости студентов, поэтому руководство университета приняло решение создать полноценно функционирующую службу психологической помощи, аналоги которой есть во многих ведущих университетах мира.

Основная нагрузка по организации и обеспечению деятельности университетского центра психопомощи легла на преподавателей и старшекурсников факультета психологии НГУ. В программе его работы предусмотрены диагностика, индивидуальные консультации, тренинги, группы личностного роста и открытые лекции. Таким образом, будущие выпускники факультета психологии получают первые навыки практической работы, а их пациенты – возможность бесплатно решить свои душевные проблемы.

Елена БУШ.

Новосибирск.

Повысить скорость «скорой»

В Ульяновской области работу скорой помощи с весны этого года проверяет бригада линейного контроля. Благодаря этому удалось сократить среднее время прибытия к пациентам и снизить количество жалоб.

– Контролирующая бригада специалистов из числа руководителей подстанций проверяет и разбирает весь путь команды медиков на выезде. Это помогает корректировать их действия. За время работы бригады линейного контроля удалось сократить по сравнению с прошлым годом среднее время прибытия к пациентам почти на 3,5%, а также уменьшить количество жалоб. Подобные незапланированные проверки необходимо продолжить для дальнейшего совершенствования работы, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Медики преодолевают границы

Воронежские врачи обсудили с австралийскими коллегами современные подходы в неврологии. Научно-практическую конференцию «Современные подходы в диагностике и лечении дегенеративных заболеваний. Международный опыт» они провели в режиме реального времени. На повестке дня были ключевые проблемы неврологии, вопросы диагностики и современных подходов к лечению болезни Паркинсона.

В мероприятии приняли участие неврологи, терапевты, врачи общей практики – всего порядка 260 специалистов.

Оксана КОЗЛОВА,
сотрудник Департамента здравоохранения
Воронежской области.

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

Особый случай

Только чуткостью и любовью врачей

Простые человеческие чувства в амбулаторном ведении пациента с пересаженным сердцем многое значат



Валерий Иванников с мамой Светланой на беседе с заместителем главного врача по лечебной работе Юлией Коваленко (первая слева) и клиническим фармакологом Оксаной Квасовой перед отъездом в Москву

Не надо напоминать, что пересадка сердца относится к хирургии «высокого риска». Но только человек, не имеющий отношения к медицине, может предположить, что с последним швом на коже грудной клетки угрозы жизни больному остаются в прошлом. Ключевой момент в успехе выздоровления – послеоперационное ведение в соответствии с клиническими протоколами и индивидуальной программой реабилитации.

Насколько ответственен амбулаторный этап лечения пациента с донорским сердцем, не понаслышке знают специалисты поликлинического подразделения № 2 Клинического медицинского центра Читы – заместитель главного врача по лечебной работе Юлия Коваленко, кардиолог Елена Бочкарёва и клинический фармаколог Оксана Квасова. Ведь именно в этом подразделении городского поликлинического объединения взят под тесную медицинскую опеку 25-летний читинец Валерий Иванников,

получивший не так давно новое сердце – подарок от судьбы и кардиохирургов Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России.

После того, как Валерию, прежде весьма активному молодому человеку, водившему автомобиль, заядлому рыболову-любителю был выставлен диагноз «дилатационная кардиомиопатия», ожидание донорского органа заняло 3,5 года. Как сегодня вспоминает его мама Светлана, это было очень тяжёлое время, поскольку жизнь сына каждый день висела на волоске. Парень с трудом передвигался по квартире, его мучили одышка и сильный кашель. Когда забайкальские журналисты поведали землякам, что Валерия наконец-то вызывают на операцию, но для проезда в Москву у семьи больного нет денег, то на билеты скидывались всем миром.

Замещение неисправного «мотора» донорским трансплантатом принесло долгожданное облегчение в состоянии здо-

себя время в полном объёме инструментального обследования и сдачи лабораторных анализов. А диагностическая база в Клиническом медицинском центре Читы очень приличная...

На днях Валерий с мамой вновь отправится в главный российский центр трансплантологии. В Москве его ждут на этот раз для выполнения процедуры эндомиокардиальной биопсии. Накануне отъезда Иванниковы заглянули в кабинет заместителя главного врача по лечебной работе Юлии Коваленко. Не только для получения перед дорогой медицинских рекомендаций, но и, как всегда, просто поговорить по душам. Потому что чуткостью и любовью врачей укрепляется пока ещё хрупкая, но постепенно набирающая силу новая жизнь пересаженного сердца...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Чита.

Фото автора.

О том, какими делами и заботами
наполнены будни медиков
Забайкалья, читайте на стр. 4-7.

Профилактика

Сбоев при ликвидации последствий ДТП не было

Специалисты территориальных центров медицины катастроф и подразделений МЧС, ГИБДД и МВД Омской и Новосибирской областей провели совместное тактико-специальное учение.

Оно проходило на участке федеральной автодороги М-51 «Байкал», входящей в зону ответственности этих региональных служб спасения, где было симулировано ДТП – автотран-

спортная авария, напоминавшая случившуюся в июне нынешнего года в Прииртышье, когда в результате столкновения пассажирского автобуса и грузовика погибли 16 человек. Но на дорогах государственного значения такие ЧП могут привести к более трагичным результатам, если помощь пострадавшим не будет оказана максимально быстро и качественно.

Такое совместное учение проводилось впервые, но в его ходе

сбоев не было. Оперативно сработала Российская единая система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, на высоте оказались и подразделения всех региональных ведомств, принявшие участие в этой проверке на слаженность действий и профессиональную подготовленность.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Санитарная зона

Локальная победа над инфекциями

В столице за последние 3 года не зарегистрировано ни одного очага внутрибольничных инфекций. Об этом сообщила руководитель Управления Роспотребнадзора по Москве Елена Андреева на XIV ассамблее «Здоровье столицы».

«Если ещё в 2013 г. было зафиксировано 1,9 тыс. инфекций, распространение которых связано с оказанием медицинской помощи, в 2014 г. – 1,3 тыс., за 11 месяцев года нынешнего – лишь 900. Та

же самая история – с гнойно-септическими инфекциями: в 2013 г. они зашкаливали за 300, в 2014 г. их было около 160, а 2015 г. нам дал всего лишь 67 случаев, – отметила Е.Андреева. – Сокращение количества инфекций – следствие изменения подхода к профилактике. Безусловным прорывом стал совместный успех нашей службы и столичных медиков в борьбе с корью. В 2014 г. наш город стал объектом обсуждения, так как вышел в лидеры по количеству

инфицированных корью медработников», – подчеркнула она. Мы провели анализ крови на напряжённость иммунитета и поняли, что 50, если не 60% прививочных сертификатов нарисованы самими медиками или их коллегами, – сообщила Е.Андреева. – Тогда были вакцинированы все медицинские работники, и на сегодня Москва имеет лучшие показатели за все предыдущие десятилетия. За 11 месяцев этого года зарегистрировано всего 4 случая кори среди медицинских работников, и ни один из них не стал источником инфекции. Это, безусловно, важная победа.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!
Москва.

Сотрудничество

Новые пути общения

Недавно в Тамбовской областной клинической больнице сотрудники Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена доктора медицинских наук Олег Пикин и Андрей Рябов провели мастер-класс «Актуальные вопросы торакальной онкохирургии».

Ежегодно в стране регистрируется более 60 тыс. новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями органов грудной полости. По уровню смертности рак лёгкого занимает ведущее место среди всех злокачественных новообразований. Раннее выявление, своевременное и эффективное лечение в сочетании с применением высоких технологий – залог продления жизни тысячам пациентов.

Хирургическое лечение является основным методом подавляющего большинства злокачественных новообразований. Так что внедрение новых технологий и методов должно проводиться не только в федеральных центрах, но и в регионах.

В первой части встречи московские специалисты выполнили две

показательные операции – правостороннюю пневмонэктомию и левостороннюю верхнюю лобэктомию с циркулярной резекцией главного бронха и применением бронхопластических технологий. По итогам операций были проанализированы методики формирования бронхиальных анастомозов и тактика послеоперационного ведения данной категории пациентов.

Вторая часть мастер-класса проходила в рамках работы Общества онкологов и хирургов Тамбовской области. С огромным интересом лекции прослушали практикующие врачи городских и районных лечебных учреждений. Заведующий 1-м хирургическим отделением Тамбовской областной клинической больницы Амир Ягофиров представил сообщение о результатах хирургического лечения рака лёгкого за 3 предшествующих и 9 месяцев этого года. В лекциях А.Рябова «Хирургия рака пищевода: современное состояние проблемы» и О.Пикина «Диагностические и лечебно-тактические ошибки у больных с опухолями средостения» представлены различные аспекты

диагностики и методов лечения больных со злокачественными новообразованиями грудной полости. В ходе оживлённой дискуссии столичные специалисты ответили на многочисленные вопросы участников конференции, прокомментировали частные вопросы представленных видеоматериалов и статистических показателей. Высокую оценку мастер-классу дали главный врач областного онкологического диспансера Владимир Милованов и главный хирург Управления здравоохранения Тамбовской области Геннадий Сорокин.

Мастер-класс прошёл в деловой конструктивной обстановке. Несомненно, он многое дал для роста профессионального мастерства врачам тамбовской периферии. Опыт совместной работы хирургов федеральных центров и регионов необходимо развивать с целью качественного и эффективного оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».
Тамбов.

Однако

Медицинская палата Свердловской области защитила честь и достоинство врача-кардиолога Светланы Кольчугиной, которую оскорбила пациентка во время приёма в поликлинике областной клинической больницы № 1. Вердикт прокуратуры и суда Верх-Исетского района Екатеринбурга – признать пациентку виновной в совершении административного правонарушения.

своих решений), она оскорбила специалиста так, что было слышно на весь этаж поликлиники. В результате С.Кольчугина обратилась в прокуратуру Верх-Исетского района Екатеринбурга. Адвокаты, представляющие интересы членов Медицинской палаты Свердловской области, сумели отстоять в суде право врача на уважительное отношение к нему во время исполнения профессиональных обязанностей.

Штраф за оскорбление



...В июле 2015 г. 45-летней пациентке была назначена консультация врача-кардиолога Свердловской областной клинической больницы № 1. Приём вёлся в соответствии с назначенным временем. Как отмечают в Медицинской палате Свердловской области, неизвестно, что заставило пациентку прийти в поликлинику раньше назначенного времени, и неизвестно, что послужило причиной её повышенного эмоционального состояния в этот день. Известен только следующий факт: сидящему у кабинета кардиолога Светланы Кольчугиной пожилому мужчине стало плохо. Врач решила принять его вне очереди, что вызвало у пациентки бурю негодования, несмотря на то, что до времени её приёма оставалось ещё 10 минут. Женщина не только не позволила врачу выполнить свои профессиональные обязанности перед пожилым пациентом (он, кстати, потом дал свидетельские показания, имевшие ключевое значение при вынесении прокуратурой и судом

Суд признал пациентку виновной в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 5.61 КоАП и назначил ей административное наказание в виде административного штрафа. В Медицинской палате Свердловской области считают данный случай крайне показательным, так как он может и должен стать примером для всех медицинских работников, пострадавших от действий пациентов во время выполнения профессиональных обязанностей. Очень часто пациенты, оскорбляя медиков, нарушают не только морально-этические нормы, но и сам порядок работы медицинских учреждений и чувствуют себя совершенно безнаказанно. Адвокаты и руководство Медицинской палаты Свердловской области рекомендуют: с такими ситуациями нельзя мириться, и врач имеет полное право доказать нарушение своих прав и получить компенсацию.

Павел ЛЕОНИДОВ.
МИА Сити!

Подписка-2016

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

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

- 50075 – на месяц;
- 32289 – на полугодие;
- 42797 – на год.

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

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**
О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgzr.ru

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
(адрес)											
Кому											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость											
подписки											
_____ руб. _____ коп.											
количество комплектов											
_____ руб. _____ коп.											
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
(адрес)											
Кому											

В Забайкальском крае менее года назад реализован уникальный проект по переводу государственной городской поликлиники на материальную базу ведомственного учреждения ОАО «РЖД» – Дорожной клинической больницы на станции Чита-2. На медицинское обслуживание в новую, по сути, поликлинику было передано около 35 тыс. пациентов, проживающих в Железнодорожном районе Читы. На сегодня это первый и пока единственный в России опыт, связанный с передачей взрослого населения территориального городского округа в ведомственное учреждение здравоохранения при наличии в городе государственной медицины. Своим видением целей и задач пилотного проекта, основанного на принципах государственно-частного партнёрства, с читателями «Медицинской газеты» уже поделился начальник Региональной дирекции медицинского обеспечения на Забайкальской железной дороге заслуженный врач РФ Михаил Фалилеев (см. «МГ» № 35 от 15.05.2015). Сейчас – разговор с министром здравоохранения Забайкальского края Михаилом ЛАЗУТКИНЫМ.

– Михаил Николаевич, что послужило причиной перевода государственной поликлиники на базу ведомственного учреждения?

– Городская поликлиника Железнодорожного района давно была одним из наиболее проблемных участков читинского здравоохранения. Прежнее помещение не выдерживало никакой критики, не соответствовало современным санитарным нормам – поликлиника располагалась на первом этаже жилого дома, в маленьких кабинетах вели приём по 3-4 врача, узкие коридоры... Теснота и скученность особенно ощущались в сезон ОРВИ и гриппа. Недостаток площадей не позволял расширить штат и разместить новое медицинское оборудование, организовать проведение лучевой диагностики и других инструментальных исследований, а также организовать полноценные приёмы узких специалистов. В результате поликлиника фактически превратилась в диспетчерскую, в основном направляющую пациентов в другие медучреждения. Всё это сказывалось на доступности и качестве медицинской помощи. Отсюда проистекали обоснованные жалобы пациентов на лечение в условиях, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам, на нарушение их прав в части профилактики и диагностики заболеваний.

Упомянутые проблемы, пути их решения неоднократно обсуждались в медицинском сообществе региона, с пациентами, экспертами и представителями Общественной палаты Забайкальского края. В условиях острого дефицита бюджетных средств, существующего в регионе, о планировании строительства в ближайшее время нового здания не могла идти речь, поэтому городская поликлиника № 2 была переведена на базу дорожной клинической больницы на станции Чита-2. Проект стал возможен в результате соглашения, заключённого между Забайкальским краем и ОАО «Российские железные дороги».

– Что изменилось в организации работы учреждения, появились ли у персонала и пациентов новые возможности?

– Сегодня поликлиника располагается в 4-этажном здании, на 1-м и 4-м ярусах. После переезда её площадь выросла кратно, тесные кабинеты и узкие коридоры сменили реконструированные и отремонтированные просторные помещения. Все новые рабочие места оснащены в полном соответствии с действующим в сфере здравоохранения законодательством. На 1-м этаже открылся аптечный пункт, который занимается дополнительным льготным лекарственным обеспечением граждан. Все преобразования были проведены за счёт средств дорожной клинической больницы. Увеличилось и число подразделений. В составе дорожной поликлиники № 1 – женская консультация, отделения стоматологии,

должности, особенно узких специалистов, которые в прежней поликлинике раньше попросту отсутствовали. Более высокий уровень медицинской помощи прикрепленному населению обусловлен и тем, что больница является клинической базой 9 кафедр Читинской государственной медицинской академии, располагает хирургическим и терапевтическим стационарами, центром восстановительной медицины и реабилитации, центром дистанционной диагностики. Весь этот потенциал теперь в полной мере используется и для обслуживания населения Железнодорожного

района Читы. Простейшие подсчёты показывают, что плановая мощность поликлиники выросла в 3 раза за счёт большей площади, а также использования мощной диагностической базы дорожной клинической больницы.

Чтобы предотвратить дискомфорт от перемены адреса обслуживания, особенно у пожилых, маломобильных граждан и жителей отдалённых населённых пунктов, также прикрепленных к поликлинике, было уделено внимание решению вопросов транспортной доступности. Дорожная клиническая больница совместно с муниципальными властями организовали бесплатный автобусный маршрут для пациентов. Теперь от прежней поликлиники до нового учреждения ходит автобус с получасовым интервалом. На нём же добираться на работу и медицинский персонал поликлиники.

Интересы медицинских работников были учтены в полной мере – в связи с переходом не произошло никакого сокращения врачебно-сестринского персонала, всем медицинским специалистам предложено трудоустройство в дорожной клинической больнице, штат которой при переводе поликлиники пополнился 30 врачами и 43 специалистами со средним медицинским образованием. Всем медработникам при переводе сохранили заработную плату в соответствии с целевыми показателями краевого здравоохранения. Кроме того, специалисты получили полный пакет льгот, которые положены работникам железнодорожного транспорта.

Несомненная выгода для государственного здравоохранения региона и края в целом заключается в том, что для реализации проекта не привлекались бюджетные средства, отсутствуют и расходы на эксплуатацию муниципальному имуществу. Этот проект стал примером взаимовыгодного сочетания материально-технической базы ведомственной медицины и кадрового потенциала госу-

дарственного учреждения здравоохранения на основе финансирования фонда обязательного медицинского страхования. – Пациент идёт за страховой медицинской помощью в негосударственное учреждение. Его интересы в этом случае не ущемлены? – Сегодня есть возможность выбирать амбулаторно-поликлиническое учреждение. И выбор пациента – это самый реальный показатель работы медицинской организации. Если б в результате перевода поликлиники в ведомственное учреждение она начала «терять» пациентов, которые предпочли другое учреждение, для нас это бы прозвучало тревожным сигналом: что-то сделано не так! Но результаты свидетельствуют об обратном – число прикрепленных пациентов не уменьшилось, напротив, за 10 месяцев работы новой поликлиники к ней при-

месяцы работы поликлиники свидетельствуют о снижении социальной напряжённости среди местных жителей.

– Как вы считаете, частнику сегодня выгодно работать в системе ОМС?

– Во-первых, сам факт, что частник начинает работать в ОМС, уже говорит о том, что это учреждение достигло определённого уровня развития. Это – серьёзное основание для определённого доверия к нему и со стороны государства, и со стороны пациентов.

Разумеется, экономический эффект при оценке первых результатов проекта сыграл далеко не последнюю роль. Для инвестора в лице дорожной клинической больницы его реализация – это ежегодное привлечение финансовых средств фонда обязательного медицинского страхования, выделяемых на амбулаторно-поликлиническую помощь. Финансовые объёмы медицинского учреждения в результате реализации проекта увеличились на 142%, выросла за счёт внекорпоративных источников и доходная часть его бюджета. Первый экономический эффект от реализации проекта, который по предварительным подсчётам ожидался через полгода, на деле проявился через уже 3 месяца после того, как вновь образованная поликлиника ДКБ приняла первых пациентов. Анализ экономических показателей показал, что с учётом интенсивности потребления медицинских услуг точка безубыточности была достигнута в августе-сентябре 2015 г., то есть спустя 8 месяцев с начала реализации проекта.

– У данного проекта есть особенности, которые, на ваш взгляд, отличают его от других проектов государственно-частного партнёрства?

– Его социальная направленность. Не секрет, что сегодня частные и негосударственные учреждения, принимая решение работать в системе ОМС, как правило, выбирают какое-то определённое направление, чаще всего высокотехнологичную медицинскую помощь, тарифы на которую на порядок выше. Здесь была выбрана первичная медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническое звено – направление в плане выгоды непопулярное, но имеющее очень важное социальное звучание. Такой выбор, как правило, случайным не бывает, читинская «Дорожка» уже в течение многих лет позиционирует себя в нашем регионе как социально ответственный бизнес, имеет многолетний опыт работы по этому направлению, постоянно участвует в программах дополнительного лекарственного обеспечения и диспансеризации населения. Поэтому на флагманское учреждение Забайкальской железной дороги и была сделана ставка при разработке проекта.

– Социально-экономический эффект от проекта может привлечь в Забайкалье инвесторов и к другим организаторским инновациям в области здравоохранения. Если рассуждать теоретически, какие ещё проекты государственно-частного партнёрства можно было бы в обозримые сроки реализовать на территории Забайкальского края?

– Убеждён, что государственно-частное партнёрство нельзя запланировать искусственно. Проект должен вырасти, вызреть из существующей проблемы. Причём из проблемы, которую вряд ли можно было бы столь же эффективно решить иным способом. Тогда он будет правильно воспринят и населением и властными структурами.

Из первых уст

Выигрывают все и каждый

Пациенты, власть и бизнес получают новые возможности



Михаил Лазуткин

эндоскопии, лучевой диагностики, функциональной диагностики.

Оказывается здесь и высокотехнологичная помощь по 6 профилям: офтальмология, травматология, эндокринология, оториноларингология, гинекология, урология. Амбулаторный приём пациентов ведут врачи всех специальностей, обслуживаются также вызовы неотложной помощи. Плановая госпитализация пациентов осуществляется в отделения дорожной клинической больницы, причём её ожидание не превышает в среднем 4 дней.

– Как вы оцениваете первые результаты проекта?

– Любому проекту нужно оценивать в комплексе, в нашем случае – с «точек зрения» пациента, государства и самого негосударственного учреждения здравоохранения, выступившего инвестором и основным исполнителем.

В первую очередь от реализации проекта выиграли пациенты, медицинская помощь им по-прежнему оказывается бесплатно, в рамках программы обязательного медицинского страхования, но уже в совершенно другой среде. Теперь они получают все медицинские услуги в одном здании. В поликлинике удалось создать условия для проведения малых оперативных вмешательств, выросло количество коек дневного стационара. В связи с увеличением пропускной способности были укомплектованы вакантные



Бесплатный автобус всегда рядом

Интересы медицинских работников были учтены в полной мере – в связи с переходом не произошло никакого сокращения врачебно-сестринского персонала, всем медицинским специалистам предложено трудоустройство в дорожной клинической больнице, штат которой при переводе поликлиники пополнился 30 врачами и 43 специалистами со средним медицинским образованием. Всем медработникам при переводе сохранили заработную

плату в соответствии с целевыми показателями краевого здравоохранения. Кроме того, специалисты получили полный пакет льгот, которые положены работникам железнодорожного транспорта.

Несомненная выгода для государственного здравоохранения региона и края в целом заключается в том, что для реализации проекта не привлекались бюджетные средства, отсутствуют и расходы на эксплуатацию муниципальному имуществу. Этот проект стал примером взаимовыгодного сочетания материально-технической базы ведомственной медицины и кадрового потенциала госу-

Размыкая оковы

Валерий СТОЛЯРОВ, туб-остеолог-травматолог Забайкальского краевого клинического противотуберкулёзного диспансера, отличник здравоохранения, заслуженный работник здравоохранения Читинской области:



– Недавнего я осматривал выжившего 7-летнего мальчика, у которого диагностировал генерализованный туберкулёз лёгких, двусторонний бронхоаденит, туберкулёзный спондилит грудного отдела с параличом. Впервые я увидел этого юного пациента в нейрохирургическом отделении краевой детской клинической больницы, куда меня срочно пригласили для консультации. У ребёнка были нарушены функции тазовых органов, в результате костных модификаций произошло сдавление спинного мозга, и его состояние оценивалось как тяжёлое. Тогда мы связались с Санкт-Петербургским НИИ фтизиопульмонологии, а месяца через полтора подготовили малыша к отправке на операцию в институт. Петербуржцы «вычистили» 3 разрушенных позвонка, поражённые микобактериями туберкулёза, поставили металлоконструкцию. Мальчик ко времени очередного планового осмотра в нашем диспансере уже в течение 2 лет обходился без трансплантата, жил с которым 3 года. Благодаря металлоконструкции сформировался костный блок, и я с большой радостью констатировал клиническое излечение туберкулёзного спондилита и туберкулёзного бронхоаденита.

Такая тяжёлая локализация костно-суставного туберкулёза, как спондилит, да и вообще запущенные формы туберкулёза, сегодня явление нечастое. А ведь было время, когда в Забайкалье наблюдалась противоположная картина.

Я и ещё трое выпускников Читинского медицинского института по его окончании в 1964 г. получили направление на работу в детский косто-туберкулёзный санаторий «Кука». Там в 10-12-местных палатах лежало около 200 ребятишек, закованных в ортопедические корсеты из гипса. Похожие на старичков – горбатые, высохшие, с пролежнями и контрактурами, многие из них не поднимались с кроватей годами! И вот мы, молодые врачи, стали этих детей ставить на ноги. Обязательными стали ЛФК и массаж, которым раньше не придавалось значения. Методике «подъёма» этого тяжелейшего контингента больных я обучился в одном из детских туберкулёзных санаториев Подмосковья. Всего в «Куке» мне пришлось поработать фтизиатром 4 с половиной года, причём больше половины этого срока – совмещая лечебную практику с должностью главного врача. В начале 1970-х годов Георгию

Монологи о профессии

Владимировичу Гурари, известному в Чите организатору здравоохранения, приложившему много усилий для укрепления фтизиатрической службы, пришла мысль создать отделение внелёгочных форм туберкулёза в областном диспансере. Я на тот момент вёл в ПТД приёмы в качестве специалиста по костно-суставному туберкулёзу. Открытие 40-коечного отделения, бразды правления которым были поручены мне, состоялось в 1976 г. Лечились здесь больные с туберкулёзом костей и суставов, женских половых органов, мочевой системы, органа зрения.

Отделение исправно функционировало на протяжении 20 лет. Надобность в нём отпала в связи с постепенным снижением потока пациентов: одни формы туберкулёза совсем исчезли, другие стали встречаться всё реже и реже. Мне выпало блаженство оказаться свидетелем отступления тяжелейших болезней, видеть чудесные плоды своего многолетнего труда.

Увы, работа во фтизиатрии часто ходит по одной дорожке с риском для здоровья врача. Вот и у меня однажды выявили инфильтративный туберкулёз. Необходимость выехать в неотложную служебную командировку помешала до конца вылечиться, в результате чего я себе скоро «добавил» токсический гепатит. Но это, как говорится, уже другая история...

Две развилки

Альбина ВАСИЛЬЧЕНКО, заместитель главного врача по медицинской части краевой станции переливания крови, заслуженный работник здравоохранения Читинской области:



– Кто не слышал о развилках Судьбы на древе Жизни? Приверженцы философско-религиозного учения Будды уверяют, что их 15. Первая из развилок, предоставляющих шанс выйти на счастливое долголетие, или, наоборот, предопределивших нежелательное, драматическое развитие событий, это – выбор родителями имени своего ребёнка. Имя Альбина, что в буквальном переводе с латиницы означает «светлая, белая, чистая», дал мне отец. Как корабль назовёшь, так он и поплывёт! Я с детства любила белый цвет и ребёнком часто мысленно примеряла на себя белоснежный медицинский халат. Мама с папой хотели, чтобы дочь выучилась на врача, и я не обманула их надежд.

Программа интернатуры по моей первичной специальности «терапия» в областной детской больнице предусматривала прак-

тику в родильном доме. Там случилось впервые столкнуться с тяжелейшим послеродовым осложнением – маточным кровотечением. Родильница – молодая женщина примерно одних лет со мной, потеряла около 2,5 л крови и угасала на глазах. Бледность кожных покровов лица, холодные руки больной, слабое наполнение пульса, наличие гипотонии – всё указывало на аварийную ситуацию в акушерстве.

К большому несчастью, пациентка являлась носителем редкой группы крови – четвёртой с отрицательным резус-фактором. Имеющуюся в запасе кровь стали без промедления переливать родильнице, но её не хватало. Меня и ещё одного молодого врача отправили за кадровым донором с той самой редкой четвёртой резус-отрицательной группой крови, написав на бумажке его имя – Николай и домашний адрес. Другая возможность быстро связаться с добровольным сдатчиком спасительной ткани отсутствовала, поскольку сотовых телефонов в 1976 г. не существовало. Нашли нужную квартиру, нажимаем кнопку звонка. И вдруг в ответ раздаются громкие хлопки от раскупоривания бутылок с шампанским, мы слышим звонкие, весёлые голоса. Переглянулись: какая досада! Ну надо же, ни раньше и не позже, а именно сегодня гуляет наш уважаемый кадровый донор... Если он спиртного даже чутко пригубил, ни о какой кроводаче речь идти не может.

Распахивается, наконец, дверь, и нас, нежданных гостей, встречает улыбающийся хозяин квартиры с бокалом в руке. Это и был наш Николай – единственный, кто мог сейчас сохранить донацией жизнь тяжёлой больной из родильного дома. Из разговора выяснилось: сегодня у него – юбилей, но тем не менее он готов отправиться прямо сейчас в отделение переливания крови. Что касается приёма на грудь алкогольного игристого напитка, так не успел, он и приглашённые на торжество только бокалами чокнулись. Слава Богу...

Я присутствовала, когда трансфузиолог восполнял Николаевым даром объём массивной кровопотери. Прекрасно помню: проходит минута – молодая мама заморгала густыми ресницами, миновала ещё одна – у неё порозовели щёчки... Ничем нельзя заменить живительную красную жидкость!

Случай счастливого спасения родильницы путём переливания крови, которому была свидетельницей от начала до конца, оказалась новой развилкой моей собственной Судьбы. Предметом своих профессиональных интересов я без оглядки избрала трансфузиологию, чем занимаюсь вот уже четыре десятка лет...

...И Верочка не растерялась!

Ольга ПИЛИЧЁВА, старший врач смены – консультант Читинской городской станции скорой медицинской помощи, заслуженный работник здравоохранения Забайкальского края:

– Прошло уже четверть века с того злосчастного дня, который мог оказаться для меня и двух молодых девушек-фельдшеров последним в жизни, но я помню произошедшее так отчётливо, словно всё случилось вчера...

Это было начало 90-х годов – время начала разгула нарко-

мании, когда Чита наводнилась посредниками и потребителями зелья, когда наркозависимые люди, отбросив условности, кололись прямо на лестничных пролётах многоквартирных домов или детских площадках, и когда стали регистрироваться первые смерти, вызванные передозировками. Именно такую смерть наша врачебно-фельдшерская бригада констатировала в одной из неухоженных квартир в микрорайоне на Большом Острове, где поселились приезжие люди с Кавказа. Достаточно было стандартного осмотра



лежавшего на диване без дыхания юноши, чтобы сделать заключение – перед нами труп.

«Скорую» вызвал старший брат умершего. Не могу сказать, являлся ли он тоже потребителем инъекционных наркотиков, пребывал ли в тот момент под «кайфом», однако его поведение сразу заставило подумать, что мы имеем дело с неадекватной и крайне агрессивной личностью. Заметив наше замешательство у труп, чернородый человек прокричал: «А ну-ка спасайте моего брата! Не то вас миглом порежу!» В руке у него был нож. «Наверное, с таким холодным оружием ходят охотники на медведя в тайге», – почему-то подумала я и, спохватившись, перевела взгляд на фельдшера Веру Передерину. Верочка смотрела на меня широко открытыми глазами, осознавая весь ужас происходящего не хуже, а то и лучше моего. Ведь она находилась в «положении», намеревалась вот-вот уйти в декретный отпуск, и это дежурство было одним из последних перед отпуском. Не хотелось думать, что произойдёт, если мерзавец ударит беременную ножом. Молниеносно в голове созрел план. «Вера, бегом спускайся к нашей машине и принеси аппарат 2Н!», – тоном, не терпящим возражений, распорядилась я. И вдогонку добавила: «Да не растеряйся, принеси именно этот, а не другой аппарат».

Под словом «другой» я подразумевала портативный аппарат ДП-2, которым в то время активно пользовались наши бригады скорой помощи для воспроизведения искусственным путём прекратившегося или ослабленного дыхания. Но к чему реанимация уже умершему? Поэтому я зашифровала своё послание коллеге в придуманном сходу названии несуществующего аппарата 2Н. Если мысленно переставит местами цифру и букву, то легко сообразит, что я молю позвонить её по телефону «ноль два».

Вера не подвела. Пока она исполняла поручение, я, стоя у тела умершего, для отвода глаз измеряла ему артериальное давление, а вторая фельдшер открыла сумку

и делала вид, что готовится ввести внутривенную инъекцию...

Всякий раз, когда ты выезжаешь на обслуживание вызова, то не знаешь, что тебя ждёт за той или иной дверью. Недаром в последнее время российская депутатская возвысила голоса за ужесточение наказания в случаях нападений на сотрудников – медиков экстренной помощи. «Непыльной» работу на «скорой» мешают называть и другие причины: бессонные тревожные ночи, эмоциональное выгорание... При этом ни моих замечательных коллег, ни меня, прошедшую на городскую станцию СМП в далёком 1972 г., «кидать камни» в свою специальность не заставить. Не любя наше «скоромощное» дело, невозможно в нём оставаться.

Кстати, у фельдшера Веры Передериной в положенный срок родился сын. А сама Вера Ефимовна и поныне трудится в нашем дружном коллективе...

Тревожное слово «кукура»

Елена ВЕСЕЛОВА, заместитель главного врача краевой клинической инфекционной больницы по медицинской части, главный инфекционист Министерства здравоохранения Забайкальского края:

– Забайкалье – богатейшая кладовая гастрономических специалитетов. У нас собирают кедровый орех, из которого умельцы научились делать витаминную халву, в нашей тайге полно ягод, грибов, черемши и других дикоросов – основы многих хозяйских «закусок» на зиму. Немало жителей края, особенно из национальных сёл, живёт охотничьим промыслом. Как коренная



забайкалка, я ела сырую печень дикой козы, правда, не будучи ещё студенткой мединститута. Вкус до сих пор стоит во рту, он непередаваемый! Но вот надежда белый халат, узнала, какими тяжёлыми последствиями для здоровья человека может оборачиваться употребление мяса медведя и крупных парнокопытных, и вот уже второй десяток лет не устаю напоминать об этом своим землякам.

В целом обладая информацией, что подобные трапезы чреваты опасностью для здоровья и жизни, местный народ привык рассуждать так: «Авось пронесёт!» Двухлетний ребёнок в иной эвенкийской семье ещё толком говорить не научился, зато чётко произносит слово «кукура», что в переводе с языка местных жителей – вяленое мясо изюбра. Чуть ли не с рождения оно заменяет ему соску. Если нарушаются сроки хранения или правила приготовления мяса

(Окончание на стр. 6.)

(Окончание. Начало на стр. 5.)

добытого зверя, жди большой беды. Трихинеллёз, ботулизм протекают очень тяжело.

Чаще всего наши инфекционисты имеют дело со случаями групповых заболеваний, носящих семейный и даже «общинный» характер. Летом прошлого года был зарегистрирован факт массового заражения ботулизмом в Тунгокочинском районе. Пострадали жители четырёх деревень, близкие родственники. 18-летняя девушка, поступившая в ЦРБ в состоянии клинической смерти, несмотря на активные реанимационные мероприятия, погибла. 8 заболевших лечились в нашей больнице – их тремя рейсами доставили в Читу самолёт санитарной авиации. Они тогда остались живы благодаря тому, что для оказания медицинской помощи поклонникам кукуры были задействованы все силы и средства, включая возможности Забайкальского территориального центра медицины катастроф и даже краевого перинатального центра, так как одной из пациенток скоро предстояли роды. На место происшествия вылетали представители краевого Минздрава. Я по прибытии в село Верх-Усугли вместе с неврологом из городской клинической больницы № 1 и сотрудниками полиции участвовала в подворовом обходе. Мы осматривали всех, кто употреблял в пищу вяленое мясо изюбра.

За несколько лет до этого ЧП мы также решительно занимались локализацией вспышки трихинеллёза в Улетовском районе. Местный охотник, накормив полсела медвежатиной, «уложив» на реанимационные койки 6 человек, в их числе и самого себя. У нас округлились глаза, когда благополучно выписавшийся из больницы улетовский промысловик уже скоро преподносил нам дар – мясо очередного убитого им медведя. Его переполняло чувство благодарности: дескать, угощайтесь, спасители! Не знаю, может быть, кто-то из моих коллег тайком и проглотил слюну, однако с учётом печального опыта пациентов и наших знаний охотничий трофей без единого возражения был отправлен на утилизацию...

Случайный выстрел

Юрий ЛАНОВЕНКО, врач судебно-медицинский эксперт отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых, подозреваемых и других живых лиц Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, заслуженный работник здравоохранения Читинской области:



– В студенческую аудиторию я шагнул из горячего цеха Читинского машзавода. А до литейщика был буровым рабочим геологоразведочной экспедиции в Оловянинском районе, служил в армии. На решение поменять свою

Монологи о профессии

жизнь, очевидно, оказали влияние гены: мой воевавший и не вернувшийся домой отец лечил на фронте раненых, как военврач он носил в петлицах золотистую чашу со змеей. Когда я учился на 3-м курсе института, меня назначили командиром первого в нашем «меде» стройотряда. После же строительной эпопеи будущие врачи участвовали в сооружении камвольно-суконного комбината. Меня, человека партийного, выбрали секретарём комитета комсомола института. «Секретарствовал» я почти 4 года. За бесконечными комсомольскими заботами не оставалось времени на обстоятельный выбор будущей специальности. Посвятить себя терапии? В голове долгоиграющей пластинкой крутилась невеста где услышанная фраза: «Ну, попей, деточка, таблеточку...» Я тогда считал «тёмной» эту область медицины, она мне не нравилась, да простят великодушно меня терапевты. Пойти в хирурги? Поздно! Когда получу диплом об окончании института, мне «стукнет» 36 годков.

Проректором по учебной работе был Николай Андреевич Чарторижский, он посоветовал мне походить по кафедрам, приглядеться. Кафедру судебной медицины возглавлял Вил Иванович Акопов – добрейшей души человек, я никогда не слышал от него раздражённых окриков на студентов. После собеседования у профессора я был зачислен в клиническую ординатуру на этой кафедре, а с её окончанием в 1972 г. пришёл на работу в областное бюро СМЭ, о чём потом ни разу в жизни не пожалел.

В то время никаких отделов в бюро не существовало, и многочисленные эксперты работали согласно заведённому графику: неделю – на вскрытии, неделю – на приёме живых лиц, неделю – в командировках... Но однажды меня вызвал начальник Лев Александрович Большов и в нарушение графика приказал тотчас ехать в Красночуйский район. Там двое охотников-любителей отправились за сохатым, но домой вернулся только один, с известием, что видел тело на парника, с тремя огнестрельными ранениями в области грудной клетки.

Я выехал на место происшествия. Со слов человека, обнаружившего труп, они вдвоём шли по лесу на расстоянии метров 300 друг от друга, в какой-то момент он услышал выстрел... Необходимо было определить механизм телесного повреждения. Воспользовавшись методом цветных отпечатков для выявления металлов в зоне повреждения на теле и одежде убитого, я нашёл частицы железа, свинца и олова. Родилось предположение о том, что повреждения были образованы в результате разорвавшейся пули. Я связался со следователями, чтобы уточнить фактуру. Скоро стало понятно, что мы имеем дело не с убийством, а с несчастным случаем. Карабин у охотника висел на плече дулом вниз. И когда пострадавший продирался сквозь заросли тальника, то ветка зацепила за курок. Произошёл случайный выстрел, пуля ударила в лёд, разорвалась, и её осколки причинили смертельное ранение.

Если бы не предъявленные следствию доказательства судебно-медицинской экспертизы, второй охотник мог бы ответить за преступление, которого не совершал.

Плацента как зеркало патологии

Елена ДЕЙКОВА, заместитель начальника Забайкальского краевого патологоанатомического бюро, главный детский патологоанатом Министерства здравоохранения Забайкальского края, отличник здравоохранения, заслуженный работник здравоохранения Читинской области:

– После окончания целевой интернатуры по специальности «патологическая анатомия» освоение профессии я начинала в



небольшом одноэтажном здании на территории областной детской клинической больницы, в состав которой в те годы была включена патологоанатомическая лаборатория. Моей ориентированной специализацией стала патологическая анатомия педиатрического профиля – один из наиболее ёмких и сложных разделов нашей специальности. А всё потому, что я окончила в Чите педиатрический факультет, мой выпуск был вторым по счёту.

Вместе с коллегами В.Жуковым и М.Рафибековым я была одной из первых, кто прицельно занялся морфологическим исследованием плаценты у нас в Забайкалье. Предметом наибольшего интереса являлись инфекции, которые вызывают или могут вызвать пороки развития у детей. Сейчас эти инфекционные процессы легко определяются методами ИФА и ПЦР, а тогда за их неимением отклонения от нормы можно было увидеть при гистологическом исследовании плаценты – чрезвычайно уникального провизорного органа, который является ключевым элементом гравидарной системы мать – плацента – плод, обеспечивающим развитие и рождение жизнеспособного ребёнка.

Практический опыт изучения патологии последа, накопленный нами за минувшие годы, помогает прогнозировать, а в ряде случаев и предотвращать неонатальную заболеваемость. Недаром известный гистолог-эмбриолог, профессор А.Брусиловский называл плаценту своеобразной визитной карточкой матери, плода и новорождённого, зеркалом, отражающим патологию развития и течения беременности. Заглядывать в такое зеркало просто необходимо в неясных диагностических случаях.

Вот один пример, произошедший на исходе 80-х годов. После проведённого патологоанатомического вскрытия мертворождённого мне довелось беседовать с родителями. Молодой супружеской паре сопутствовала лич-

ная драма: 4 предшествующие беременности заканчивались неудачно – либо выкидышами, либо рождением на доношенном сроке нежизнеспособного ребёнка с неподдающимися коррекции аномалиями развития.

В то время на патоморфологическое исследование доставлялся далеко не каждый послед – не более 20% от количества родов по Чите, а в районах области плацента не исследовалась вовсе. Но этот случай был таков, что требовал поиска причины. Тем более что в предыдущие беременности родоразрешение происходило не в Чите, а в одном из райцентров, где отсутствовал патологоанатом, из-за чего эмбриофетальный материал не подвергался патоморфологическому исследованию. После проведения комплексного патологоанатомического вскрытия мертворождённого, гистологического исследования последа я пришла к выводу о возможном наличии токсоплазменной инфекции у женщины. Семейной паре я рекомендовала пройти лабораторное обследование на выявление специфической инфекции и получить медико-генетическую консультацию.

По понятным причинам ко мне редко возвращаются родители умерших детей. Однако те супруги посчитали необходимым прийти вновь. Они рассказали о том, что моя работа помогла внести полную ясность в их ситуацию. Результаты обследования подтвердили, что эта супружеская чета была изначально несчастна: женщина имела инфекционную патологию, которая вызывает врождённые пороки развития плода, что, впрочем, было вполне обратимо, а вот у мужчины была обнаружена хромосомная патология, не позволяющая произвести здоровое потомство. Я не знаю, как сложились их судьбы. Варианты решения проблемы могли найтись самые разные. Главное в этой истории – была определена основополагающая причина вереницы бедствий, сопровождавших брачный союз молодых людей.

Ёлки-палки на полосе

Олег ЕДИНАРХОВ, врач анестезиолог-реаниматолог Забайкальского территориального центра медицины катастроф, почётный донор России:

– Новостные ленты пестрят сообщениями о дорожно-транспортных происшествиях, техногенных авариях, пожарах и наводнениях... Чтобы механизм спасения людей действовал, и нужны территориальные центры медицины катастроф, потому что, когда происходит чрезвычайная ситуация, думать некогда – должны работать алгоритмы. Эти алгоритмы «заводятся» не только умениями врачей, среднего медицинского персонала, призванных в любую минуту выехать или вылететь на ЧС. Такие их индивидуальные качества, как выдержка и смелость, – вот ещё составные части «топлива», которым движим механизм спасения.

Тот, кто пасует перед трудностями, не способен преодолевать в себе чувство страха, у нас долго не задерживается. Проверено!

В Среднем Каларе у 60-летней женщины-фельдшера случился церебральный инсульт. Больная с регрессирующим неврологическим дефицитом – единственный работник здравоохранения в селе, поэтому оказывать ей неотложную помощь, кроме дежурной бригады

Забайкальского территориального центра медицины катастроф, было некому. На самолёте АН-2 вылетели врач-невролог, медицинская сестра-анестезист и я. Примерно через 3 часа пути мы увидели внизу приспособленную площадку для взлёта и посадки. Но с первого захода приземлиться не удалось: пилоты разглядели ёлочки, выросшие на полузаброшенном поле. На него в последний раз воздушное судно садилось, по-видимому, очень давно. «Аннушка» вздёрнула нос и ушла на второй круг. Однако и теперь самолёт не коснулся колёсами земли, а промчался над полосой.

Уж на что я не однажды попадал в переделки, привык сталкиваться со сложными и нестандартными жизненными обстоятельствами, возникшая ситуация доставила и мне весьма неприятные ощущения. Что уж говорить о моих спутниках? Когда наш летательный аппарат отправился на четвёртый круг, молоденькая врач-невролог стала осенять себя крестным знамением – до того она сидела, вцепившись двумя руками в сиденье и смотрела немигающим взглядом в одну точку. «Вам-то хорошо, вы успели пожить», – словно извиняясь за вырвавшийся наружу испуг, вымолвила коллега. – А мне чуть за тридцать! Обидно в моём возрасте разбиваться».



Бог миловал. С четвёртой попытки санитарный «борт» благополучно сел. В момент соприкосновения с землёй стоял неимоверный грохот, но пострадали только хвойные деревья на взлётно-посадочной полосе. Перед обратным рейсом рабочие очистили её полностью, вырубив топорами оставшиеся ёлки.

Впоследствии девушку-невролога, с которой мы вместе летали в Средний Калар, я не видел в составе дежурных медицинских бригад нашего центра. Слышал, что обслуживать санитарные задания она, молодой специалист, состоящая в штате другого медицинского учреждения, наотрез отказалась. Я не хочу и не имею права её осуждать. Ведь не каждый врач, в том числе обладающий отменными знаниями по специальности, хорошо подготовленный физически, может на постоянной основе работать в экстремальных условиях: трястись часами на автомобиле или везе-ходе по бездорожью, оперировать на обеденном столе в сельской избе, падать с неба и вновь, как ни в чём ни бывало, подниматься к высотам....

Чтобы сохранять стойкость при любых передерягах, выдерживать заданный «адреналиновый» режим, сотруднику территориального Центра медицины катастроф нужно иметь, без сомнения, сильный характер.

Санаторий «Дарасун» находится в 132 км от Читы, в городском поселении Курорт-Дарасунское Карымского района. Он расположен в живописнейшем лесном массиве, но главная его достопримечательность – уникальный источник углекислой минеральной лечебной столовой воды, каких в России насчитывается только три: в Железноводске, приморском курорте Шмаковка и в Забайкалье, в Дарасуне.

Целебные свойства дарасунской минеральной воды стали известны местным жителям – бурятам более 250 лет назад, первый раз они были описаны в 1858 г., в качестве основного действующего начала тогда была указана углекислота. Только в XX веке вода приобрела своё истинное название – углекислая железистая, гидрокарбонатная кальциево-магниево-минеральная («Дарасунский нарзан») и стала использоваться для питьевого и наружного применения как основной природный лечебный фактор. Именно тогда разнеслась по округе молва о том, что дарасунская вода полезна при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, при нарушении обмена веществ, сахарном диабете.

Имея за плечами полутора-вековую историю базовой здравницы республиканского значения, «Дарасун» и сегодня является крупнейшим региональным учреждением,

Ориентуры

Сила Чингисхана

Её, по местным поверьям, вобрала в себя дарасунская вода – главное сокровище знаменитой здравницы



Главный врач Ирина Шимко с одной из многочисленных наград санатория

институтах Москвы, Казани Новокузнецка, Тбилиси, Баку, Еревана. В санатории был в чести научный поиск, предметом экспериментальных и практических исследований дарасунских курортологов являлись железодефицитные анемии, сахарный

региональным органом здравоохранения.

За счёт государственных средств проводится реабилитация жителей, перенёсших операции по поводу острого и хронического калькулёзного холецистита, язвенной болезни желудка, язвы двенадцатиперстной кишки, осложнений сахарного диабета, транзиторных ишемических атак, острых нарушений мозгового кровообращения. Кроме того, санаторий «Дарасун» – участник конкурсов и тендеров, проводимых фондом социального страхования, на организацию лечения и отдыха льготных категорий граждан – инвалидов 1-й и 2-й групп.

В здравнице пациентам отпускаются лечебные и оздоровительные процедуры бальнеотерапии, разнообразной аппаратной терапии, парафино-, грязелечения, рефлексотерапии, медицинского массажа. К услугам отдыхающих – современный ингаляторий на 4 места, комната психологической разгрузки. По необходимости лечащий врач назначает лабораторно-диагностическое ультразвуковое исследование, ЭКГ-контроль и консультации узких специалистов: невролога, гинеколога, гастроэнтеролога, кардиолога, нефролога, эндокринолога, травматолога-ортопеда.

Как рассказывает главный врач Ирина Шимко, возможность по полису обязательного медицинского страхования пройти курс восстановительного лечения в санатории «Дарасун» есть теперь и у детей, страдающих заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной, сердечно-сосудистой и нервной систем, опорно-двигательного аппарата, а также у часто болеющих простудными заболеваниями юных забайкальцев. Несколько лет действует в санатории программа «Мать и дитя» –

в 2011 г. здесь открылось отделение совместного пребывания матери и ребёнка на 50 коек. Путёвки отдыхающим предоставляются бесплатно, причём спрос на них намного выше предложения, и по мере улучшения материальной базы санатория он только растёт. По словам Ирины Леонидовны, эффект от лечения у детей, как правило, хорошо заметен, и потому мамы маленьких пациентов, побывавших здесь один раз, зачастую стараются дать ребёнку возможность попасть сюда повторно.

В «Дарасуне» функционирует круглогодичный оздорови-



Скульптура таёжного оленя символизирует красоту и целебную мощь забайкальской природы

открыты кабинет лечебной физкультуры, тренажёрный и спортивный залы.

На «службе» у самого известного забайкальского санатория состоит и сибирская наука. Разработка новых методик лечения пациентов с



За питьевым лечением – в бювет

тельный детский лагерь. Со школьниками, получающими санаторно-курортное лечение во время учебного года, занимаются преподаватели средней школы посёлка Дарасун. Традиционно здесь организуются и четыре летние смены. Программа пребывания в лагере предоставляет ребёнку сбалансированное 5-разовое питание, всевозможные конкурсы, викторины и соревнования, дискотеки, походы по терренкуру, езду на велосипедах, бассейн, сауну. В благоустроенном корпусе с двухместными номерами действует круглосуточный медицинский пост, ведёт приём опытный педиатр. Для пациентов детского отделения

учёт материально-технической базы санатория, климатических факторов и природных ресурсов вписывается в планы учёных Томского НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России.

Сегодня в здравницу можно приехать и просто на несколько дней, чтобы отдохнуть с семьёй и друзьями, отвлечься от рутинных будней. Здесь разработаны и проводятся короткие курсы лечения, а кроме того, могут предложить, чем заполнить досуг. Для гостей устраиваются танцевальные вечера, концерты профессиональных и самодеятельных артистов, организована работа библиотеки. «Дарасун» всё чаще выбирают площадкой для конференций, семинаров и прочих деловых встреч различные государственные и коммерческие структуры. Среди приехавших отдохнуть вряд ли найдётся хоть один равнодушный, кто пройдёт мимо питьевого бювета и откажется от стаканчика-другого знаменитой дарасунской минеральной воды. Ведь, по бурятским поверьям, она вобрала в себя силу рода Чингисхана...



Полезнейшая в ванне, наполненной дарасунской минеральной водой, – одно удовольствие

специализирующимся на медицинской реабилитации. Годы максимального расцвета многих российских санаториев с советским прошлым пришлось на доперестроечный период. «Дарасун» – не исключение. Именно в это время была создана мощная лечебная база, возможности которой свели к минимуму для жителей Забайкалья необходимость посещать центральные и южные курорты страны. В практику курортного дела здесь внедрялись новые прогрессивные формы восстановительного лечения, повышался уровень комфортности, ежегодно увеличивался приток больных и отдыхающих. Врачи проходили специализацию, совершенствовали знания на центральных базах – в Голицыно, Кисловодске, Сочи, Одессе, Крыму, осваивали тонкости санаторно-курортного лечения в ведущих профильных

диабет, глаукома, пародонтоз. В здравнице функционировал филиал Читинского терапевтического общества...

Летопись «Дарасуна» отражена в архивных документах, фотографиях и других экспонатах музея, который развёрнут в Доме культуры санатория.

Сегодня государственное учреждение здравоохранения «Центр медицинской реабилитации «Дарасун», имея в наличии 250 санаторных и 100 реабилитационных коек, свою социальную миссию по оздоровлению забайкальцев продолжает с оптимизмом и надеждой на благополучное продолжение собственной истории. В 2010 г. он перешёл в ведение краевого Министерства здравоохранения, тогда же учреждение вступило в программу обязательного медицинского страхования; финансируется учреждение и



Дети в круглогодичном оздоровительном лагере, действующем в составе здравницы

Материалы подготовили
Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ»,
Ирина БЕЛОШИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 80 (1932)

В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причём количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 90-160 человек на 100 тыс. населения и имеет отчётливую тенденцию к увеличению.

Клинические рекомендации разработаны на основе материалов пленума правления Российского общества хирургов (Воронеж, 2014), региональных клинических рекомендаций по неотложной хирургии Уральского федерального округа (2013), протоколов организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (Санкт-Петербург, 2012), клинических протоколов диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в Самарской области (Самара, 2013), а также международных клинических рекомендаций:

Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе

- Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ.

- Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе.

- Рекомендуется постоянная назогастральная интубация.

- Для определения степени тяжести кровопотери рекомендуется использовать оценочные шкалы (А.Горбашко, 1974) и определение параметров ОЦК.

- При кровопотере тяжёлой кровопотери необходима госпитализация пациента в ОРИТ.

- Протоколы клинического обследования пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, необходимых лабораторных и инструментальных исследований должны быть стандартизированы каждым лечебным учреждением самостоятельно.

Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия

- Пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых 2 часов от госпитализации.

- Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F.Forrest (1974).

- При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз.

- При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения.

- При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы.

- Инъекционный метод в качестве монотерапии неэффективен. Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз:

инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо аргонплазменная коагуляция или клипирование). Для оценки эффективности метода «Гемоспрей» в остановке язвенного кровотечения и профилактике его рецидива необходимо большее количество исследований.

- Повторное эндоскопическое исследование рекомендовано при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения), в ряде случаев – при рецидиве геморрагии.

Раздел III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей

- Основными задачами интенсивной терапии являются восполнение потери крови,

Язвенные гастродуоденальные кровотечения

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

жидкости и стабилизация гемодинамики. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через 2-3 периферических катетера или центральный катетер с максимально быстрым подключением инфузии коллоидов.

- Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л. При дефиците факторов свёртывания крови показана трансфузия свежезамороженной плазмы. При гипоксии показана кислородотерапия. Для временного поддержания доставки O₂ тканям можно использовать перфторан, внелёгочную оксигенацию. ИВЛ может быть показана при нестабильной гемодинамике, гипоксии и нарушении сознания.

- Вазопрессоры показаны при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии. Использование их с дофамином улучшает почечный и мезентериальный кровоток. Рекомендовано применение антиоксидантов (реамберин, мексидол, оротеин, аллопуринол). Применение серотонина рекомендовано для улучшения периферического кровообращения и местного гемостаза.

- Критерием восстановления микроциркуляции следует считать восстановление гемодинамики и почасового диуреза.

Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H₂-блокаторов не рекомендовано.

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано.

- Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность и может быть рекомендовано всем больным с высоким риском рецидива геморрагии.

- С 3-х суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы.

- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие H_p-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре.

Раздел V. Хирургическое лечение

- Основными задачами оперативного вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении являются: обеспечение надёжности гемостаза, устранение источника геморрагии и профилактика рецидива кровотечения.

- Экстренная операция показана у пациен-

- Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются кровотечения типа FIA-B, FIIA-B, а также глубина, размеры и локализация язвы.

- У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов, после короткой предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии. Рекомендуемый объём срочных операций изложен в предыдущем разделе. Выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется.

Раздел VII. Клинические рекомендации по ведению больных с рецидивом кровотечения

- Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки, что оценивается по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным.

- Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:

1. Повторный эндоскопический гемостаз.
2. Чрескожная эмболизация артерий желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Экстренная операция.

Раздел VIII. Клинические рекомендации по ведению больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

- Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приёме НПВП, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений.

- При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с постоянным приёмом ингибиторов протонной помпы или мизопроста.

- При развитии кровотечения приём НПВП должен быть прекращён (замена препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза.

Настоящие клинические рекомендации определяют современные позиции в диагностике и лечении больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Следует подчеркнуть, что представленные положения и алгоритмы носят исключительно рекомендательный характер и оставляют каждому лечащему врачу право на самостоятельное и окончательное решение в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Под редакцией заведующего кафедрой госпитальной хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессора Александра ЩЁГОЛЕВА.

Экспертное мнение



Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений бесконечно актуальна. И её актуальность подтверждается тем, что НКР по данной теме, принятые в 2014 г., вновь активно обсуждались на съезде хирургов России в октябре 2015 г. Чем объясняется такой высокий интерес к данной теме?

Язвенная болезнь – не просто одно из самых частых заболеваний органов пищеварения, но именно её осложнения, в частности кровотечения, во многом определяют показатели летальности в экстренной хирургии. И ещё: такого заметного расхождения во взглядах на тактику лечения больных, наверное, нет ни в какой другой патологии. Вот почему НКР по язвенным кровотечениям стали одним из первых материалов в разрабатываемой серии клинических руководств.

Начну с того, что если за рубежом язвенные кровотечения в настоящее время практически всегда ассоциированы с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, то в России это именно осложнения настоящей хронической язвенной болезни, которая чаще всего обусловлена хеликобактерной инфекцией и которую плохо лечили консервативно. Вопрос фармакотерапии язвенной болезни и её осложнений в нашей стране остаётся не до конца решённым.

На протяжении последних 10 лет на фармацевтическом рынке появилось большое

Проблема актуальна и сегодня

количество препаратов – H₂-блокаторов, ингибиторов протонной помпы – направленных на снижение желудочной секреции. Именно благодаря эффективной лекарственной терапии уменьшается количество осложнений у пациентов с язвенной болезнью. Но! Доступность таких препаратов в медицинских учреждениях РФ невысока, особенно это касается районных больниц.

Надо признать, что разработанные нами национальные клинические рекомендации рассчитаны на условия, при которых лечебное учреждение оснащено всем необходимым для лечения больных с язвенными кровотечениями. Что делать, если поступает больной с гастродуоденальным кровотечением, а ни гибкой эндоскопии, ни препаратов для медикаментозного гемостаза в стационаре нет? Правильным решением будет обеспечить с помощью санавиации транспортировку больного в другой стационар, где есть гибкая эндоскопия для диагностики и остановки кровотечений или где есть круглосуточная ангиографическая служба и можно провести эмболизацию кровоточащего сосуда. В крайнем случае, если транспортировка невозможна – оперировать на месте.

Количество операций при язвенных кровотечениях должно сокращаться, всё больше уступая место консервативным подходам. Такова мировая тенденция – выполнять хирургическое

вмешательство только тогда, когда все другие способы неэффективны и язва продолжает кровоточить. Второе показание к оперативному лечению – рецидив кровотечения, на это осложнение мы обратили особое внимание в национальных клинических рекомендациях.

У подавляющего большинства больных гастродуоденальное кровотечение после эффективно проведённого лечения не повторяется. Но есть группа пациентов с неоднократными рецидивами, именно она формирует всю летальность, и общую, и операционную. Ещё 20 лет назад нам удалось выделить факторы риска повторных язвенных кровотечений, что позволяет прогнозировать данную ситуацию с высокой степенью вероятности: низкий показатель гемоглобина, большой размер язвы, тромбированный сосуд в дне язвы и другие. Таких больных необходимо оперировать превентивно, причём экстренно, до развития рецидива.

Особая группа пациентов с рецидивами язвенного кровотечения – люди старческого возраста, имеющие тяжёлую сопутствующую патологию. Казалось бы, как их лечить, если они неприкасаемы в плане открытого хирургического вмешательства? Клиническая практика показывает, что современный подход – внутривенное введение ингибиторов протонной помпы и лечебная эндоскопия (аргонно-плазменная коагуляция, электрокоагуляция,

обкалывание язвы, а также комбинация этих методик) дают хорошие результаты по лечению и предупреждению новых рецидивов язвенного кровотечения у данной категории больных. Хочу обратить внимание коллег, что данная тактика возможна и в отношении молодых пациентов, когда есть такая возможность.

Таким образом, при рецидивирующих язвенных кровотечениях врачам рекомендуется выбрать один из трёх вариантов действий: экстренно оперировать, так как консервативное лечение неэффективно; проводить повторный эндоскопический гемостаз; если есть возможность, выполнить эндоваскулярное вмешательство – эмболизировать сосуд, который подходит к язве.

Разумеется, в каждом случае тактику лечения пациента определяет лечащий врач, и на этом мы сделали акцент в НКР. Единственное, что обязательно для всех больных, – это лечение в стационаре. Если за рубежом всерьёз обсуждается возможность оказывать данной категории пациентов помощь амбулаторно, то в России язвенное кровотечение – показание к госпитализации в хирургический стационар.

Александр ЩЁГОЛЕВ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор.

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

Риски для здоровья и их профилактика у длительно лежащих пациентов

Постельный режим – это медицинская процедура, направленная вместе с другими процедурами на излечение человека. Он является добровольным актом человека. Например, постельный режим во время беременности. Но вынужденное длительное пребывание в постели, не связанное с медицинскими показаниями, не является лечебным постельным режимом, противоречит воле человека, является искусственным состоянием. Например, состояние паралича вследствие перенесённого инсульта.

Основными причинами вынужденного длительного пребывания в постели являются последствия инсульта, тяжёлая деменция, тяжёлые стадии хронической сердечной недостаточности, перелом шейки бедра (при отсутствии хирургического лечения), тяжёлые стадии хронической печёночной и почечной недостаточности, финальные стадии онкологических заболеваний и др.

При организации эффективного лечения и ухода следует учитывать особенности функционирования организма человека в условиях длительного пребывания в постели. Так, развивается синдром иммобилизации, то есть происходит замедление биохимических реакций, запускается каскад новых патологических биохимических реакций, сопровождающихся выработкой веществ, являющихся для организма токсинами; происходит замедление передачи нервных импульсов, развитие атрофических процессов и т.д. Также, происходит нарушение адекватности восприятия внешнего мира из-за нарушения пространственных отношений, развивается синдром изоляции.

Современные подходы к построению помощи длительно лежащим пациентам предполагают следующие принципы:

- обеспечение достоинства лежащего человека;
- обеспечение среды, максимально приближенной к обычной;
- обеспечение образа жизни, максимально приближённого к обычному;
- максимально возможная физическая активность;
- моделирование жизненных функций (питание, туалет и т.д.) с целью максимального их приближения к физиологической норме.

Также неотъемлемым принципом современного подхода следует считать девиз «От ухода – к активизации». То есть, помня о возможных осложнениях, необходимо организовать жизнь такого человека с максимально возможной активацией в пределах клинической разумности. И, несомненно, в рамках этой концепции возрастает роль социальных работников.

Рассмотрим риски для здоровья человека в условиях длительного пребывания в постели, их основные причины и пути профилактики.

Со стороны дыхательной системы это:

- прогрессирование дыхательной недостаточности;

- кислородное голодание;
- пневмонии.

Основные причины:

- застойные явления в малом круге кровообращения;
- аспирация пищи при кормлении или желудочного содержимого;
- отсутствие свежего воздуха.

Мерами профилактики в первую очередь является дыхательная гимнастика (пассивная и активная). Существует множество методик и пособий, посвящённых дыхательной гимнастике, описаны целые комплексы упражнений и их методика. Так, в качестве пассивной дыхательной гимнастики следует использовать следующее упражнение.

Встаньте сбоку от пациента, руки положите на его грудную клетку. Вначале держите руки пассивно, подстраиваясь под его ритм дыхания. Затем при выдохе начинайте вибрирующими движениями не сильно сдавливать грудную клетку. С каждым выдохом усиливайте степень воздействия на грудную клетку. Место положения рук необходимо менять через каждые 2-3 дыхательных движения. Ваши руки попеременно должны располагаться

на разных участках грудной клетки и на животе.

Подобные вибрирующие движения при выдохе раздражают дыхательный аппарат и тем самым активизируют выдох. Во время вдоха можно слегка оказывать сопротивление расширению грудной клетки вашего пациента, что так же усиливает раздражение рецепторов. Человек совершает с вашей помощью 6-7 вдохов и выдохов, затем 4-5 обычных вдохов и выдохов. Далее упражнение повторяется сначала. Продолжительность подобных дыхательных упражнений составляет 10-12 минут. Для более полной вентиляции лёгких и профилактики от воспалительных процессов в них необходимо сочетать дыхательные упражнения с восстановительным массажем грудной клетки. В этом периоде дыхательная гимнастика должна проводиться 5-6 раз в сутки.

Как пример активной дыхательной гимнастики можно использовать упражнения А.Стрельниковой.

Упражнение «обними плечи» для лежащих пациентов. Исходное положение: лёжа на спине, руки согнуты в локтях и полностью подняты на уровне груди навстречу друг другу. Кисти рук слегка (ни в коем случае не сильно) сжаты в кулаки, кулаки соприкасаются друг с другом.

В момент короткого шумного вдоха бросаем руки навстречу друг другу (одну параллельно другой), как бы обнимая себя за плечи. Всё равно, какая рука сверху, какая снизу. Руки движутся параллельно (один локоть поверх другого), а не крест-накрест! Менять руки не следует. Вдох одновременно с движением, то есть в момент «объятия», на сжатии грудной клетки. Затем руки слегка расходятся, но не так широко, как в исходном положении – в этот момент выдох происходит самопроизвольно. И снова согнутые в локтях руки навстречу друг другу, как бы обнимая себя за плечи. Норма – 24 раза по 4 вдоха-выдоха, то есть 24 «четвёрки».

Если одна рука парализована или травмирована, упражнение следует выполнять одной (здоровой) рукой, а больную постепенно разрабатывать. Во время упражнения (т.е. в момент «объятия») пустить сверху здоровую руку, а снизу – больную. И со временем больная рука начнёт подниматься всё выше.

Абсолютными противопоказаниями для проведения дыхательных упражнений являются выраженные нарушения сердечно-сосудистой системы, значительная неустойчивость АД с неуклонной тенденцией к падению, сердечные аритмии, сопровождающиеся тяжёлой сердечной недостаточностью.

Также в качестве мер профилактики застойных явлений и аспирации пищи следует использовать следующие меры:

- перевод пациента в полугоризонтальное/вертикальное положение не менее 3 раз в день по 30-60 минут;

- кормление в положении сидя/полусидя;

- при отсутствии рвотного рефлекса – питание через зонд или альтернативными методами, если невозможно питание естественным образом;

- пребывание на свежем воздухе путём вывоза на кровати на улицу.

Со стороны сердечно-сосудистой системы существуют следующие риски:

- прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности;
- тромбоэмболия;
- падение артериального давления при перемене положения (ортостатическая гипотензия).

Основными причинами этих грозных осложнений могут являться застойные явления, гущение крови.

Меры профилактики

- комплекс мероприятий по профилактике дыхательных расстройств;
- упражнения для конечностей;
- обеспечение достаточного водного режима (30 мл/кг в сутки при отсутствии противопоказаний);
- медленный перевод в вертикальное положение.

Ниже для примера приведён комплекс лечебной гимнастики.

1. Тильное и подошвенное сгибание стоп. Дыхание произвольное (6-8 раз).

2. Руки вдоль туловища, ноги выпрямлены и немного разведены. Повернуть руки ладонями вверх, немного отвести их, одновременно стопы ног повернуть наружу – вдох. Руки повернуть ладонями вниз, стопы ног внутрь – выдох. На 3-4-м занятии движения руками делать так, чтобы чувствовать напряжение в плечевых суставах (4-6 раз).

3. Ноги, согнутые в коленных суставах, опустить на постель в правую, затем в левую сторону (покачивание колен). Дыхание произвольное (4-6 раз).

4. Ноги согнуты в коленях. Поднять правую руку вверх – вдох; потянуться правой рукой к левому колену – выдох. Сделать то же левой рукой к правому колену (4-5 раз).

5. Ноги выпрямить. Отвести правую руку в сторону, повернуть голову в ту же сторону, одновременно отвести левую ногу в сторону на постели – вдох, вернуть их в прежнее положение – выдох. То же сделать левой рукой и правой ногой. Упражнение можно усложнить, сочетая отведение ноги с её подъёмом (3-5 раз).

Осложнения вынужденного длительного пребывания в постели могут быть связаны с дисфункциями желудочно-кишечного тракта: запоры, недержание кала, нарушения всасывания.

Основные причины:

- снижение общей активности и, как следствие, активности желудочно-кишечного тракта;

- горизонтальное положение;
- нарушения характера и ритма питания;
- недостаточный водный режим.

Меры профилактики:

- любые виды гимнастики для лежащих людей, массаж живота;
- соблюдение правил питания (регулярность, достаточное количество клетчатки и жидкостей, положения сидя/полусидя);
- осуществление акта дефекации в положении сидя.

Осложнения со стороны мочевого пузыря и мочевыводящих путей:

Основные причины:

- снижение общей активности и, как следствие, дистрофия мышц малого таза;
- горизонтальное положение;
- недостаточный водный режим.

Меры профилактики:

- упражнения для мышц малого таза;
- при возможности отказ от памперсов у людей, способных контролировать акт мочеиспускания;
- осуществление акта мочеиспускания в положении сидя;
- достаточный водный режим.

Примеры упражнений для мышц малого таза.

● Упражнение «ножницы». Ноги прямые, носки оттянуты. Поднимите ноги под прямым углом. Отведите правую ногу в сторону, затем присоедините её к левой, и обе ноги спокойно опустите. Повторите упражнение с отведением в сторону левой ноги.

● Положение на спине. Руки вытянуть назад за голову. Ноги вместе. Потянуться, ступни на себя, мягко растянуть всё тело.

● На выдохе подтянуть ноги, слегка сгибая их, через стороны к себе. Во время подтягивания поза напоминает лягушку. Собрать ноги подошвами вместе. Лягушка с сомкнутыми стопами. Опустить руки вдоль туловища.

● На выдохе медленно поднять колени вверх, не отрывая подошвы друг от друга. Колени нужно поднять максимально высоко, но подошвы должны оставаться сомкнутыми. Не стремитесь соединить колени сразу, со временем это получится.

● Одновременно, также на выдохе, подтянуть тазовое дно вверх, как бы выталкивая макушку вперёд. Тело при этом удлиняется и расправляется.

● На выдохе медленно и плавно опустить колени в исходное положение, то есть вниз и полностью расслабиться.

● Пауза после выдоха. Хорошо расслабиться, снять всё напряжение не размыкая стоп. Далее движение повторяется сначала.

● Почувствуйте, что тело двигается по полу на выдохе и выдохе. Ничего не фиксировать. Всё упражнение делается единым движением плавно и медленно с небольшой паузой в промежутке между вдохом и выдохом.

Основными рисками со стороны опорно-двигательного аппарата следует считать усиление степени обездвиживания, а также повышенный риск переломов при минимальной нагрузке.

Основные причины:

- саркопения;
- прогрессирование остеопороза.

Меры профилактики:

- обеспечение максимально возможной активности с введением элементов силовой гимнастики;

- использование специальных приёмов при перекладывании и перемещении лежащих людей.

Самыми грозными осложнениями у лежащих пациентов со стороны кожи и её дериватов являются пролежни, требующие особого ухода и более тщательного наблюдения, своевременного обеспечения адекватных мероприятий по их лечению. Основными причинами являются длительное давление на ткани, нарушение трофики тканей.

Меры профилактики:

- регулярная смена положения в кровати (каждые 2 часа);
- использование противопролежневых матрасов;

- соблюдение гигиены;
- регулярный осмотр кожи для выявления ранних признаков пролежней.

Время на реабилитацию после длительного пребывания в постели у людей, имеющих заболевания нервной системы, увеличивается в 4-5 раз.

Риски со стороны нервно-психической деятельности:

- усиление когнитивных расстройств;
- прогрессирование деменции;
- появление или усиление синдромов дезориентации в месте, времени, собственной личности и пространстве.

Основные причины:

- отсутствие возможности видеть мир с вертикальной точки зрения с высоты человеческого роста;

- синдром замкнутого пространства;
- отсутствие обычных для жизни раздражителей (открытого солнечного света, запахов, воздуха и т.д.);
- отсутствие привычного ритма жизни.

Меры профилактики:

- создание открытой среды;
- моделирование обычного образа жизни;
- использование вертикализаторов.

Таким образом, такой подход позволит предупредить осложнения у человека в условиях длительного пребывания в постели, улучшить качество жизни. Лежачему человеку можно обеспечить качественную достойную жизнь.

Ярким примером является биография выдающегося британского физика-математика Стивена Уильяма Хокинга (Stephen William Hawking), ведущего исследования в области космологии и квантовой гравитации. Родился в 1942 г., учился в Оксфорде, затем в Кембридже, где стал профессором математики. Парализован с начала 60-х годов, не может говорить – пользуется синтезатором речи, дышит через трахеостому, женился в 1965 г., его дети родились в 1967, 1970, 1979 гг. В 1995 г. женился во второй раз, 26 апреля 2007 г. он совершил полёт в невесомости на специальном самолёте. Продолжает по сей день вести активную жизнь.

Люди, длительно пребывающие в постели, нуждаются в особом, тщательном и терпеливом уходе со стороны социальных работников, близких и родных, вклад которых переоценить невозможно. Создание алгоритма ухода для людей, длительно пребывающих в постели, с позиций риска развития осложнений и мер по их профилактике позволит улучшить состояние таких людей и будет полезным пособием для лиц, осуществляющих уход.

Кирилл ПРОЩАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Эльвира ФЕСЕНКО,
врач.

АНО «НИМЦ «Геронтология».

Москва.

– **Антон Владимирович, основная часть столичных реформ в сфере здравоохранения подошла к своему завершению. Как бы вы охарактеризовали их в целом и терапевтическую составляющую в частности?**

– Мне очень нравится фраза моего друга и коллеги А.Мясникова на этот счёт: «Это не реформа, а попытка сохранить самое важное в условиях очевидно уменьшающегося финансирования». То, что происходило очень поспешно и порой не очень продуманно, привело к тому, что мы получили очень приличную узкоспециализированную службу. Приведу «кардиологический» пример: в Москве была создана целая сеть сосудистых центров, где пациенты с острой сердечно-сосудистой патологией получили возможность быстрой и эффективной медицинской помощи. В то же время существенно пострадало первичное звено. Все здравые идеи столичных властей относительно перераспределения основной доли пациентов в амбулаторную сеть вылились на практике в увеличение нагрузки на участковых врачей, совершенно не подготовленных как профессионально, так и организационно к данной реформе.

К сожалению, «социальное» наследие медицины советских времён перенеслось и на нашу действительность. Все эти рассказы о том, какая великолепная у нас была медицина в те времена – банальное преувеличение, мягко говоря. Другое дело – была прекрасная социальная помощь. Все лекарства, кстати говоря, не особо эффективные, пациенты получали бесплатно, по 3 недели лежали в стационаре и т.д. Однако это социальная, а не медицинская составляющая, к которой наши люди очень привыкли. Они были избалованы доступностью медпомощи.

– **По какой причине амбулаторные врачи оказались неготовыми к оптимизации отрасли?**

– Прежде всего, это низкий уровень профессиональной подготовки. Нередки случаи, когда врач поликлиники говорит пациенту: «Я не знаю, что с вами делать – идите в больницу», в то время как амбулаторный врач и врач стационара имеют абсолютно одинаковый сертификат, прошли одинаковую подготовку как в вузе, так и на последипломном этапе. Более того, их возможности в плане чтения профессиональной литературы и посещения различных отраслевых мероприятий абсолютно равны. Совершенно неважно, где ты работаешь – в поликлинике или стационаре.

В идеале нам нужна такая система, где больницы и поликлиники сольются в единые медицинские холдинги и где будет происходить ротация специалистов: полгода на амбулаторном приёме, полгода в стационаре. Врач должен иметь возможность вести больных на всех этапах оказания медпомощи. Однако этой проблеме не один десяток лет. Я не уверен, что уровень подготовки наших врачей в прошлом веке был высоким. Идея о том, что у нас было самое прекрасное образование – миф, на мой взгляд. Уверен: сегодняшние выпускники ничуть не хуже своих «коллег» полувековой давности.

Очевидно, что наша система высшего медицинского образования далеко не безупречна. Необходимо понимать и доносить до молодёжи, что ответствен-

Острая тема

В поисках истины

Плюсы и минусы оптимизации здравоохранения



кафедры факультетской терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова кандидат медицинских наук **АНТОН РОДИОНОВ**.

ность за образование лежит на самом студенте. «Пусть меня научат», – традиционный российский инфантилизм. Ни школа, ни вуз не в состоянии насильно вложить знания в молодых людей. Я всегда говорю своим студентам-четверокурсникам: детство закончилось. Отныне вы и только вы в ответе за качество образования, которое получите. Преподаватель может лишь научить добыть необходимую информацию, посоветовать тот или иной литературный источник или интернет-ресурс, объяснить азы общения с пациентами. Педагог в вузе – не классная дама. Изпод палки ни в кого не вложить знания.

Тем более что сейчас студентов становится больше, конкуренция возрастает. В то же время я абсолютно уверен, что хороший специалист всегда и везде найдёт себе интересную и хорошо оплачиваемую работу. Очень многое зависит от самого студента – насколько он сам захочет получать медицинскую информацию. Молодой врач должен жить в больнице – дневать и ночевать. Лекции и семинары за 6 лет обучения ни из кого не сделают грамотного специалиста – это всего лишь поверхностное знакомство с будущей профессией.

– **В начале нынешнего года столичное правительство инициировало создание института семейных врачей. Насколько данная конкретная идея перспективна для нашей, зачастую суровой реальности?**

– Идея прекрасна и своевременна. Другое дело – как она будет реализована. Врач общей практики должен уметь решать 90% стандартных клинических проблем, которые не требуют помощи узкого специалиста. Однако здесь есть ключевой момент: такой специалист должен быть очень хорошо подготовлен. Двух лет ординатуры по семейной медицине явно недостаточно, не говоря уже о курсах в несколько месяцев, которые у нас существуют. Для того чтобы врач ориентировался и в педиатрии, и в гинекологии, и в оториноларингологии и т.д., требуется 5-летняя подготовка, как в экономически развитых странах.

На мой взгляд, в этом и кроется ключевая проблема. Где найти

людей, которые будут этому учить? У нас просто-напросто нет таких специалистов, которые не на бумаге будут ориентироваться во всех областях клинической медицины. Да, у нас формально есть кафедры семейной медицины, но не более чем. Выпускники ординатуры этих кафедр не особенно востребованы. И это закономерно: 2 лет для освоения семейной медицины катастрофически мало.

– **Чем, на ваш взгляд, обусловлен дефицит специалистов первичного звена?**

– Главным образом это невыносимые условия работы. Колоссальный поток пациентов, несмотря на ликвидацию вызовов на дом, что, с моей точки зрения, очень хорошо. Также врачи первичного звена перегружены бумажной волокитой. К сожалению, отраслевая эффективность у нас оценивается по ведению документации. Ну и самое главное, по моему мнению, – огромный пласт социальной помощи: с врача требуют льготные лекарства, инвалидность, различные справки и т.д. Кроме того, врач в первичном звене не может лечить так, как его научили: он вынужден назначать не то лекарство, которое реально нужно конкретному пациенту, а то, что есть в льготном списке, который, кстати говоря, стремительно сокращается.

Наряду с этим агрессия на систему со стороны пациентов выливается на врача. Врач кругом виноват. В таких условиях невозможно реализовать свой профессиональный потенциал. Необходимость идти на поводу у системы никак не привлекает докторов в первичное звено. Это не медицина.

– **Достаточно ли 12 минут, выделенных на терапевтический приём?**

– Всё индивидуально. Нам повсеместно говорят, что эти цифры прорисованы. Мне сложно это подтвердить или опровергнуть. К примеру, мой первичный консультативный приём в среднем занимает 20-25 минут. Для повторного приёма, как правило, достаточно 5-10 минут, не более. Очень многое зависит от уровня подготовки врача. Профанам и суток будет недостаточно. Вследствие этого, к огромному сожалению, наши терапевты в большинстве случаев просто-

напросто распределяют больных по узким специалистам, когда этого совершенно не требуется.

– **Вследствие чего происходит это недоразумение?**

– Это наследие советской медицины. Фактически роль участковых докторов за эти годы свелась к заполнению больничных листов, направлений на госпитализацию, анализы и другие исследования. В результате они настолько свыклись с этой ролью, что самостоятельно заниматься лечением каких-либо серьёзных заболеваний уже и не хочется, и страшно, и компетенции не хватает. Когда 90% своего времени врач отдаёт бумажной работе, ему уже сложно заниматься лечением той или иной даже несложной в клиническом аспекте патологии – он давно этого не делал.

Для решения этой проблемы необходимо убрать немедицинское из медицины. Всё, что связано с бюрократизмом, следует изъять из повседневной работы врача. Это бездарная трата времени. Как это сделать, я не знаю: пусть организаторы здравоохранения думают. К сожалению, ситуация только усугубляется: денег в системе всё меньше, как и льготных лекарств. Как следствие, страдают пациенты, которым не могут по месту жительства выдать необходимые медикаменты, назначенные при выписке из стационара.

– **Нынешний год для московского здравоохранения примечателен также и тем, что столичные власти инициировали проведение городских клиничко-анатомических конференций. Насколько это позитивно с вашей точки зрения?**

– Всевозможные подобные мероприятия с точки зрения образования врачей несомненно полезны. Другое дело – как расставить акценты. Цель таких мероприятий? Для того чтобы выстроить эффективную систему с целью неповторения допущенных ошибок, или же нужно всего лишь найти виноватого и публично наказать? Если ради второго, как это часто у нас бывает, то все подобные встречи малоэффективны. Я не был ни на одном таком разборе, однако слышал от коллег, что эти конференции,

прежде всего, направлены не на поиск «крайнего», а на то, чтобы избежать «рецидивов» оплошностей столичных врачей.

– **Как повысить престиж терапевтической специальности?**

– Дать возможность врачу работать врачом. Чтобы он работал с удовольствием и удовлетворением, а не быть социальным работником, с которого все спрашивают. Создавать максимально привлекательные условия – рецепт прост.

– **Почему реализация столь прекрасных идей зачастую так ужасно хромает?**

– Такого масштаба реформы невозможно полноценно провести за год, два или три. Поспешность здесь неуместна. Начинать нужно было с образования – чтобы врачи были готовы к таким видоизменениям. Кроме того, на медицину следует выделять гораздо больше средств, если мы хотим позитивных перемен. Мы наблюдаем явное недофинансирование отрасли, а также отсутствие какой-либо законодательной поддержки проводимых реформ.

– **Со следующего года вводится аккредитация специалистов. Насколько это перспективно?**

– Идея, как всегда, хороша. Как это будет реализовано на практике – вопрос. Официальная цель предстоящей аккредитации – избавиться от непрофессионалов и оставить в профессии хорошо подготовленных медиков. Повышение квалификации на сегодняшний день носит формальный характер, что, на мой взгляд, совершенно недопустимо. Кроме того, у нас нет правовой базы, регламентирующей работу врача вне стен медучреждения. Иными словам – лицензируется клиника, а не доктор. Полагаю, что система аккредитации должна быть направлена, в том числе, и на это. Тогда с врача можно будет спрашивать.

– **Должны ли клинические рекомендации быть главным ориентиром для врача при ведении пациента?**

– Я полагаю, что обязательно. Стандарт лечения – это защита больного от «гениальности» врача. Опыт зачастую – частота стереотипно повторяемой ошибки. На то они и рекомендации – перечень необходимых диагностических или лечебных манипуляций, доказанный в результате серьёзных исследований. И если ты не следуешь этому, будь любезен обоснуй свой выбор. Обосновал – нет проблем. Мы живём в век доказательной медицины. Пациент не должен быть заложником «творческой» работы доктора. Также эти документы – юридическая защита врача: он действовал согласно официальному национальному документу, и, скажем, осложнение заболевания или даже смерть пациента в случае выполнения рекомендаций не станет поводом для завершения его карьеры.

– **Как, по-вашему, медицина – это искусство или ремесло?**

– Ни то и ни другое. Искусство – это что-то авторское. В то же время у меня язык не поворачивается назвать свою профессию ремеслом. Полагаю, что медицина представляет собой практику, основанную на науке. То, что мы делаем, должно быть научно обосновано и повсеместно воспроизводимо.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

XXV, юбилейный, Российский симпозиум «Современные аспекты хирургической эндокринологии» был посвящён 85-летию клиник Самарского государственного медицинского университета.

Участники ежегодных научных форумов, которые инициированы Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом им. М.Ф.Владимирского, предложили назвать их «Калининскими чтениями», тем самым отдавая дань уважения большому вкладу в организацию симпозиумов члена-корреспондента РАН Ариана Калинина. Это решение принималось на симпозиуме по хирургической эндокринологии, состоявшемся в Казани в 2012 г. Название стало официальным уже в следующем году при проведении третьего украинско-российского симпозиума в Запорожье.

Открыл «Калининские чтения – 2015» ректор Самарского государственного медицинского университета академик РАН Геннадий Котельников. Он подчеркнул, что Ариан Павлович внёс большой вклад в развитие отечественной хирургической эндокринологии. В связи с тем, что очередной симпозиум проходил на территории Клиник СамГМУ, которые в этом году отметили своё 85-летие, Геннадий Петрович специально остановился на значении университетских клиник в научно-образовательном процессе, в комплексной и многоуровневой системе непрерывной подготовки врачей.

Заместитель председателя правительства Самарской области, министр здравоохранения региона Геннадий Гридасов поздравил участников симпозиума с началом работы и зачитал приветствие губернатора Николая Меркушкина. В нём было отмечено, что Самарская область является одним из ведущих регионов России по уровню экономического развития, территорией с высокой концентрацией научного, образовательного и производственно-технического потенциала. В приветственном адресе также было отмечено эффективное взаимодействие одного из прославленных медицинских вузов страны – СамГМУ и практического здравоохранения области и подчеркнута, что эндокринной хирургии – особому научно-практическому направлению хирургии, стремительно развивающемуся в последние годы, на самарской земле уделяется должное внимание.

На главную встречу хирургов-эндокринологов в этом году Ариан Калинин приехать не смог, коллеги выслушали его видеобращение. Ариан Павлович особенно выделил сложившуюся традицию симпозиумов – участие в них терапевтов-эндокринологов и врачей других специальностей, так как хирургическая эндокринология имеет общемедицинское, общебиологическое значение. В своём выступлении патриарх отечественной хирургической эндокринологии обращался, прежде всего, к молодым учёным, клиническим ординаторам и аспирантам. Он призвал помнить, что решение любой медицинской проблемы начинается с получения исходных фундаментальных знаний. Поэтому врач, занимающийся эндокринной патологией, должен обладать широким кругозором, свои знания он должен уметь пере-

Деловые встречи

«Калининские чтения» в Самаре

Хирурги-эндокринологи страны провели их на достойном уровне



Выступает ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников

давать коллегам, излагать плоды научной работы в профессиональных изданиях.

В видеобращении Ариан Павлович выразил благодарность администрации Самарской области, ректору СамГМУ академику РАН Геннадию Котельникову за согласие провести симпозиум в Самаре и большую помощь в его организации и проведении.

В город на Волге приехали хирурги, эндокринологи, терапевты, патологоанатомы, специалисты лучевой диагностики из 36 регионов России: от Архангельска до Симферополя, от Смоленска до Благовещенска, от Томска до Кемерово. В работе «Калининских чтений» приняли участие заместитель директора Института проблем эндокринной патологии им. В.Я.Данилевского (Харьков) Александр Казаков и группа хирургов из этого института, которые выступили с докладами и активно участвовали в дискуссиях.

Клиническим аспектам различных заболеваний щитовидной железы были посвящены два первых пленарных заседания симпозиума.

Доклады были скомпонованы в соответствии с характером тиреоидной патологии в специальных рубриках заседаний. Всего было представлено 23 доклада из 19 регионов России и из Харькова. На 3-м заседании в рамках 10 докладов из 9 регионов нашей страны и дискуссии проходило обсуждение вопросов диагностики и хирургического лечения первичного и вторичного гиперпаратиреоза. К про-

и возросший интерес к его хирургическому лечению.

Вопросы, связанные с хирургией надпочечников, участники симпозиума обсудили на 4-м пленарном заседании. Было заслушано 15 докладов, которые свидетельствуют о том, что хирургия надпочечников целенаправленно развивается во многих регионах (в некоторых число операций на надпочечниках исчисляется сотнями), широко используются

лились врачи из Москвы, Самары, Оренбурга.

Специальное заседание было посвящено обсуждению стендовых докладов.

В дискуссиях на каждом пленарном заседании участвовали все желающие. Вообще, исключительной демократичностью и возможностью высказать своё мнение по тому или иному вопросу характеризуются и все проведённые ранее симпо-

видеоэндоскопические доступы к вмешательствам на надпочечниках.

Проблема «Нейроэндокринные опухоли» обсуждалась на 5-м пленарном заседании. Было представлено 3 доклада. Это свидетельствует о том, что данная проблема разрабатывается пока лишь в отдельных клиниках.

Хирургические и не хирургические осложнения сахарного диабета обсуждались на 6-м пленарном заседании. Понятно, почему именно оно вызвало особый интерес у терапевтов-эндокринологов. Было заслушано 6 докладов, обсуждение которых проходило активно и заинтересованно. Вместе с тем представленные доклады не смогли всесторонне отразить всю гамму различных диагностических и лечебных аспектов сахарного диабета. Поэтому в рамках «Калининских чтений» состоялся спутный симпозиум «Современные подходы к терапии сахарного диабета». В 5 выступлениях своим опытом поде-

зиумы по хирургической эндокринологии.

Важно отметить и то, что впервые проведённый симпозиум получил аккредитацию Российского общества хирургов, а его участники – соответствующие баллы по системе непрерывного последилового образования.

На заключительном заседании, проходившем под председательством сопредседателей оргкомитета «Калининских чтений» профессора Игоря Макарова и доктора медицинских наук Тимура Бритвина, обсуждались итоги работы симпозиума и перспективы развития эндокринной хирургии. По предложению профессора Владимира Белобородова все участники форума поддержали инициативу о создании профессионального объединения хирургов-эндокринологов в Российской Федерации. Другим важнейшим вопросом, от решения которого, по единодушному мнению делегатов, зависит дальнейшее развитие эндокринной хирургии в стране и качественное улучшение состояния высокоспециализированной хирургической помощи больным эндокринологического профиля, является внесение в номенклатуру Минздрава России медицинской специальности «эндокринная хирургия» и её внедрение в систему вузовского и непрерывного последилового образования.

Следующие «Калининские чтения» – XXVI Российский симпозиум по хирургической эндокринологии планируется провести осенью 2016 г. в Ижевске. Как и всегда, он должен стать главной встречей хирургов-эндокринологов страны.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Самара.



Сопредседатели симпозиума Игорь Макаров и Тимур Бритвин

Итоги и прогнозы

Российский онкологический конгресс является крупнейшим ежегодным отраслевым мероприятием в области онкологии не только в нашей стране, но и в странах СНГ и Восточной Европы.

Нынешний, XIX конгресс, который собрал более 3,5 тыс. специалистов, открыл главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академик РАН Михаил Давыдов: «Сегодня – это очень ожидаемое и крупное мероприятие в жизни медицинской общественности нашей страны. Конгресс занимается освещением образовательной деятельности, знакомит с самыми передовыми достижениями онкологии. Очень рад, что уровень этого форума не уступает ни одному международному мероприятию такой направленности...»

Мемориальную лекцию в рамках открытия, посвящённую выдаю-

Новации онкологов

Они были представлены на московском конгрессе

щимся отечественным онкологам, – Николаю Блохину и Николаю Трапезникову, представил крупный онколог, современник Н.Блохина профессор Марк Бычков.

Поздравления получили несколько крупных учёных, которые своими новациями «продвинули онкологическую науку вперёд», среди них Алексей Тихонов и Василий Егоров.

«Основная цель онкологов на сегодня – увеличение выживаемости», – напомнила ведущий научный сотрудник РОНЦ им. Н.Н.Блохина Галина Харкевич в своём докладе «Адьювантная терапия меланомы кожи высокого риска». А доктор медицинских наук, заведующая

кафедрой дерматовенерологии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого Татьяна Рукша рассказала о Дне диагностики меланомы в Красноярске. По его итогам была поднята проблема отсутствия ранней диагностики, которая наиболее актуальна среди пациентов старше 60 лет.

Целый ряд докладов был посвящён основной причине онкологической смертности в России сегодня – раку лёгкого. Средний возраст таких больных 58,7 года. Большинство пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого – мужчины (78,4%), только 26,5% из них никогда не курили.

Поиск путей улучшения результатов лечения онкологических больных остаётся трудной и до конца нерешённой задачей. Хотя в последние годы увеличилась эффективность лечения пациентов со злокачественными новообразованиями. Результатом этого стало значимое улучшение общей выживаемости, реализуемое за счёт применения новых методик и своевременного проведения адекватных программ поддерживающей терапии.

Онкологи разных стран объединились в понимании значимости переносимости лекарственного противоопухолевого лечения, это ещё раз было продемонстрирова-

но на встрече учёных и практиков. В рамках конгресса был рассмотрен ряд препаратов для лечения онкологических заболеваний.

Программа конгресса включила 94 заседания (сессии, лекции, симпозиумы, мастер-классы, мероприятия профессиональных обществ), что больше по сравнению с предыдущим годом. В них приняли участие более 500 лекторов из разных городов и стран. Ещё 173 доклада включены в программу по присланным тезисам работ отечественных исследований. Примечательно, что 90% всех тезисов были представлены российскими учёными.

Около половины работ были посвящены исследованиям в области хирургической онкологии и лучевой терапии. 50% тезисов содержат результаты исследований эффективности лекарственной терапии.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 1.)

— **Вам слово, Михаил Александрович. Скажите, пожалуйста, как институт завоевывал безупречную репутацию, решал стоящие перед ним задачи в области неврологии и нейронаук?**

— Это был долгий путь, но, к счастью, у тех, кто его начинал и продолжил, было стремление реализовать свой профессиональный потенциал. В первые послевоенные годы наши усилия были направлены на изучение травматических и инфекционных заболеваний нервной системы. Классические труды М.Чумакова с сотрудниками внесли большой вклад в изучение клещевого и других форм энцефалитов и полиомиелита, позволили разработать систему мероприятий, поставивших заслон многим опасным нейроинфекциям в нашей стране. В 1954 г. выделившийся из состава Института нейроинфекционный отдел стал основой для создания НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР.

Потом под руководством Л.Поповой было создано новое направление в неврологии — нейрореаниматология. Во время эпидемии полиомиелита под её руководством на территории СССР были организованы респираторные центры для лечения больных с неврогенными нарушениями дыхания, а коллектив отделения нейрореанимации стал активным участником разработки первых отечественных аппаратов для искусственной вентиляции лёгких, позволивших спасти многие тысячи жизней.

Давние традиции в НЦН имеют изучение сосудистых заболеваний мозга, освещённое именами таких выдающихся учёных, как Е.Шмидт, Н.Верещагин, З.Суслина, Д.Лунёв, Л.Членов, А.Колтовер, Б.Клосовский, И.Ганнушкина и др. Приоритетные работы в области патологии магистральных артерий головы коренным образом изменили существовавшие представления по ряду принципиальных вопросов патогенеза нарушений мозгового кровообращения. В 1970-е годы под руководством Е.Шмидта были начаты масштабные эпидемиологические исследования при сосудистых заболеваниях мозга, организованы первые регистры инсульта. Заслуга Н.Верещагина и его школы была в разработке концепции структурно-функциональных уровней сосудистой системы и патологии мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии, что значительно расширило представления о патогенетической гетерогенности ишемических нарушений мозгового кровообращения, позволив сформулировать критерии атеротромботического, геморрагического и других подтипов ишемического инсульта.

О творческом потенциале коллектива можно судить по исследованиям, которые были проведены под руководством З.Суслиной, заложившей современное понимание кардионеврологии и гемореологии как новых междисциплинарных разделов современной ангионеврологии. Созданное Зинаидой Александровной в 1988 г. первое в стране специализированное отделение острых нарушений мозгового кровообращения с палатами интенсивной терапии стало моделью для отечественного здравоохранения.

— **Да, об этих учёных нельзя забывать. Всю свою жизнь, можно сказать, они положили на алтарь науки. А чем отмечен сегодняшний день?**

— Приоритетными направлениями деятельности центра остаются сосудистые поражения мозга, дегенеративные, демиелинизирующие заболевания нервной системы, критические состояния в неврологии, восстановительная неврология, структурно-функциональные и нейрохимические закономерности пластичности головного мозга, клеточные технологии и нанотехнологии в неврологии.

В наши дни исследования в области нейрореаниматологии развиваются на качественно новом уровне.



Михаил Пирадов

расположенности к неврологической патологии. Разработана целостная система медико-генетического консультирования и профилактики наследственных заболеваний нервной системы, что имеет большое значение для России.

Значительное место в научных исследованиях центра занимает проблема демиелинизирующих заболеваний и «медленных» нейроинфекций. Впервые в истории изучения БАС и спинальных амиотрофий Л.Зильбером и Н.Коноваловым была выдвинута гипотеза о возможном значении персистирующих вирусов в этиологии отдельных форм этих заболеваний, в экспериментах на обезьянах предложено обоснование данной гипотезы, которая до настоящего времени оживлённо

качественное переоснащение технологической и инструментальной базы, а также произошедшее в 2006 г. объединение с Институтом мозга РАН — старейшим научно-исследовательским учреждением страны, разрабатывающим фундаментальные проблемы нейронаук. Благодаря этому событию Научный центр неврологии стал уникальным учреждением, имеющим все возможности для быстрого и эффективного внедрения результатов экспериментальных и фундаментальных исследований в клиническую практику. Сотрудниками объединённого центра внесён приоритетный вклад в изучение структурно-функциональных, нейрохимических, синептических механизмов пластичности мозга, заложены основы гендерной нейроморфологии, разработаны уникальные экспериментальные модели заболеваний

ской нейрохирургии в лечении заболеваний нервной системы и позвоночника;

— создание системы фармакокинетического мониторинга в неврологии.

— **Кто же создаёт и на протяжении многих лет поддерживает высочайшую репутацию Научного центра неврологии в медицинском мире?**

— НЦН является крупнейшим лечебно-диагностическим учреждением в области неврологии, нейрореаниматологии, малоинвазивной нейрохирургии и реабилитации. Ежегодно в его клиниках проходят лечение более 35 тыс. человек с самыми сложными заболеваниями центральной нервной системы и других органов. Будучи оснащённым самым современным оборудованием на уровне ведущих европейских клиник, центр может оказывать более 1000 услуг в год

Юбилей

От истоков — в будущее

Разработана система оказания неотложной медицинской помощи больным с критическими состояниями, снизившая летальность при тяжёлых формах полиневропатий в 11-15 раз, при тяжёлых инсультах — в 1,5-2 раза. Центр активно участвовал в создании Национальных критериев диагностики смерти мозга, ставших научной основой для развития нейротрансплантологии в нашей стране.

Исследования в области сосудистой патологии мозга проводятся в центре на самом современном уровне. Разработана и внедрена уникальная панель гемореологических, генетических и биохимических биомаркёров, обеспечившая переход к адресному лечению и профилактике острых и хронических цереброваскулярных заболеваний. Продолжаются исследова-

обсуждается в мировой литературе. Сотрудниками центра установлены прогностические маркёры характера течения рассеянного склероза, разработаны оригинальные лабораторно-инструментальные методы ранней диагностики, лечения и реабилитации, обобщён уникальный опыт многолетней иммуномодулирующей терапии данного заболевания.

Исторической заслугой коллектива является развитие функциональной стереотаксической нейрохирургии, основоположником которой в нашей стране стал Э.Кандель. Совместно со своим блистательным учеником В.Переседовым им был разработан оригинальный метод стереотаксического клипирования аневризм, запатентованный в США, Японии, Канаде, ФРГ и Великобритании,

нервной систем, предложены инновационные подходы к клеточной и генной терапии паркинсонизма, болезни двигательного нейрона, церебральной ишемии. В этом ряду выделяются исследования учёных центра в области нанобиотехнологий, экспериментальной нейротрансплантологии, функциональной межполушарной асимметрии, нейрокибернетики.

— **Каков же итог, Михаил Александрович, в 70-летнем стремлении медицинского коллектива к совершенству в области неврологии и нейронаук?**

— В числе наиболее значимых разработок и открытий Научного центра неврологии, сделанных уже в XXI столетии, назовём следующие:

— создание новых методов нейрореабилитации на основе ком-

по высокотехнологичной медицинской помощи.

В НЦН работают 4 академика и члена-корреспондента РАН, 23 профессора, 46 докторов наук и 95 кандидатов наук, лауреаты Государственных премий и премий Правительства РФ. На нашей базе осуществляют деятельность совет по защите докторских и кандидатских диссертаций, выходят 4 научных журнала. Результаты исследований публикуются в многочисленных научных журналах и монографиях в России и за рубежом. Работы сотрудников центра отмечены Ленинской и 5 Государственными премиями СССР, 4 премиями Правительства РФ, многими другими престижными российскими и международными наградами и знаками отличия.

— **Что вы можете рассказать о сотрудничестве с коллегами из других клиник, об образовательной деятельности?**

— Научный центр неврологии сотрудничает со многими ведущими научными и медицинскими учреждениями России, со странами ближнего и дальнего зарубежья, включая США, Новую Зеландию, Германию, Италию и др. Это совместные научно-исследовательские и образовательные проекты.

Под эгидой НЦН проводится много научных и научно-практических конгрессов и конференций с международным участием по наиболее актуальным направлениям нейронаук, собирающих до 1500 участников. Ежегодно более 70 аспирантов и ординаторов проходят подготовку на нашей базе и более 400 специалистов обучаются по программам дополнительного профессионального образования.

Сегодня Научный центр неврологии — ведущее неврологическое учреждение России, крупнейший научно-исследовательский, лечебно-диагностический и образовательный центр нашей страны, способный решать любые задачи в области неврологии и нейронаук.

— **Что ж, Михаил Александрович, остаётся вам и коллегам пожелать всегда быть на высоте — новых вам достижений и творческой энергии. За 70 лет научный коллектив достиг границ возможного в неврологии, по крайней мере на сегодняшний день. Но за горизонтом ещё много предстоит интересного открыть... Будут и новые прорывы в медицине. Воплощать фантастические по дерзости замыслы в жизнь — это своего рода кредо Научного центра неврологии.**

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».



Здесь, в стенах Научного центра неврологии, рождаются прорывные технологии XXI века

ния патогенеза церебральной ишемии с использованием новейших технологий нейровизуализации.

— **Известно, что Научный центр неврологии имеет богатые традиции изучения наследственных и дегенеративных заболеваний нервной системы.**

— Да, они были заложены Н.Коноваловым, Р.Ткачёвым, Е.Марковой. Приоритет наших учёных в области нейродегенеративных заболеваний закреплён как в эпонимике современной неврологии («тельца Бунинной», «болезнь Вильсона — Коновалова»), так и в описании ряда новых форм патологии и их генетическом картировании, что нашло отражение в Мак-Кьюсиковском каталоге наследственных признаков человека.

В настоящее время проводится большой цикл работ, связанных с полногеномным анализом и идентификацией новых генов неврологических заболеваний, созданием молекулярных панелей для практической ДНК-диагностики и определения генетической пред-

создан получивший широкое признание врачей стереотаксический комплекс — аппарат Канделя — Переседова. Новый метод стереотаксического удаления внутримозговых гематом позволил снизить послеоперационную летальность более чем в 2 раза. Проведены важные исследования по вентрикулярному тромболитису при внутрижелудочковых кровоизлияниях, разработаны оригинальные противомикробные вентрикулярные катетеры, постоянно совершенствуются методы стереотаксического лечения болезни Паркинсона, дистонии, тиков, эссенциального тремора, лицевого боли и других заболеваний.

— **Какие ещё научные результаты за последние годы вы причислите к безусловным удачам и в чём состоят дальнейшие цели и задачи Научного центра неврологии?**

— На протяжении последнего десятилетия мы вышли на принципиально новый уровень своего развития, чему способствовало

пьютерных и роботизированных технологий, включая нейрокompьютерные интерфейсы, а также разработки в области прецизионной направленной нейромодуляции функциональных резервов и компенсаторных возможностей мозга;

— получение первого в мире рекомбинантного генотерапевтического препарата для лечения БАС (Адеваск) совместно с НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи;

— создание уникальных клеточных биоматриц — культур специализированных нейронов и нейронных сетей, получаемых путём репрограммирования фибробластов на основе технологии индуцированных плюрипотентных клеток;

— разработку молекулярно-генетических, биохимических и протеомных биомаркёров социально значимых заболеваний нервной системы;

— внедрение новых технологий малоинвазивной эндоскопиче-

Перспективы

Почки и рак

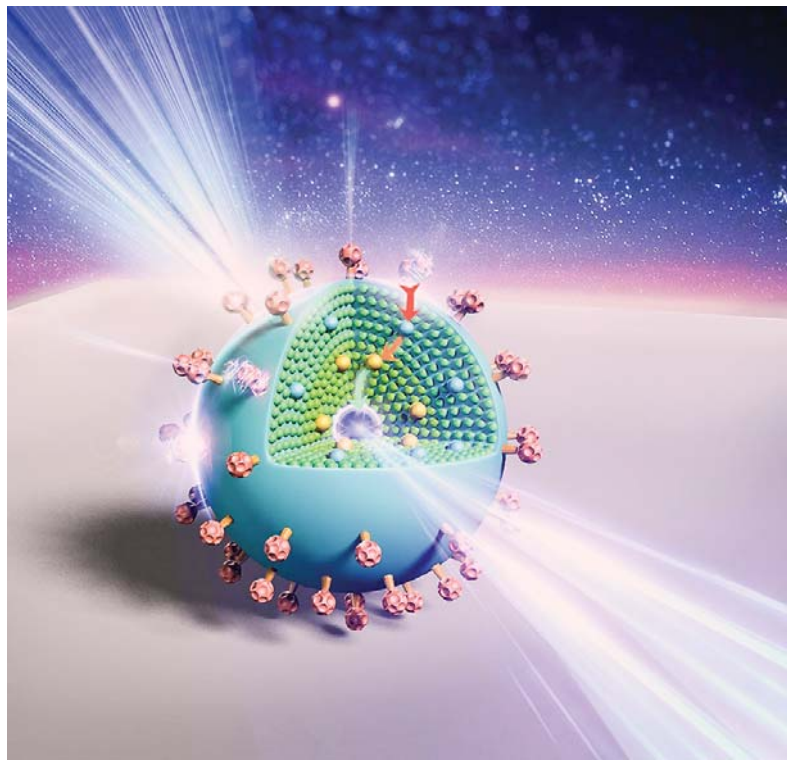
Екатерина Моргунова из Каролинского института в Стокгольме и Александр Попов, работающий на синхротроне в Гренобле, были в составе международной команды, пытавшейся разобраться в сложной грамматике клеточного генома.

Двойную спираль ДНК открыли Уотсон и Крик, которому понадобилось 10 лет, чтобы разобраться в генетическом коде, выяснив, что он трёхбуквенный. (Это означает, что каждую аминокислоту кодируют тройки-триплеты из 4 букв ДНК, при этом общее число комбинаций достигает 64. Из них две являются стоп-кодонами, останавливающими синтез белка, поэтому мутация может приводить к преждевременному «обрыву» белковой цепи.)

Понадобилось ещё четверть века, чтобы понять сложную структуру гена, в котором имеется как минимум два регуляторных (промотор, запускающий «моторику» считывания «структуры», и энхансер, регулирующий включение активности гена). В отличие от аминокислотных троек минимальный регулятор представлен четвёркой букв, которых может быть и 8. На эти квартеты-октеты «сажаются» белки транскрипционных факторов (ТФ), включающие или выключающие считывание гена. («Маяками» для ТФ служат последовательности ТАТА или GATA, одним из факторов является Oct (от octet), который используется для репрограммирования взрослых клеток и «возвращения» их к состоянию эмбриональных стволовых, дающих 200 типов клеток организма.)

Авторы разобрали «синтаксис» генома, а именно образование молекулярных пар ТФ, взаимодействующих друг с другом, которые были видны по свечению «флажка», прикрепляемого ко второму белковому фактору. Из 9400 возможных взаимодействий ТФ с ДНК анализ выявил 315 «функционалов», различающих 618 регуляторных мотивов. Учёные полагают, что взаимодействие протеинов похоже на образование составных и сложных слов в естественных языках человека, а ДНК-мотивы сходны с ген-«лексиконом», который необходим для нормального развития организма с его 200 клеточными типами, образующимися из неспециализированной яйцеклетки. Для многих процессов нужно знать пути от яйцеклетки к специализированному (дифференцированному) клеткам.

Три четверти века назад в связи с 10-летием смерти вождя «Красная Нива» дала на одной из страниц фото серьёзных товарищей в суконных гимнастёрках и опоясанных ремнями. В небольшой заметке говорилось, что собранию московско-



го партактива были представлены результаты изучения мозга, в лобной коре которого было обнаружено повышенное количество связей между клетками III слоя. Никаких других отличий по сравнению с мозгом обычных людей выявлено не было.

Недавно в Гарварде репрограммировали в мозгу нейроны II слоя, «превратив» их в нервные клетки V. «Переориентация» слоя увеличила число синапсов с тормозящими интернейронами, что характерно для нейронов более глубоких слоёв. Это похоже на пары возбуждающих нервных клеток с подавляющими их активностью «вставочными» интернейронами, которые характерны для эмбрионального формирования коры.

В основе разработки клеточных терапий лежит генетическая модификация, которую применили в Гарварде для атаки стволовыми клетками метастазов рака молочной железы в мозгу мыши. Свечение белков было использовано для показа разницы между эмбриональными клетками крысиной почки и клетками, «вступившими» на путь специализации. Этот переход имеет большое значение для предупреждения рака и разработки искусственной почки. Ей помогут наночастицы, предложенные сотрудниками Университета Баффало, свечение которых стимулируется инфракрасным излучением тепловых, невидимых для человеческого глаза. Наночастицы имеют три слоя-оболочки, преобразующих

свет, близкий к инфракрасному (NIR – Near InfraRed), в синий и даже ультрафиолетовый. Новый продукт даёт локальный источник излучения в пределах одной клетки, что повышает разрешение анализа. Американцам помогали коллеги из Томского госуниверситета и Каролинского института в Стокгольме, а также Технологического института в Харбине.

Сотрудники университетов Сан-Франциско и Вандербилта создали прототип искусственной почки размером с кофейную чашку. Одним из её компонентов является силиконовый наночастица для удаления токсинов и воды из крови, солей и малых молекул, не допуская «просачивания» жизненно важных белков. При его создании были использованы методы производства чипов, широко применяемые в микроэлектронике. Нынешние фильтры, используемые для диализа, имеют поры с разным диаметром, к тому же они не требуют для своего функционирования электроэнергии. Для работы нового фильтра с порами сходного диаметра достаточно естественного перепада давления в кровеносных сосудах. Учёные полагают, что имплантация их фильтра позволит сохранить почки пациента, облегчение нагрузки на которые «оживит» их и позволит успешнее справляться с хронической патологией.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature.

ГБУЗ КО ЦРБ Сухиничского района срочно
требуются: ПЕДИАТР, ФАРМАЦЕВТ.

Производится оплата за найм жилья. Обращаться:
ул. Ленина, 94, г. Сухиничи, Калужская обл. 249275.
Тел. (48451) 51-209.

НУЗ «Отделенческая больница на станции Елец ОАО «РЖД»
приглашает на работу:

**ТЕРАПЕВТОВ, КАРДИОЛОГА, СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА,
ВРАЧА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, НЕВРОЛОГА,
ЭНДОСКОПИСТА; ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИКЛИНИКИ.**

Возможна профессиональная переподготовка по специальностям. Средняя заработная плата 27 тыс. руб.

Предоставляются: полный соцпакет, бесплатный проезд по России железнодорожным транспортом 1 раз в год, гарантии, предоставляемые коллективным договором, оплачивается найм жилья в размере одного МРОТ.

Обращаться: ул. Новополеводская, д. 20, г. Елец,
Липецкая область 399773.

Тел. (47467) 72-195 – отдел кадров.

E-mail: sektorpokadram@yandex.ru

Открытия, находки

Холестерин победим

Сегодня едва ли не четверть взрослого населения развитых стран имеет повышенный уровень «плохого» холестерина, но только треть держит своё состояние под контролем. Чтобы упростить и удешевить лечение, американские учёные начали работу над первой в мире вакциной против избыточного холестерина.

Доктор Брюс Шакарян из отделения молекулярной генетики и микробиологии Университета Нью-Мехико рассказал о том, как они с коллегами успешно испытали прототип вакцины против липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) на макаках-резусах. ЛПНП в популярной литературе часто называют «плохим» холестерином. Считается, что высокий уровень ЛПНП в крови способствует появлению патологических отложений на стенках артерий, увеличивает риск коронарной болезни сердца, инфаркта, инсульта. Центр по контролю и профилактике заболеваний США заявляет, что лица с повышенным уровнем ЛПНП вдвое чаще страдают коронарной болезнью сердца по сравнению с теми, чьи показатели ЛПНП лежат в пределах нормы.

Поддержание нормального уровня холестерина сегодня держится на трёх «китах» – диета, упражнения и статины. Вначале при отсутствии серьёзных проблем врачи рекомендуют людям с повышенным уровнем ЛПНП изменить рацион и больше двигаться. Если такой подход оказывается безрезультатным, то подключаются гипохолестеринемические препараты. Как правило, это статины. Хотя они признаны эффективными, доктор Шакарян отмечает, что статины подходят далеко не каждому

пациенту, так как способны вызывать серьёзные побочные явления: мышечные боли, поражение печени, а также увеличивают риск диабета.

Команда доктора Шакаряна взялась за нечто совершенно фантастическое – вакцину против холестерина, которая подавляет энзим PCSK9 (пропротеиновая конвертаза субтилизин-кексинного типа 9) и может стать альтернативой статинам. Энзим PCSK9 работает путём связывания с холестериновыми рецепторами. В печени благодаря этим рецепторам происходит удаление избытка ЛПНП из организма, но после связывания с PCSK9 рецепторы утрачивают эту способность и перестают очищать кровь от потенциально опасного липида. В рамках своего смелого проекта учёные с помощью вирусоподобных частиц создали вакцину, которая индуцирует мощную реакцию иммунной системы млекопитающих на энзим PCSK9. Противостоять энзиму PCSK9, новая вакцина разблокирует холестериновые рецепторы и даёт им возможность удалять ЛПНП из крови.

Эксперименты на лабораторных мышках 4-6-недельного возраста показали, что после введения вакцины уровень ЛПНП в их крови значительно снижается. Если комбинировать вакцину со статинами, то можно добиться ещё более существенных результатов. «Одним из наиболее потрясающих достижений я считаю то, что монотерапия новой вакциной гораздо более эффективна, чем монотерапия самими совершенными статинами», – говорит доктор Шакарян.

Ирина МЕЛКУМОВА.

По материалам Vaccine.

Осторожно!

Беременность и спиртное — вещи несовместимые

Миллионы будущих мам подвергают своих ещё не рождённых детей серьёзному риску, продолжая употреблять спиртное во время беременности. В новом отчёте Американской академии педиатрии (ААР) эксперты вновь напоминают о вреде алкогольных напитков для материнского организма, эмбриона и плода.

Алкоголь – это ведущая причина возникновения врождённых пороков развития и умственной отсталости у детей в развитых странах мира. ААР настаивает, что не существует минимальной дозы алкоголя, которую можно считать безопасной в любом триместре беременности. Употребление

спиртных напитков в этот ответственный период увеличивает риск выкидыша, мертворождённости, преждевременных родов и синдрома внезапной детской смерти. Даже если ребёнок при рождении кажется здоровым, остаётся вероятность наличия у него тех или иных заболеваний и пороков, связанных с внутриутробным воздействием алкоголя.

Понятие «нарушения фетального алкогольного спектра» объединяет большую группу аномалий физического и психического развития ребёнка, вызванных употреблением спиртного во время беременности. Среди физических последствий употребления алкоголя беременными – структурные и функциональные изменения в

головном мозгу, сердце, костях и позвоночнике, почках, органах чувств, а также черепно-лицевые мальформации. На интеллект и психику ребёнка спиртные напитки оказывают не менее разрушительное действие. Возможно развитие синдрома дефицита внимания и гиперактивности, умственной отсталости, нарушений памяти, обработки информации и контроля, абстрактного мышления и слухового восприятия. Самое страшное в том, что приобретённые в результате безответственного поведения матери изменения, как правило, носят необратимый характер и во многих случаях обрекают ребёнка на неполноценную и невероятно сложную жизнь. Даже «умеренное» употребле-

ние алкоголя опасно. Например, в США фетальный алкогольный спектр нарушений (ФАСН) встречается столь же часто, как синдром Дауна или spina bifida. Каждый год в этой стране до 40 тыс. младенцев появляются на свет с ФАСН. Несмотря на колоссальный риск, американские женщины детородного возраста регулярно употребляют спиртные напитки. Во время недавнего опроса каждая вторая жительница США призналась, что за прошлый месяц как минимум один раз прикладывалась к рюмке. Ещё страшнее то, что 8% женщин продолжают выпивать во время беременности. Последние научные данные говорят о том, что риск отставания в развитии ребёнка возрастает даже

при периодическом употреблении всего-навсего одного «динка» алкоголя, что эквивалентно банке пива.

Плод наиболее чувствителен к алкоголю в первом триместре, в этом случае риск неблагоприятного исхода увеличивается в 12 раз. Если женщина выпивает на протяжении всей беременности, то вероятность ФАСН возрастает в 60-70 раз. Соавтор последнего исследования доктор Джанет Уильямс заявляет: «На основании научных данных я могу смело сказать, что беременным женщинам лучше всего целиком и полностью отказаться от алкоголя».

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам Pediatrics.

Мифы и факты

Шапочный разбор

«Держи голову в холоде...» — гласит пословица. Но результаты экспериментов с ней спорят



Носить ли шапку, когда наступают холода? На протяжении многих лет физиологи пытались выяснить, как именно мёрзнут люди. В этом им помогли различные группы «подопытных кроликов» — от выносливых студентов до военнослужащих.

Для экспериментов в этой области, как правило, требуются люди, которые способны выдержать определённый уровень дискомфорта. Чтобы оценить, сколько тепла уходит с поверхности головы, Тея Преториус из Манитобского университета в Канаде использует акваланг. Все волонтеры, участвующие в эксперименте, отличаются не только выносливостью, но и волосатостью (по крайней мере, их головы). Лысина добавила бы лишние

сложности на этой стадии исследования.

В одном из экспериментов Тея Преториус волонтерам давали специальное вещество, чтобы остановить дрожь (с её помощью тело останавливает потерю тепла). Затем испытуемых спускали в холодную воду на ледянке. Иногда их погру-

жали в воду целиком, иногда оставляли голову над поверхностью воды.

Второй переменной в эксперименте была одежда участников: волонтеров одевали или в купальный костюм, или в изолированный прорезиненный сухой костюм, две пары носков и перчатки из шерсти. Каждый проводил в 17-градусной воде по 45 минут.

Как и ожидалось, больше всего тепла добровольцы теряли сразу после погружения в воду. Однако другие результаты эксперимента развенчали популярные мифы. Волонтеры, погрузившиеся в воду с головой, но в водонепроницаемых костюмах, потеряли в 2 раза меньше тепла, чем те, кто был в простых купальных костюмах и держал голову над поверхностью воды.

Иными словами, не так уж и много тепла мы теряем из-за

воздействия холода на голову. Согласно результатам эксперимента, погружение головы в воду усиливает потерю тепла всего лишь на 10%. Это не так уж и много, учитывая, что поверхность головы составляет 7-9% от всей поверхности тела.

Однако прежде чем вы выкинете всю свою коллекцию шерстяных шапок в мусорное ведро, примите во внимание ещё один вывод, сделанный по результатам этого эксперимента.

Если на голову воздействует холод, а тело находится в тепле, общая температура тела падает намного быстрее, чем может себе представить большинство людей. Одна из причин этого явления состоит в том, что в коже головы очень много кровеносных сосудов, и все они находятся особенно близко к поверхности кожи (потому, кстати, любой порез на голове приводит к столь обильному кровотечению).

Если в холодный день вы надели тёплую одежду, но забыли шапку, воздух будет охлаждать горячую кровь, пока она течёт по сосудам кожи головы. Затем остуженная кровь возвращается в туловище и распространяет холод.

Ещё одна причина связана с дрожью. Любопытно, что люди не дрожат, когда холоду подвергается только их голова. А поскольку дрожь замедляет процесс охлаждения тела, её отсутствие гарантирует вам, что вы замёрзнете намного быстрее, чем с открытой головой.

Юрий БЛИЕВ.

По материалам сайта BBC-Medicine.

Однако

Первым делом — девушка

Ну а официальный визит — потом

Президент Уругвая Табаре Васкес, врач по профессии, оказал неотложную медицинскую помощь 17-летней француженке, у которой во время трансатлантического перелёта развилась тяжёлая аллергическая реакция.

Инцидент произошёл, когда Васкес направлялся во Францию с официальным визитом. Девушка, возвращавшаяся из Буэнос-Айреса с хоккейного турнира, почувствовала себя плохо после того как съела закуску, содержащую арахис, — на этот продукт у неё была аллергия.

Мать девушки позвала на помощь, когда её дочь перестала дышать. Командир воздушного судна спросил пассажиров, есть ли на борту врач. Помочь вызвался 75-летний Васкес. Вместе со своим личным врачом Марио Селараяном он успокоил девушку, дал ей выпить лекарства и сделал инъекцию. Врачам удалось стабилизировать её состояние, и необходимость совершать экстренную посадку отпала.

«Проще говоря, её горло было почти полностью закупорено», — отметил Селараян. По его словам, случай был «довольно серьёзным». «Если бы мы не помогли, я не



знаю, что бы случилось», — добавил врач.

Селараян рассказал, что Васкес оказывал медицинскую помощь во время рейса уже в третий раз. Впервые это произошло при перелёте в Азию, второй раз он помог американке, с которой случился приступ астмы.

Васкес, представитель коалиции левых сил, занимал пост президента Уругвая в 2005-2010 гг. Повторно Васкес был избран в ноябре

2014 г. Конституция Уругвая запрещает занимать президентский пост два срока подряд.

Васкес получил медицинское образование по специальности онкология. По гранту от французского правительства он получил дополнительное образование в Париже, в онкологическом институте Гюстав Русси.

Игорь НИВКИН.

По материалам The Telegraph.

Скандалы

Директор Центра энергетике, природных ресурсов и геополитики Института анализа глобальной безопасности (США) Ариэль Коэн высказал своё видение ситуации, связанной с допинговым скандалом, разразившимся в российской лёгкой атлетике.

«инженерами». Несложно догадаться, в какой именно организации работали эти господа...

Таким образом коррупция и «липа», пронизывающая российское общество сверху донизу, были поставлены на экспорт — мировому сообществу, а именно, в мир спор-

Допинг как порождение системы

Что думают о нас специалисты на Западе

Впервые за всю историю российского спорта на допинге «попались» не одиночные атлеты, которых чиновникам можно было бы легко за это осудить и сделать «крайними», но почти вся сборная России по лёгкой атлетике. В такой ситуации совершенно ясен системный характер проблемы, объяснение которой старо, как сама Россия, — коррупция.

В большинстве случаев допинг объясняется индивидуальной мотивацией атлетов — так, у двух третей спортсменов, пришедших к финишу в первой десятке престижной велогонки Тур де Франс с 1998 по 2013 г., было обнаружено присутствие стимулянтов в крови. Самым известным «попавшимся» был Лэнс Армстронг, завоевавший рекордные 7 титулов победителя гонки (и впоследствии лишившийся их из-за злоупотребления).

Совершенно иная картина представляется при разборе скандала с российскими легкоатлетами. Согласно заключению комиссии Всемирного антидопингового агентства (ВАДА), применение запрещённых препаратов в российской легкоатлетической сборной перед Олимпиадой в Лондоне в 2012 г. носило массовый характер и не только игнорировалось, но и поощрялось спортивными чиновниками. Более того, Российский олимпийский комитет сделал всё возможное для саботажа работы Московской антидопинговой лаборатории — более 1400 образцов (крови и т.д.) были уничтожены, и таким образом в Лондон оправились новые, «чистые» пробы.

Доходило до ситуаций, напоминающих разгар холодной войны. Так, один из сотрудников лаборатории рассказал корреспондентам CNN, что в лаборатории постоянно присутствовали лица, там не работающие, представляющие

та. И российская сборная смогла занять аж четвёртое место в Лондоне — благодаря спецвеществам. Цель оправдала средства.

Картина складывается абсурдная. Война с коррупцией, объявленная Кремлём несколько лет назад, в свете таких событий становится войной режима с самим собой, так как коррупция, по сути, уже является системообразующим принципом в России. Утечки о коррупции, иногда приводящие к следствию и суду, используются для сведения счетов между разными башнями Кремля. Возможно, и история с допингом в российском спорте — из этой серии.

Увы, коррупция в спорте — явление практически повсеместное для России. «Берут» все — от директоров детско-юношеских спортшкол до председателей судейских комиссий и госкомитетов. То, что обнаружили эксперты ВАДА — лишь вершина коррупционного айсберга российского спорта. К сожалению, Россия не одинока в этой напасти. Достаточно вспомнить, как Катар получил право проводить чемпионат мира по футболу 2022 г.

В России предсказуемо уже задали тон ответной пропагандистской кампании: дескать, решение ВАДА — это лишь ещё один эпизод информационной войны Запада с Россией, а допинг используют все. И они отчасти будут правы. Но если на Западе спортсмены, как правило, берут на себя все риски, связанные с употреблением «запрещёнки», то в России это происходит с ведома, а то и по прямому указу начальства. А порой и самого высшего руководства страны. Которое хочет всем рекордам «наши звонкие дать имена». На что боролись, на то и напоролись.

Подготовил Юрий БОРИСОВ.

По сообщению Financial Times.

Осторожно!

Побочный эффект «красоты»

Декоративная косметика может представлять опасность для здоровья и ускорить процесс наступления менопаузы. Учёные из Вашингтонского университета в Сент-Луисе изучили воздействие 111 веществ из косметических средств на здоровье при участии 31,5 тыс. женщин.

уровни химических веществ в моче испытуемых. Оказалось, что у женщин с более высоким уровнем определённых химических веществ, содержащихся в косметических средствах, наступление менопаузы может начаться раньше на срок до 4 лет.

Снижение функции яичников, связанное с менопаузой, влияет не только на фертильность, но может также повысить риск сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и способствовать возникновению других проблем со здоровьем. Химические соединения, как известно, увеличивают риск некоторых видов рака, метаболического синдрома, а у молодых девочек способствуют раннему половому созреванию.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению Reuters.

Всероссийская научная конференция «История медицинской науки, организация здравоохранения и медицинское право» состоялась в Москве. В крупном мероприятии, собравшем более 200 человек, приняли участие академики, руководители научных учреждений Отделения медицинских наук РАН и Министерства здравоохранения РФ, профессора, а также ведущие и молодые учёные.

По традиции форум начался с приветствий. Их прислали заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников, заместитель академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН Валерий Береговых, советник Президента РФ по культуре и искусству, президент ИКОМ России Владимир Толстой, главный редактор «Медицинской газеты» Андрей Полторак, академики Николай Измеров и Евгений Насонов.

Живо откликнулись слушатели на доклад «Здравоохранение России 2016: вызовы и решения», который представила председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству профессор Гузель Улумбекова. «Медицинское право России: становление, проблемы и перспективы» — так назывался доклад заведующего кафедрой медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова члена-корреспондента РАН, заслуженного юриста РФ Юрия Сергеева. Его выступление стало серьёзным поводом для обсуждения.

Президент Российской академии медико-технических наук про-

Деловые встречи

Прошлое и настоящее всегда рядом

Что конкретно подтвердила недавняя встреча историков в Москве



Конференция проходила в здании Отделения медицинских наук РАН

фессор Борис Леонов ознакомил участников с историей создания и развития возглавляемой им академии, руководителем которой он является более 20 лет. При этом были показаны достижения РАМН и задачи, которые пред-

стоит решать членам академии в дальнейшем.

Научный доклад «65 лет методу Илизарова — от аппарата к философии» прочитал директор Российского научного центра «Восстановительная травматология

и ортопедия» им. Г.А.Илизарова профессор Александр Губин. Он также сообщил, что 2016 г. объявлен годом Илизарова в Курганской области и пригласил всех принять участие в запланированных масштабных мероприятиях.

Кроме того, участники конференции получили возможность ознакомиться с научно-исследовательскими работами в области истории медицинской науки, обсудить проблемы и перспективы развития здравоохранения в нашей стране, а также рассмотреть самый широкий круг вопросов медицинского права.

Всероссийская научная конференция прошла в рабочей, конструктивной обстановке обмена мнениями и предложениями, которые несомненно окажутся полезными в дальнейшей научной и практической работе её участников и в изучении исторических аспектов медицинской науки, организации здравоохранения и медицинского права. Не стала чем-то инородным, а наоборот, показалась очень интересным и близким рассказом demonstra-

ция фильма-повести «VIP Хирург» режиссёра Бригиты Эглите. Это документальный фильм о Викторе Калнберзе, докторе, широко известном в Латвии и в мире. Богатый жизненный опыт легендарного для Латвии человека — хирурга и в то же время изобретателя, писателя, фотографа и коллекционера, одного из самых выдающихся людей Латвии был показан в этой картине.

Своевременность и актуальность тем вызвали большой интерес к работе форума со стороны учёных и специалистов разных областей медицины. На нём принято решение регулярно проводить симпозиумы и конференции по заявленной тематике с периодичностью не реже 2 раз в год.

В заключение хотелось бы поблагодарить за помощь в организации и активное участие в работе конференции директора Медицинского колледжа Аллу Хетагурову.

Борис НУБАХОВ,
руководитель пресс-центра
Отделения медицинских наук РАН,
академик,
профессор.

Вехи

Через идеи — к истине

Как три врача, вооружённые верой в победу, спасли жизнь миллионам детей

Эмиль Ру — французский микробиолог, член Французской медицинской академии и Парижской академии наук, ученик и сотрудник Л.Пастера, первоначально изучал возбудителей сибирской язвы, столбняка и бешенства и выделяемые ими токсины.

«В то время в Париже лихорадочно искали вакцины и сыворотки всех инфекционных заболеваний, — отмечает в своей книге один из исследователей медицины Гжегож Федоровский. — Пастер находился у вершины славы, к нему толпами шли отчаявшиеся родители и молили его найти средство от дифтерии, подобно тому как он нашёл средство от бешенства. В 1888 г. Пастер впряг в борьбу с дифтерией своего ученика Пьера Поля Эмиля Ру. Этот учёный, как и Лефлер, быстро нашёл в плёнке, взятой из горла больных детей, дифтерийные палочки. Он культивировал их на мясном бульоне, который впрыскивал затем подопытным животным. Животные погибали, но нигде в их органах, кроме места прививки, нельзя было обнаружить бактерии дифтерии.

И тогда Ру вспомнил догадку Лефлера о яде, выделяемом бактериями в кровь. Чтобы убедиться в правильности предположения Лефлера, Ру решил удалить из бульона бактерии с помощью впервые применённого фарфорового фильтра. Жидкость проходила через фильтр, задерживавший все бактерии. Ру стал впрыскивать отцеженный бульон подопытным животным. Он рассуждал, что если в отфильтрованной жидкости растворён яд бактерий, то животные должны погибнуть. Оказалось, однако, что морские свинки пре-

восходно переносили увеличивающиеся дозы прививок и оставались вполне здоровыми. Исследователя одолели сомнения, но он всё же впрыснул очередному животному 35 мл жидкости. Морская свинка сначала хорошо перенесла и эту колоссальную дозу, но через 2 дня заболела, а через 5 погибла от дифтерии! Значит, в жидкости действительно был бактериальный токсин. Через несколько дней Ру установил причину первых неудач. Оказалось, что он слишком мало держал бактерии в бульоне, и они не могли выделить в питательную среду достаточно яда. Когда он вместо 4 дней держал бактерии в бульоне 42 дня, достаточно было дробной части грамма, чтобы убить морскую свинку.

Таким образом, Пьер Эмиль Ру показал, как действуют палочки дифтерии, открытые несколько лет назад Лефлером. Но ещё оставалось обезвредить яд и найти способ спасения больных детей. В этом ему помог ассистент Коха Беринг. Впрочем, Беринг совсем не стремился в чём-либо помогать ассистенту Пастера. Он стремился к тому, чтобы честь открытия противодифтерийной сыворотки принадлежала германским, а не французским учёным.

В поисках средства, которое убивало бы бактерии дифтерии, Беринг делал прививки заражённым животным из разных веществ, но животные погибали. Однажды для прививки он использовал трихлорид йода. Правда, и на этот раз морские свинки тяжело заболели, но ни одна из них не погибла. Значит, трихлорид йода ослабляет бактерии дифтерии. Воодушевлённый первой удачей, Беринг, дождавшись выздоровления подопытных свинок, сделал им прививку из отцеженного

по способу Ру бульона, в котором культивировались бактерии. Животные превосходно выдержали прививку, несмотря на то, что получили огромную дозу токсина. Значит, они приобрели иммунитет против дифтерии, им не страшны ни бактерии, ни выделяемый ими яд.

Беринг решил усовершенствовать свой метод. Он смешал кровь выздоровевших морских свинок с отцеженной жидкостью, содержащей дифтерийный токсин, и сделал инъекцию этой смеси здоровым морским свинкам — ни одна из них не заболела. Значит, решил Беринг, сыворотка крови животных, приобретших иммунитет, содержит в себе противоядие от дифтерийного яда, какой-то «антитоксин». Чтобы убедиться в справедливости этого предположения, Беринг смешал дифтерийный токсин с сывороткой не болевших морских свинок и получил смесь, сделав прививку здоровым животным: все без исключения погибли. Таким образом, антитоксин содержит только кровь животных, перенёсших дифтерию.

Делая прививки сыворотки, полученной от переболевших животных, здоровым, Беринг убедился, что морские свинки получают иммунитет не только при заражении бактериями, но и при действии на них токсина. Позже он убедился, что эта сыворотка даёт также лечебный эффект, то есть, если сделать прививку больным животным, те выздоравливают. Это была огромная победа. В клинике детских болезней в Берлине в 1891 г. ребёнку, умиравшему от дифтерии, сделали прививку из сыворотки переболевшей свинки, и ребёнок выздоровел. Эмиль Беринг и его шеф Роберт Кох одержали триумфальную победу над грозной болезнью.

Теперь за дело вторично взялся Эмиль Ру. Делая прививки дифтерийного токсина лошадям в коротких интервалах времени, он постепенно добивался полной иммунизации животных. Потом он брал у лошадей по несколько литров крови, выделял из неё сыворотку, из которой стал делать прививки больным детям. Уже первые результаты превзошли все ожидания: смертность, достигавшая прежде при дифтерии 60-70%, упала до 1-2%.

Вот так, три врача, путём кропотливых исследований, вооружённые верой в победу, спасли жизнь тысячам детей. Это были Лефлер, Ру и Беринг. Потом оказалось, что противодифтерийная сыворотка действует также профилактически, то есть после прививки здоровым людям обеспечивает им иммунитет. Правда, иммунитет этот длится недолго и профилактические прививки не получили практического значения. Сыворотка, которая употребляется теперь против дифтерии, была найдена доктором Гастоном Рамоном, работником Пастеровского института в Париже, много лет спустя после открытия Лефлера, Ру и Беринга.

За открытие антидифтерийной сыворотки Ру была присуждена премия Парижской академии наук и Медицинской академии. А также Нобелевская премия, которую он получил на церемонии вручения премий, которая состоялась в пятую годовщину смерти Нобеля 10 декабря 1901 г., и первыми лауреатами в области медицины стали Эмиль Беринг (Германия) и Эмиль Пьер Поль Ру (Франция). Премии вручал сам король Оскар II.

Инна СЕРГЕЕВА.

Москва.

Далёкое — близкое

У каждого города есть свои секреты, немало их накопилось и в Ярославле за его 1000-летнюю историю. Некоторые из этих преданий вошли в книгу «Город древний. Ярославль: здания, люди, легенды» писателя и журналиста Николая Колодина.

В Музее истории города на днях состоялась встреча с автором, посвящённая выходу этой книги.

Признание в любви городу

Журналистика, отданная здравоохранению

25 лет из более чем полувека журналистской деятельности Николай Николаевич посвятил ярославскому здравоохранению, являясь редактором в Доме санитарного просвещения, ставшим впоследствии областным Центром медицинской профилактики. Изпод его пера вышли 27 книг по истории здравоохранения, пятитомник «Ярославские эскулапы. Медицинские династии», около 50 выпусков «Санитарного вестника», сценарии к 7 фильмам на медицинские темы.

Николай Колодин был удостоен многих наград, среди которых одна очень редкая — общественная медаль имени Н.И.Пирогова. Этот знак вручается работникам организаций медицинского профиля, профсоюзных и общественных органов, внёсших своим добросовестным трудом вклад в развитие отечественной медицины.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

А ещё был случай

Ложная беременность

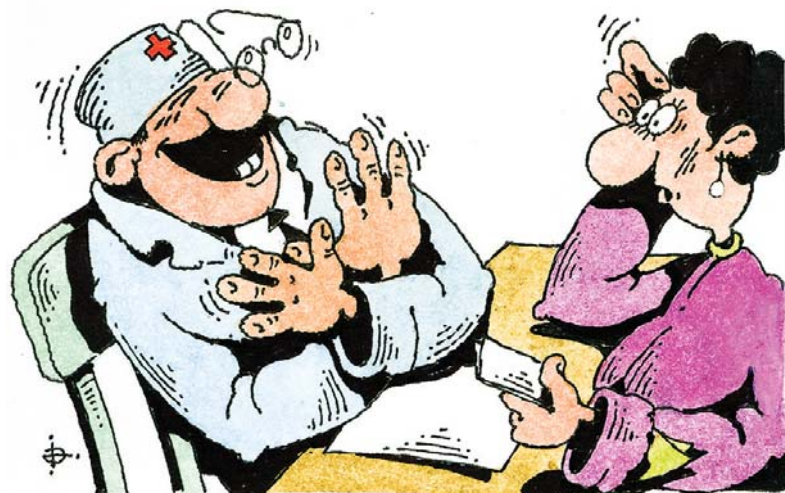
Известная поговорка, гласящая «Хотеть не вредно», не всегда соответствует истине, потому как порой кое-кому хочется такого, что это становится не только вредным, но и просто болезненным...

Более полусотни лет назад, в самом начале работы в закрытом психоневрологическом отделении автору этих строк впервые пришлось столкнуться с необычным случаем. Меня вызвали в одну из палат к пациентке, буквально терроризировавшей весь персонал и, конечно, соседок по палате своими стонами и криками, мольбами о помощи и... «родовыми схватками».

Я не мог понять, как такое могло случиться, ведь отбор в это специализированное отделение был весьма строгим, и принять в него женщину на сносях?!.. Да, она была «высшей степени упитанности», но просмотреть беременность на таких сроках?!.. Впрочем, тут же выяснилось, что пациентка эта была одной из «хроников», лежащей в этом стационаре уже более года. Весь персонал этого беспокойного отделения был женским, а женщина эта была одинокой и её никогда никто не навещал.

Персонал почему-то хихикал, наблюдая растерянность и даже панику молодого специалиста. В итоге меня спасло то, что на помощь пришла опытная (в прошлом работавшая в акушерско-гинекологическом отделении) старшая медсестра. Тут же была организована... имитация приёма родов. На лицо больной положили кислородную (как бы наркозную) маску, ей сделали пару инъекций транквилизаторов и нейролептиков и «извлекли плод» щипцами. Только после этого у пациентки «отошли воды» (как выяснилось, это была моча), опал живот и прекратились мучавшие её болезненные «родовые схватки».

Только потом я узнал, что в отделении всего несколько месяцев назад был установлен телевизор, который позволялось иногда смотреть «за хорошее поведение» некоторым пациентам. И вскоре в одной из модных тогда антирелигиозных передач, почему-то в самый канун ноябрьских праздников, прошёл сюжет о том, как некоторые «жертвы капитализма», оказавшиеся в составе паломнических групп в храме Рождества Христова в Вифлееме, начинали чувствовать, что настолько тесно (а точнее, интимно) «пообщались со Святым Духом», что у них потом прекращались месячные, а вскоре на фоне ро-



ста живота появлялась тошнота и даже рвота. Как ёрничал автор сюжета, «их тошнило от всего этого религиозного дурмана».

Но наша пациентка была в достаточной степени «идеологически выдержанной», и потому в её нездоровой голове «смешались в кучу кони, люди», что проявилось в первом же её вопросе, заданном медперсоналу после «родов»: отправят ли её младенца «дорогому Никите Сергеевичу»... «Почему именно Никите Сергеевичу?», – в свою очередь, удивлённо спросили её. Выяснилось, что эта необычная пациентка считала руководителя партии и страны Хрущёва... отцом своего «ребёнка».

«Но как же так?! – ахал медперсонал. – Он же, наш дорогой Никита Сергеевич, всё время в Кремле!»

«Не только в Кремле, – ответствовала пациентка. – Но и на трибуне Мавзолея! По телевизору это показывали».

«Ну и как же у тебя с ним получилось?» – продолжал не понимать персонал.

«А это получилось на расстоянии!» – гордо признавалась пациентка.

Этот случай я запомнил на всю жизнь. И, столкнувшись в своей практике ещё парочку раз с подобными фактами, когда работал уже в психосоматическом отделении, больше не паниковал и профессионально оказывал помощь при ложных родах.

Оказывается, они не столь уж и редки. Один из таких случаев был описан известным шведским психотерапевтом начала XX века, личным врачом королевской семьи Акселем Мунте: беременность была настолько достоверной, что даже врач и акушер были введены в заблуждение. Они приготовили пациентку (а это была сановная особа) к родам, у неё начались схватки (кишечные

спазмы), «отошли воды», и лишь потом обнаружилось отсутствие плода!

Предрасположенными к возникновению и развитию ложной беременности обычно оказываются женщины с неуравновешенной психикой, впечатлительные и возбудимые особы. Почвой, на которой вырастает ложная беременность, нередко оказывается её условная выгодность. Необходимость родить наследника во все времена довела над разумом женщин, но порой желанная беременность, нередко оказывается её условная выгодность. Необходимость родить наследника во все времена довела над разумом женщин, но порой желанная беременность, нередко оказывается её условная выгодность. Необходимость родить наследника во все времена довела над разумом женщин, но порой желанная беременность, нередко оказывается её условная выгодность.

...К слову надо сказать, что, побывав 5 лет назад в Израиле, я узнал, что в одной из центральных клиник Иерусалима несколько лет назад открылось единственное в мире отделение для пациенток с ложной беременностью. И необходимость в этом возникла именно потому, что некоторые паломницы по святым местам, испытав настоящий оргазм во время службы в храме Рождества Христова и, искренне уверовав в то, что подверглись непорочному зачатию, начинали претендовать на роль новоявленной Девы Марии. И многие специалисты считают это одним из проявлений так называемого «иерусалимского синдрома».

Евгений ТАРАСОВ,
врач-психотерапевт.

Москва.

Сокровенное

Виктор ВЕПЕСОВ

Миниатюры

Читателю

Читал и Сартра, и Камю,
И Роттердамского Эразма...
Не думай, что мои стихи –
Лишь плод склероза
и маразма.

* * *

Жизнь коротка –
искусство вечно...
Вот я пишу стихи беспечно
С надеждою на долгий век.
О, как наивен человек!

* * *

Была весна, цветов кипень.
Любовь была, и сердце
сладко ныло...
Ты не грусти о том,
чего уж нет,
Но радуйся тому, что было.

* * *

Спешу творить добро,
не думая о том,
Взойдёт оно ли ярким
первоцветом,
И что получишь ты себе
при этом.
Твори добро!

* * *

Знает бог или аллах,
ну а проще – небо,
Уготовлено что нам,
где бы кто
бы ни был.
Может, нить нам выёт
судьба...
Или просто случай,
Как нам кости упадут –
солнце или тучи.
Не загадывай вперёд,
напрасны все старанья.
Днём сегодняшним живи –
в нём очарованье.

Тост

За милых дам
и честь мундира
Готов на бой хоть с сатаной.
И не полцарства, а полмира
Отдам, чтоб быть
с тобой одной.

* * *

Мы ждём пришествия
Господня,
Но только, чтобы
не сегодня.

Подражание

Живи и помни: смертны мы.
Стоим мы на пороге тьмы.
И шаг в неё когда
назначен,
Увы, не знаем точно мы.

Старость

Умом заметно оскудел
И воля ослабела...
И лишь желудок, как всегда,
Поддерживает тело.

* * *

Человек – потомок зверя.
В это я охотно верю.
Ведь голодный я, поверь,
Становлюсь –
ну словно зверь.

Молитва

Любую кару я приму,
Как повелишь: суму,
тюрьму...
Но имя честное оставь мне.
Не дай глумиться никому.

Красавице

Когда смотрю в твои глаза,
Безоговорочно я «за».

* * *

Я постарел и мудрым стал,
А, может, попросту устал,
Но восхищаться лишь
тобою,
Как раньше, я не перестал.

* * *

Из страха страх преодолев,
Порою дрался он как лев.

Совет старого карася

Не тратьте силы на врагов,
Здоровье берегите.
Исчезнут сами все враги –
Вы просто подождите.

* * *

Года – не мера бытия,
Лишь по делам суди
о жизни:
Зло тратит время на себя,
Добро – служению Отчизне.

Мандарин

Мандарины пахнут
Новым годом,
Позабывшим детством,
манной кашей.
Я ещё пытаюсь что-то
вспомнить,
Что-то важное из прошлой
жизни нашей.
Новый год – как будто
всё сначала.
Груз ошибок прошлых
позади.
И дорога из благих желаний
Нескончаемо простёрлась
вперед.
И теперь, чтоб скрасить
как-нибудь разлуку,
У меня наказ всего один:
Положите мне в слабеющую
руку
Яркий ароматный
мандарин.

ОБ АВТОРЕ. Виктор ВЕПЕСОВ – в 1964 г. окончил 1-й Ленинградский медицинский институт им. И.П.Павлова, кандидат медицинских наук. В течение 12 лет возглавлял Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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

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

Заказ № 15-11-00547
Тираж 31 054 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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