Медицинская газета®

12 октября 2016 г.
среда
№ 77 (7697)

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

Найджел КИ,
председатель Международного общества по тромбозу и гемостазу, профессор (США):

Наши представления о кровоизлияниях и нарушениях тромбообразования усложняются, а экспертов в данной области не хватает.

Стр. 7

Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ:

Пациентам с правожелудочковой недостаточностью не следует назначать сердечные гликозиды.

Стр. 11

Леонид ЛАЗЕБНИК,
президент Научного общества гастроэнтерологов России, профессор:

Наши эндоскописты часто пропускают опухоли желудка и толстой кишки, в результате чего мы получаем инкурабельную стадию рака.

Стр. 12

События

Нам есть чем удивить мир

Новосибирские хирурги показывают эффективные подходы в лечении сложных патологий

В рентгеноваскулярной операционной института

Уникальным опытом хирургического лечения сложных форм ишемии сердца поделились с коллегами хирурги Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина. Операция проводились в «прямом эфире» и транслировалась для участников Всемирного конгресса кардиологов TOBI – 2016, который проходил недавно в Венеции. В программе форума значительное место было отведено сложным поражениям артерий сердца при ИБС и инновационным методам диагностики и лечения.

Новосибирские специалисты продемонстрировали наиболее эффективный подход в лечении пациентов с окклюзией коронарных артерий при ишемической болезни сердца. Речь идёт о непроходимости коронарных артерий на значительном их участке, что затрудняет выполнение реканализации и восстановление кровотока в сосуде. В то же время стентирование – в принципе единственная возможность помочь таким больным.

– Во время операции мы используем в качестве способа навигации компьютерную томографию. Создаём виртуальную карту коронарных артерий, что позволяет понять, на каких участках сосуда безопасно и эффективно работать определенным инструментом, – поясняет сотрудник института, специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению, кандидат медицинских наук Евгений Кретов.

Из-за высокого риска интраоперационных осложнений данный вид хирургических вмешательств при ИБС проводят лишь некоторые медицинские центры в мире. Предложение провести показательную операцию поступило в адрес клиники им. Е.Н.Мешалкина не случайно: учреждение является лидером в России по количеству успешно выполненных эндоваскулярных операций при сложных формах поражений коронарных артерий.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Сотрудничество

Столичный опыт полезен всем

Делегация руководителей здравоохранения 14 субъектов Российской Федерации посетила Департамент здравоохранения Москвы, чтобы ознакомиться с работой и возможностями Ситуационного центра Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Министры здравоохранения ряда регионов оценили как общую картину доступности медпомощи в столичных поликлиниках, так и ситуацию в каждом конкретном филиале.

– Ситуационный центр представляет собой некий штаб по управлению московскими поликлиниками, – отметил заместитель руководителя департамента Алексей Погонин. – Сотрудники центра осуществляют мониторинг данных о доступности медицинской помощи в городе в целом, в каждой поликлинике, филиале, выявляют поликлиники, не соблюдающие установленные показатели, и оказывают им помощь по исправлению ситуации, контролируют эффективность работы дежурных врачей, обобщают, анализируют и направляют информацию по электронному опросу пациентов, посетивших поликлиники, а также контролируют внедрение других сервисов ЕМИАС.

При необходимости специалисты ситуационного центра выезжают для оказания помощи непосредственно в поликлинику (за 1,5 года работы совершено 1,5 тыс. выездов). Кроме того, специалисты центра провели обучение 152 главных врачей и 1,5 тыс. сотрудников медицинских учреждений практическим навыкам работы с ЕМИАС.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Cito!

Москва.

Профилактика

Отдых на «отлично»

По итогам летней кампании 2016 г. в Магаданской области выраженный оздоровительный эффект выявлен у 90% отдохнувших детей. Эти данные озвучили на совещании в руководстве Колымы. Результаты подвели по итогам отчётов медиков о состоянии каждого ребёнка. Они сравнили данные в начале и конце смены о росте, весе, силе мышц и жизненной ёмкости лёгких детей.

Заместитель министра здравоохранения и демографической политики Магаданской области Андрей Петровский рассказал, что в стационарных организациях, загородных лагерях и санаториях использовались различные виды закаливания и дозированной физической нагрузки. «В перечне мероприятий оздоравливающего характера можно отметить точечный самомассаж, фитотерапию, физиопроцедуры, гимнастику на воздухе с элементами лечебной физкультуры, спортивные мероприятия и посещение бассейна», – отметил А.Петровский.

Ребят также ждали походы в лес. В санаториях в программу включили лечебные прогулки – терренкур, плавание в бассейне, минеральные ингаляции, кислородные коктейли, бальнеолечение, грязелечение, физиолечение и гидромассаж.

– В целях профилактики микронутриентной недостаточности в оздоровительных учреждениях Магаданской области этим летом постоянно использовали в меню йодированную соль и морскую капусту. Третьи блюда обогащали витамином С, – подчеркнул заместитель министра.

Травм и вспышек инфекционных заболеваний во время летней оздоровительной кампании в Магаданской области не зарегистрировали.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

Новости

Больше привлекать волонтёров

Профилактике наркомании было посвящено очередное заседание антинаркотической комиссии Омской области, которое провёл губернатор Виктор Назаров. Он обратил особое внимание на участие в профилактических мероприятиях молодёжных добровольческих объединений. Сейчас в регионе действуют 238 таких объединений, включающих более 5 тыс. волонтёров в возрасте от 14 до 30 лет. Как сообщил министр по делам молодёжи, физической культуры и спорта Омской области Константин Подбельский, становление добровольчества началось с движения «Альтернатива».

Этот проект был направлен на профилактику злоупотребления психоактивными веществами и пропаганду здорового образа жизни. Сейчас в его реализации задействованы 2600 волонтёров и более 100 координаторов волонтёрских отрядов. В целях поощрения волонтёров, повышения качества профилактической работы ежегодно проводятся областные конкурсы. Победители конкурсов становятся лауреатами премии проекта «Образование», направляются для участия в профильных сменах Всероссийских детских центров «Океан», «Орлёнок», «Артек», становятся участниками окружных и всероссийских добровольческих мероприятий.

Губернатор отметил, что работу волонтёров по пропаганде здорового образа жизни, профилактике злоупотребления психоактивными веществами необходимо продолжать. Причём акцент важно сделать на результативности.

Также на заседании антинаркотической комиссии рассмотрен вопрос об освещении в средствах массовой информации вопросов профилактики наркомании и проблем комплексной реабилитации потребителей наркотических средств.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

В общем и целом — довольны

Доля положительных отзывов о работе взрослых поликлиник, полученных в ходе работы сервиса электронного опроса пациентов, в III квартале нынешнего года составила 91%. Об этом на совещании по оперативным вопросам мэру Москвы Сергею Собянину доложил руководитель департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

– За прошедший период от пациентов получено 840 тыс. отзывов. Доля положительных мнений к настоящему времени превысила 90%. Критические отзывы пациентов направляются главным врачам поликлиник для принятия мер по исправлению недостатков, – сказал он.

Сервис электронного опроса пациентов взрослых поликлиник об удовлетворённости результатами приёма врача, работой других сотрудников, а также чистотой и порядком в поликлинике был запущен в июле прошлого года. За время работы сервиса пациентам было разослано более 5 млн электронных писем, в которых их спрашивают об удовлетворённости результатами приёма врача, работой других сотрудников, а также чистотой и порядком в той или иной поликлинике.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Пожилые учатся быть здоровыми

В поликлинике центральной городской клинической больницы Калининграда открылся клуб здоровья для пожилых людей. Это событие – как напоминание о том, что вопросы профилактики заболеваний и пропаганда здорового образа жизни у регионального Министерства здравоохранения стоят на видном месте.

В большинстве медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена работают школы здоровья для пациентов, школы для родителей и др. Всего их более 30.

Занятия здесь бесплатные. Как правило, сюда приходят люди с хроническими заболеваниями. Медицинские работники рассказывают им о причинах и профилактике распространённых болезней, таких как сахарный диабет, бронхиальная астма и сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь. Пациенты посещают занятия по лечебной физкультуре, что позволяет поддерживать хорошую физическую форму.

Юлия ИНИНА.

Калининградская область.

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

Здоровая жизнь

Их «друг» — велосипед

Пенсионеры не думают стареть

Впервые в Биробиджане устроили велопробег пенсионеров, приуроченный ко Дню пожилого человека. Стартовав из Биробиджана, велосипедисты финишировали в селе Раздольное, которое расположено в 8 км от областного центра. Цель мероприятия – приобщение представителей старшего поколения к активному образу жизни.

На старт!

Среди участников акции также сотрудники отделения Пенсионного фонда по Еврейской автономной области и воспитанники местного военно-патриотического клуба «Юный патриот». Организатором акции выступило региональное отделение Союза пенсионеров России.

Участников велопробега приветствовали представители областного отделения Союза пенсионеров России, Биробиджанской епархии Русской православной церкви и регионального отделения ДОСААФ, которые поздравили всех активистов с Днём пожилого человека. Они пожелали велосипедистам здорового духа в здоровом теле.

Волонтёры из Приамурского государственного университета им. Шолом-Алейхема, прибывшие в зону старта, подняли всем настроение, исполнив веселую песню из мультфильма «Бременские музыканты». Они также поздравили представителей старшего поколения с праздником.

На финише участников велопробега угостили солдатской кашей и чаем, приготовленными курсантами ДОСААФ на полевой кухне. После физической нагрузки на свежем воздухе аппетит у велосипедистов разыгрался нешуточный!

Николай ИГНАТОВ.

МИА Cito!

Биробиджан.

Решения

Институт в новом виде

Респираторное здоровье будет «под присмотром»

Главгосэкспертиза России согласовала строительство здания НИИ пульмонологии ФМБА России на юге Москвы. Новое здание института возводится на Ореховом бульваре, рядом с клинической больницей № 83 ФМБА. Помимо клинического отделения на 176 коек для взрослых и детей, в новом здании будут размещены научно-исследовательская и медицинская зоны с лечебными и диагностическими отделениями.

Специалисты НИИ пульмонологии занимаются разработкой и внедрением новых методов диагностики и лечения болезней органов дыхания, профилактических программ, изобретением и оценкой эффективности и безопасности новых лекарственных аппаратов, а также новых методов их доставки в дыхательные пути.

По первоначальному распоряжению Правительства РФ проектирование, строительство и техническое оснащение НИИ пульмонологии должны были состояться в 2008-2011 гг. Срок ввода в эксплуатацию нового здания назначался на 2011 г., объём финансирования предполагался на уровне 975,2 млн руб. Позднее вышло постановление правительства, где бюджетные инвестиции были увеличены до 4,8 млрд, а срок ввода здания в эксплуатацию перенесён на 2015 г. Торжественная закладка первого камня в фундамент нового здания НИИ пульмонологии состоялась 2 ноября 2012 г. в Москве.

В 2013 г. Счётная палата проверяла, как осваиваются бюджетные инвестиции, выделенные на строительство и техническое оснащение НИИ пульмонологии.

Проверка выявила нарушения при строительстве объекта. Оказалось, что стройка велась без соответствующего разрешения, работы выполнялись без утверждённой проектно-сметной документации. Также Счётная палата обнаружила, что ФМБА России в 2012 г. не использовало средства федерального бюджета в общей сумме 597,5 млн руб., что «является нарушением принципа результативности и эффективности использования бюджетных средств».

Также ранее сообщалось, в 2012-2013 гг. было решено скорректировать проектную документацию, в 2014 г. на строительные работы в федеральном бюджете было предусмотрено 2,6 млрд, но из-за отсутствия положительного заключения госэкпертизы освоить эти средства полностью не удалось.

21 мая 2015 г. вышло распоряжение правительства, по которому в 2015 г. ФМБА должно было получить из федерального бюджета 1,74 млрд руб. на постройку и техническое оснащение здания НИИ пульмонологии, проектирование и строительство которого длится с 2012 г. Эти средства предназначались на то, чтобы завершить строительство НИИ пульмонологии, оснастить необходимым инженерным и медицинским оборудованием и ввести объект в эксплуатацию в 2016 г.

Марк ВИНТЕР.

МИА Cito!

Ориентиры

Детские врачи едут в глубинку

В Челябинской области начался осенний этап работы выездных поликлиник. В выходные дни специалисты детской областной клинической больницы выезжают в города и сельские районы Южного Урала, чтобы на месте осматривать маленьких пациентов. Главная цель такой работы – приблизить специализированную, высококвалифицированную медицинскую помощь к жителям области.

Каждый год проводится до 20-25 подобных выездов. В территориях зачастую не хватает врачей, в том числе таких специалистов, как детский нефролог, аллерголог, пульмонолог, гастроэнтеролог, ортопед, невролог. Чтобы попасть к ним на приём, родителям приходится везти детей в Челябинск. После посещения выездной поликлиники такая необходимость часто отпадает.

Работу выездной поликлиники планируют на основании заявок от руководителей педиатрических служб муниципальных образований области, отражающих потребность района в консультативной помощи. По этим заявкам формируют состав бригады врачей. Нередко это заведующие отделениями детской областной больницы, кандидаты медицинских наук, сотрудники кафедр Челябинского государственного медицинского университета. Осмотр доктора такого уровня – хорошая помощь для местного врача в постановке диагноза, разработке плана лечения и реабилитации. А для родителей – решение проблем с обследованием детей с выявленной патологией, понятные и доступные рекомендации не только по лечению, но и по вскармливанию, уходу за ребёнком, профилактике.

В состав бригад включают врачей функциональной и ультразвуковой диагностики, это существенно увеличивает эффективность осмотров. Маленькому пациенту на месте можно сделать УЗИ, ЭКГ, оценить функцию внешнего дыхания и др. Обследование даёт возможность уточнить предварительный диагноз, позволяет предоставить рекомендации по дальнейшему обследованию ребёнка. Нередко на выездах на приём попадают дети, у которых обнаруживаются заболевания, требующие лечения в Челябинске. Таким детям назначается плановая консультация или госпитализация в ЧОДКБ.

Потребность в выездных поликлиниках велика. Если в 2013 г. к врачам на выезде на приём пришли 33 тыс. пациентов, то в 2015 г. эта цифра увеличилась почти на 10 тыс. и составила 42 840 пациентов.

Осенний этап работы выездных поликлиник в этом году начался в октябре. 1 и 2 октября врачи побывали в Увельском и Кунашакском районах. Запланировано ещё 7 выездов.

Мария ХВОРОСТОВА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

В центре внимания

Министр ответила на вопросы граждан

Новые форматы медпомощи, лекарственное обеспечение, программа «Земский доктор» и другие темы прозвучали во время «Часа с министром» в Общественной палате РФ.

– Основная цель нашего проекта «Час с министром» – это не только открыто решать ставящиеся вопросы, но и продемонстрировать открытость общения между властью и обществом, – с этого начал встречу с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой секретарь Общественной палаты РФ Александр Бречалов.

Отвечая на вопросы, поступившие от граждан и региональных общественных палат, В.Скворцова отметила, что Минздрав закрепил те тенденции и результаты, которые были достигнуты в 2015 г.: «Мы работаем над вопросами материнства и детства, продолжаем те исследования, которые вывели Россию на международный уровень и помогли сделать рывок по продолжительности жизни: сегодня этот показатель свыше 72 лет», – пояснила она.

В.Скворцова также рассказала о новых форматах медпомощи, которые стоит использовать.

– Развивается санитарная авиация, например. Чтобы уменьшить риски смерти, мы можем 7,5-8 тыс. жизней в год спасти благодаря санитарной авиации. До 2014 г. в РФ не существовало предельных сроков ожидания врачей. Каждый регион должен организовать логистику оказания медпомощи, а мы в помощь регионам создали специальный проект, благодаря которому видны проблемы со сроками оказания медпомощи, – отметила министр.

Второй важный аспект, по её словам, – это качество оказываемой медпомощи.

– В постсоветское время была проблема с отсутствием единого подхода к одному и тому же заболеванию или состоянию. В этом году будут внесены изменения в КоАП по нарушению качества оказываемой медпомощи.

По поручению Президента РФ мы пытаемся изменить ценообразование в регионах на лекарства: мы хотим для всех госзакупок определить некую «красную линию», выше которой цены не должны быть. Мы рекомендовали всем главам регионов фиксировать нарушения при определении цен на лекарства и продаже препаратов, которые должны даваться бесплатно в стационарах, – сообщила министр.

В числе прочих прозвучал вопрос по привлечению молодых специалистов в село и работе программы «Земский доктор». Вероника Скворцова ответила: «Нам удалось «пробить» эту программу, она была широко поддержана и в регионах, и на федеральном уровне, мы повысили возраст участников программы с 35 до 50, распространили не только на сёла, но и на малые города».

Был вопрос и по обслуживанию ветеранов ВОВ, и по вызовам «скорой»: граждане интересовались, не введут ли ограничение по количеству вызовов. В.Скворцова напомнила, что «скорая» – это бесплатно и по количеству вызовов нет ограничений, в том числе и для не граждан РФ.

Ещё один важный вопрос касался медобразования. Министр рассказала о новом формате целевой подготовки специалистов и их возврата в родные города – своего рода воскрешении системы распределения.

Были и вопросы об инновационном производстве препаратов, в частности, вакцин от гриппа. В.Скворцова отметила, что российские вакцины считаются одними из лучших в мире. Говорилось и о платных услугах: процент их сокращается, сообщила министр. Расширяется круг бесплатных услуг, в число которых входит и программа ЭКО, предоставляемая совершенно бесплатно и вне каких-либо квот.

Отвечая на вопрос об обезболивающих, В.Скворцова отметила: «Мы поменяли всю систему, ввели строгие ограничения, которые объясняются, естественно, необходимостью строжайшего контроля за оборотом этих средств. У нас в Минздраве работает отдельная горячая линия по этой теме. В некоторых регионах (например, на Северном Кавказе) есть определённые проблемы, мы разбираемся по каждому факту».

В.Скворцова ответила и на вопрос об ОМС, а точнее о том, как сделать понятным для простых граждан порядок и объёмы предоставления услуг по ОМС.

Председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ Владимир Семёнов попросил министра оценить работу совета.

В.Скворцова добавила, что сейчас идёт смена состава общественного совета, и отметила, что его работа оказалась очень важна и полезна: «Нам представляется, что такая совместная работа независимого общественного совета и Минздрава – это правильный выбор формата, который должен сохраняться и развиваться. Более 1000 предложений учтены, и благодаря работе с общественным советом мы смогли улучшить оказание скорой медпомощи, внести серьёзные изменения по лекарственному обеспечению граждан и многое другое».

Подводя итоги встречи, А.Бречалов подчеркнул, что одна из главных задач – сигнал в регионы о том, что общественность должна быть в открытом диалоге с местными чиновниками.

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

Статистика

Где лучше охраняют здоровье

Минздрав России прокомментировал рейтинг эффективности систем здравоохранения, опубликованный агентством Bloomberg. В нём наша страна заняла последнее место в международном рейтинге здравоохранения. Сравнивались 55 стран с населением более 5 млн человек, Россия заняла соответственно 55-е место. Перед ней в списке находятся Бразилия, Азербайджан, Колумбия, Иордания и США, которые занимают 54-50-ю строчки соответственно. А лидерами рейтинга стали Гонконг, Сингапур, Испания, Южная Корея и Япония.

В официальном комментарии министерства подчёркивается, что данные, которые легли в основу этого ранжирования стран, учитывали три показателя: продолжительность жизни, абсолютные и относительные расходы на здравоохранение. При этом сопоставлялись данные за 2014 г., которые существенно отличаются от сегодняшней картины дня. Так, в рейтинге указывается продолжительность жизни россиян, равная 70,37 лет, в то время как по данным на настоящей момент она составляет 72,06 года. Расходы на здравоохранение, если верить рейтингу, составляют 7,07% ВВП, в то время как они не превышают 5,7% ВВП. Если бы в рейтинге были учтены эти данные, то занимаемое место было бы иным.

Россия включается в указанный рейтинг лишь несколько последних лет: ранее наши показатели были ниже минимальных для попадания в этот список стран, – подчеркнул директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай. – Изменения в здравоохранении нашей страны замечают и положительно оценивают и за рубежом.

По словам О.Салагая, в прошлом году группой международных исследователей были опубликованы результаты масштабного проекта по оценке ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни в 188 странах мира (опубликованы 28 августа 2015 г. в ведущем медицинском журнале Lancet). Исследователи оценивали временной интервал с 1990 по 2005 г. и с 2005 по 2013 г.

По данным международных экспертов, в нашей стране рост ожидаемой продолжительности жизни у мужчин за указанное время составил +7,34 лет, здоровой жизни – +6,52. При этом в США такие показатели были соответственно 1,29 и 1,06 лет, в Германии – 1,59 и 1,16, в Бразилии – 1,79 и 1,46, в Китае – 2,26 и 1,88.

Если анализировать данные, приводимые международной группой экспертов, то наша страна по приросту ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни у мужчин занимает четвёртое и пятое место из 188. По аналогичным показателям у женщин наша страна также впереди списка.

Нужно учитывать, что условия «соревнования стран» в рейтинге были не равны: в силу объективных исторических причин смертность в России нарастала, а ожидаемая продолжительность жизни сокращалась до начала 2000-х годов.

Однако внимание государства к социальной проблематике, включая медицину, позволило существенно переломить ситуацию.

Таких результатов удалось добиться в том числе благодаря существенному снижению смертности от основных причин, а также рекордному для нашей страны снижению младенческой и материнской смертности.

Семён ГОРБУНКОВ.

МИА Cito!

Перспективы

Представители международных компаний отметили высокий интерес к российскому рынку, в том числе готовность к рассмотрению бизнес-планов развития собственного производства на территории РФ на производственных площадках российских партнёров. Об этом было заявлено на ежегодной международной выставке Rehacare International, которая проходила 28 сентября – 1 октября 2016 г. в Дюссельдорфе, Германия.

Фокус на сотрудничество

На выставке были представлены товары и услуги, позволяющие повысить качество жизни инвалидов, в том числе новые разработки и прогрессивные технологии в области средств реабилитации и улучшения мобильности пациента.

Представители международных компаний особо отметили, что, имея опыт прохождения достаточно требовательной процедуры регистрации медицинских изделий на рынке РФ, компании оценивают перспективность сотрудничества с надёжным партнёром из числа отечественных компаний как оптимальный на сегодняшний день способ выхода на российский рынок.

Как подчеркнула заместитель министра промышленности и торговли РФ Гульназ Кадырова, цель визита российской делегации заключается не только в знакомстве с передовыми разработками в сфере реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья, но и в развитии новых деловых контактов.

Ирина АНДРЕЕВА.

МИА Cito!

На контроль!

Кто против коррупции?

Эксперты Общероссийского народного фронта провели мониторинг 85 сайтов региональных департаментов и министерств здравоохранения, чтобы выяснить – все ли субъекты соблюдали требования антикоррупционного законодательства, и опубликовали информацию о доходах главных врачей за 2015 г. Исследование, проведённое с 15 по 20 сентября, показало, что лишь в 6 регионах эти данные не были обнародованы. Однако в большинстве случаев так и не была заполнена утверждённая форма предоставления этих сведений.

«Большинство регионов обнародовали сведения о доходах главных врачей за прошлый год. Надеемся, что те 6 субъектов, которые до сих пор этого не сделали, в ближайшее время исправят свою ошибку и не повторят её в будущем, – сказал руководитель центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Госдумы РФ Николай Говорин. – Безусловно, важно, чтобы у всех врачей зарплата росла, но недопустимо, когда она повышается только у руководства медучреждений. А разница в доходах достигает порой десятков раз. Существенная диспропорция в оплате труда медработников должна быть устранена, ведь именно такое поручение дал осенью Президент РФ по итогам форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!».

Результаты мониторинга показали, что информация о доходах главных врачей за прошлый год отсутствовала в республиках Башкортостан, Карачаево-Черкесской, Коми, Северная Осетия – Алания, Тыва и Чукотском автономном округе.

Положительным моментом стало то, что Госдума РФ после критики ОНФ в июне приняла разработанный Минтрудом России законопроект, который в том числе прописывает соотношение зарплат руководителей и рядовых сотрудников медицинских учреждений: за основу был взят уже закреплённый в законодательстве предельный уровень соотношения от 1 до 8, установленный для руководителей и работников федеральных государственных учреждений.

Минздрав России также в апреле своим приказом утвердил форму и правила размещения сведений о доходах, расходах и имуществе, где в том числе указано, что такие данные за прошедший год должны публиковаться не позднее 14 рабочих дней после 31 мая. Однако пока, как показал мониторинг ОНФ, лишь в 26 регионах информация о доходах главных врачей размещена на сайтах согласно форме, утверждённой Минздравом.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Тенденции

Неписанные правила от земского доктора

Их смело предлагает акушер-гинеколог из Ярославля

Большое село – одно из красивых и старинных сёл Ярославской области. Оно расположено на обоих берегах тихой реки Юхоть и является административным центром всего Юхотского края, в котором проживают 9700 человек. Около 3 тыс. из них – женщины репродуктивного возраста. И каждую знает земский доктор – врач-гинеколог Большесельской центральной районной больницы Марина Пикулова.

Марина Дмитриевна родилась и выросла в Большом селе. Врачом, который лечит именно женщин, мечтала стать с детства, пойдя по стопам бабушки-акушерки. Когда в 1994 г. сразу после окончания школы не удалось пройти по конкурсу в Ярославскую медицинскую академию, Марина, расстроившись, решила было отдать документы в педагогический, но в последний момент передумала. Её мечта возвращать и сохранять людям здоровье была настолько заветной, что первое же препятствие не могло помешать её осуществлению.

Целый год она корпела над учебниками и со второго раза поступила на лечебный факультет желанного вуза. В течение шести лет учёбы каждое лето добросовестно трудилась в Большом селе в больнице, построенной в далёком 1902 г. на деньги благотворителя – купца Василия Бормоткина. За время практики она не только как следует узнала свой участок и все особенности работы земского доктора, но и изучила будущих пациенток, вникла в их заботы и проблемы. Без последнего на селе – никуда. Врач-гинеколог, он ведь ещё и психолог. Пациентке не просто нужно диагноз поставить и лечение назначить, но и выслушать, что у человека накопилось в душе, а иначе никто с тобой об интимных вещах говорить не будет.

Поэтому неписаные правила доктора М.Пикуловой следующие: во-первых, придя на работу, просмотреть все анализы. Если обнаружена какая-то патология, созвониться с ФАПами или с пациентками – у Марины Дмитриевны есть номер телефона каждой. Затем – приём до последнего человека, сколько бы людей ни обратилось. На селе выбраться к доктору нелегко, а беда ждать не будет.

Сама Марина является мамой замечательного 7-летнего сынишки и к пациенткам относится как к членам своей семьи.

Отработав 15 лет земским доктором, врач акушер-гинеколог М.Пикулова всё чаще задумывается о том, что сельскому здравоохранению просто жизненно необходим национальный проект «Контрацепция бесплатно».

Марина Пикулова

– Ни для кого не секрет, что на селе и асоциальных семей больше, и финансовые проблемы у людей глубже. Главное предназначение женщины – это, бесспорно, стать матерью, – объясняет она. – Но существуют малоимущие семьи, женщины, у которых имеются соматические патологии. Этот проект защитит их от нежелательной беременности. Контрацептивы, которые сможет бесплатно выдавать врач акушер-гинеколог на амбулаторном приёме, помогут сохранить здоровье немалому количеству женщин. Может, этот проект кому-то и покажется незначительным, но именно из таких мелочей и должно складываться всё практическое здравоохранение.

Идею М.Пикуловой активно поддержали коллеги.

Для дежурств и выездной работы в ФАПах и в Вареговской врачебной амбулатории её главный принцип: «Я за всё несу ответственность». И действительно – несёт. Экстренные роды – сидит с роженицами, сложный случай – вызывает санавиацию или связывается по скайпу с Ярославлем, чтобы принять единственно верное решение. Она не просто лечит, всю душу вкладывает в своих пациенток. И ей очень приятно потом наблюдать, как растут вчерашние новорождённые, как светятся от счастья глаза их мам.

Одним из самых главных своих достижений Марина Дмитриевна считает то, что в Большесельском муниципальном районе до 12 недель беременности будущие мамочки становятся на учёт в 100% случаев.

– Мы решили выдвинуть проект Марины Пикуловой на Премию Национальной медицинской палаты России в номинации «Земский доктор», – говорит главный врач Большесельской ЦРБ Андрей Яценко. – Потому что вопросы профилактики нежелательной беременности очень актуальны сегодня не только для нашего района, Ярославской области, но и для России в целом. Ведь бесплатная контрацепция для женщин с финансовыми проблемами – это не только профилактика перинатальной, младенческой, материнской смертности, но и отказов от новорождённых детей.

Алёна СВЯТИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Перспективы

Защищён врач — защищён пациент

Определён новый порядок деятельности экспертизы

Готовятся изменения в законодательство, которые определят порядок независимой экспертизы. Об этом сообщил президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль на международной конференции «Независимая медицинская экспертиза как инструмент досудебного регулирования споров между врачом и пациентом».

Пилотный проект по независимой медицинской экспертизе был запущен НМП в 2014 г. Первыми регионами, в которых апробировалась модель, стали Смоленская, Московская и Липецкая области, позже к ним присоединились Свердловская, Омская, Воронежская, Рязанская и Тверская, республики Башкортостан и Татарстан. Таким образом, в 10 российских регионах были организованы и начали работать комиссии по независимой медицинской экспертизе. После успешного запуска пилотного проекта в регионах следующий этап работы – создание комиссий по независимой медицинской экспертизе во всех субъектах РФ.

– Пилотные проекты уже завершены, и сейчас решается вопрос, что будет дальше. А дальше будут вноситься изменения в законодательство, чтобы признать право профессиональных общественных медицинских организаций на осуществление этой деятельности. С этим подходом согласился Минздрав. Сейчас проектные документы по внесению изменений в законодательство находятся в Госдуме РФ, я думаю, что мы скоро получим окончательный ответ, – сказал Л.Рошаль, отметив, что накопленный опыт необходимо распространять по всей стране.

Работа по созданию такого института в России с самого начала не была простой. Как рассказал Сергей Лившиц, председатель правления некоммерческого партнёрства «Врачебная палата Московской области», на самом деле пришлось столкнуться и с законодательными противоречиями, и отсутствием постановления Правительства РФ, которое чётко бы определяло само понятие независимой медицинской экспертизы, порядок и процедуру её проведения. НМП было разработано положение, которое даёт определение независимой медицинской экспертизы как исследования, направленное на анализ медицинской помощи, которая была оказана гражданину, иными словами предлагает рассматривать независимую медицинскую экспертизу как внесудебную экспертизу качества медицинской помощи. Был подготовлен и утверждён пакет типовых документов, регламентирующих деятельность центров независимой экспертизы при профессиональных общественных организациях, определён порядок их работы. В основу работы комиссий по независимой экспертизе НМП заложила два основных принципа: анонимность (документы рассматриваются в обезличенном виде) и экстерриториальность. Был сформирован общероссийский реестр экспертов НМП, который продолжает пополняться, и на данный момент в него входят 217 экспертов различных клинических специальностей.

Необходимость масштабирования такого опыта на всю страну подчеркнула и Ирина Серёгина, заместитель руководителя Росздравнадзора, отметив, что количество жалоб от граждан не уменьшается и что при этом около 80% обращений касаются вопросов организации медицинской помощи. Ян Власов, сопредседатель Всероссийского союза пациентов, призвал участников конференции к более тесному сотрудничеству медицинского сообщества с пациентскими организациями, отметив, что существующая сегодня страховая модель медицины не помогает решать конфликты между врачами и пациентами, а ставит их по разные стороны баррикад. «Задача – не настраивать пациента против врача, не противопоставлять их друг другу, а защитить обоих, когда будет защищён врач, то будет защищён и пациент», – отметил он.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

В особых условиях

Острова здоровья

В Приморье коллеги помогают друг другу

Врачебно-сестринская бригада городской больницы Находки Приморского края больше недели оказывала медицинскую помощь населению посёлка Светлая Тернейского района. Этот населённый пункт пострадал от разгула тайфуна «Лайонрок» в дальневосточном регионе.

Старший группы – терапевт Владимир Мылов, хирург Яна Яценкока, педиатр Елена Коренева с медсестрой, а также медицинский брат отправились в рабочую командировку на вертолёте – другой транспортной связи с посёлком пока нет. Занесённую илом, ветками и камнями территорию помогает расчищать прибывшая на помощь бригада МЧС.

Как рассказывают местные жители, вода доходила до крыш домов, залило и школу, и фельдшерско-акушерский пункт, который теперь нельзя использовать по назначению, поэтому медпункт временно оборудовали в школе. Там же разместили и врачей.

– Люди с северных районов Приморья не избалованы особым вниманием, они рады любой помощи, – рассказывает Ирина Недбайло, заместитель главного врача Находкинской городской больницы по поликлинической работе. – Наша врачебно-сестринская бригада в Светлой действительно нужна. За первые сутки к ним обратилось 37 человек, коллеги связываются с нами по телефону ежедневно. Рассказывают, что дети в основном обращаются с простудными заболеваниями, взрослые – с гипертоническими кризами и ухудшением течения гипертонической болезни. В большинстве случаев это последствия перенесённого стресса. Имеют место раны и воспалительные процессы. Кроме того, наш педиатр с медсестрой осматривали всех ребятишек в школе и детском саду.

Главное для медиков в районах, пострадавших от тайфуна, – профилактика инфекционных заболеваний, активное выявление рисков здоровья и недопущение осложнения хронических заболеваний. Так, в посёлке Светлая уже работала бригада медиков, которые вакцинировали местное население против гепатита А, брюшного тифа, пневмонии, а также других инфекций.

Во время работы находкинской бригады Тернейский район посещал губернатор Приморского края Владимир Миклушевский. Сопровождавшим его специалистам Департамента здравоохранения врачи передали информацию о медикаментах, необходимых для жителей посёлка.

– Специалисты находкинской больницы всегда откликаются на призывы о помощи из соседних территорий, – подчёркивает И.Недбайло. – Вызываются в подобные командировки сами. Хотя все отдают себе отчёт, что предполагается работа в полевых условиях, без особых удобств. Не так давно наши офтальмолог и терапевт в составе автопоезда «Забота» объехали девять населённых пунктов Приморья. А вскоре врачи городской больницы снова поедут с «Заботой» по деревням и сёлам Шкотовского и Партизанского муниципальных районов.

А между тем в Светлой вскоре по распоряжению В.Миклушевского взамен разрушенной будет построена новая врачебная амбулатория.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Авторитетное мнение

Лео БОКЕРИЯ: Человек проживёт столько, сколько захочет

Российская кардиология достойно отметила Всемирный день сердца

Пресс-конференция, приуроченная к Всемирному дню сердца, состоялась в столице. Провёл встречу, несмотря на плотный операционный график, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, президент Лиги здоровья нации, академик Лео Бокерия.

– Во всех странах мира сердечно-сосудистые патологии в настоящее время являются основными заболеваниями как по частоте, так и, к сожалению, по проценту смертности, – сказал он. – Но сегодня нет заболеваний сердца, которые бы кардиологи, как отечественные, так и зарубежные, не лечили. Многие заболевания лечатся с помощью лекарств, большое их количество – с помощью мини-доступа через артерию или вену, но остаётся контингент тяжёлых больных, которых надо лечить хирургическим способом.

Медики более 100 лет стремились получить доступ к сердцу, чтобы устранять те дефекты, которые человек, так или иначе, приобрёл. Сначала операции на открытом сердце продолжались 6-8 минут – пациента охлаждали, что позволяло пережать полые вены, закрыть дефект межпредсердной перегородки, устранить стеноз клапанной артерии. Потом был развит метод искусственного кровообращения, и таких операций сегодня в мире делается около миллиона. Это и дети с критическими врождёнными пороками сердца, это тяжёлые поражения сердечных клапанов – одного или нескольких, целый ряд проявлений коронарной болезни сердца, мерцательная аритмия. Есть операция «лабиринт», она эффективно устраняет механизм развития аритмии, которую можно лечить и через катетер, но это не всегда даёт долговечный эффект.

Итак, все заболевания сердца можно лечить – при сердечной недостаточности мы можем сделать пересадку сердца. Очень оптимистично смотрят кардиохирурги на создание новых механических устройств, которые будут работать долго – несколько лет. И их прототипы уже созданы – они размером с батарейку А-3 и способны прокачать до 2,5 л крови в минуту, когда здоровое сердце прогоняет 4-5 л крови в минуту. Такой мини-насос не требует подключения аппарата искусственного кровообращения, работает через маленький доступ в левое предсердие, и левый желудочек вполне справляется с 2,5 л поступающей крови, а сердце начинает постепенно восстанавливаться. Подобные устройства уже делаются и в России.

Сердечно-сосудистые заболевания, которые называли чумой XX века, плавно «переползли» в век XXI. Подведя итоги прошлого года, который был объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Лига здоровья нации предложила расширить эту борьбу до 10 лет, поскольку есть реальные возможности решения этой проблемы. Создан большой комплекс мероприятий в этой сфере (акции «Прикоснись к сердцу ребёнка», «Волна здоровья»).

Акция «Прикоснись к сердцу ребёнка» появилась в 1998 г. – тогда многие молодые мамы, у которых рождался ребёнок с врождённым пороком сердца, от таких детей отказывались. Но если такого ребёнка грамотно прооперировать, у него никаких проблем со здоровьем впоследствии не возникает. Так был проведён матч в спорткомплексе «Олимпийский» при поддержке Олега Газманова, который организовал команду «противников» из артистов шоу-бизнеса. За команду ребят, которые перенесли операцию на сердце в детском возрасте, а на момент матча им было уже 18-20 лет, играли известные футболисты Ренат Дасаев и Фёдор Черенков. На стадионе был аншлаг, и эта акция успешно продолжалась и в других городах.

– Я вообще сторонник возрождения ГТО в полном его масштабе, в котором все должны себя попробовать – у самого когда-то был «золотой значок», а стометровку пробегал в молодости за 12 секунд, – заявил Л.Бокерия. – Доказано, что, если взрослый человек один раз в неделю в хорошем темпе проходит на свежем воздухе хотя бы час, он живёт на 7-12 лет больше того, кто такой ходьбой не занимается.

В целом ситуация со здоровьем в России улучшилась и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний уменьшилась во всех возрастных категориях. Реально увеличилась продолжительность жизни и её качество. А ведь ещё 10 лет назад человека старше 60 лет мы на операцию с искусственным кровообращением просто не брали. Сегодня оперируем больных 80-85 лет с прекрасными результатами.

Бакулевскому центру есть чем гордиться. Для сохранения и транспортировки донорского сердца необходим специальный внутриклеточный раствор, изобретённый на Западе. «Нам удалось изготовить собственный, более дешёвый раствор совместно с Московским государственным университетом им. М.В.Ломоносова, – пояснил Л.Бокерия. – Чтобы не было каких-то противоречий и кривотолков, все операции по пересадке сердца, а их было более 600, выполнял лично я. Начиная с детей весом 1,8 кг и кончая пожилыми людьми с низкой фракцией выброса.

Нами создан первый в мире полнопроточный механический клапан сердца, который бывает необходим для операций новорождённым детям от 3 недель до месяца. Таких клапанов уже поставлено более 50. Когда показали специалисту-рентгенологу сердце с искусственным клапаном и сердце здорового человека, он не смог найти разницы».

Также на базе центра разработан первый в мире беспроводной электрокардиостимулятор, который помещается поверх сердца. До этого была тенденция ставить двухкамерные стимуляторы, которые могут затромбироваться и заинфецироваться, что приводит к открытой операции на сердце. Новый клапан имеет размеры всего 18 мм, устанавливается на сердце снаружи, поэтому нет необходимости ставить дополнительные электроды.

Был изготовлен и первый так называемый «Мобильный кардиолог» – огромная машина, которая во время остановки может ещё дополнительно расширяться. В ней оборудован кабинет ангиокардиографии, где можно делать коронарографию и стентирование, можно поставить стимулятор, устранить аритмию. Есть комната с беговой дорожкой, небольшая лаборатория. Сейчас «Мобильный кардиолог» обслуживает Московскую область, за время рейдов осмотрено более тысячи пациентов. Благодаря этому нескольких человек, направленных к нам из местных больниц, удалось мгновенно спасти от инфаркта миокарда путём постановки стентов прямо в машине.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Проблемы и решения

Онкологи получили «неуд»

Раковые заболевания – под контроль

В последнее время на территории Республики Северная Осетия – Алания наметился хоть и незначительный, но рост смертности от раковых заболеваний. Одновременно отмечается и рост заболеваемости, связанный с более частым выявлением этого недуга на ранних стадиях. В связи с этими тенденциями исполняющий обязанности министра здравоохранения республики Михаил Ратманов выразил неудовлетворённость работой онкологической службы.

– Недавно с инспекционной поездкой я побывал в Республиканском онкологическом диспансере и могу сказать, что его работа нуждается в существенной реорганизации, – говорит глава медицинского ведомства. – Те условия, в которых находятся пациенты, далеки от удовлетворительных. Дорогостоящее оборудование (КТ и МРТ) эксплуатируется с неполной нагрузкой: в день на нём обследуются 2-3 человека. Вскоре оно начнёт функционировать в 2 смены, что позволит городским поликлиникам и районным больницам направлять туда пациентов для обследования на предмет онкологической патологии.

Будем и дальше вкладывать деньги в материальную базу онкодиспансера. Сейчас наиболее актуально строительство перехода между 4-этажным лечебным корпусом и диагностическим звеном, чтобы тяжёлые больные передвигались не по улице, а могли по переходу попасть на диагностические манипуляции.

Чтобы не было очередей в стационар и больные не лежали в палатах по 6 человек, будем увеличивать количество онкологических коек.

Кроме того, собираемся внедрять скрининговые программы для определения опухолей на ранних стадиях. Это онкологическое анкетирование, которое вводится в поликлиниках. При обращении пациента к врачу по месту жительства вместе с амбулаторной картой будет предоставлена анкета, которую будет предложено заполнить. Затем специалист исследует её и, при наличии признаков заболевания, направит пациента на дообследование. Эти шаги направлены, прежде всего, на установление диагноза на ранних стадиях.

Согласно данным республиканской статистики, первое место среди онкозаболеваний занимает рак кожи, на второй позиции – рак молочной железы. В этой связи ещё одно актуальное направление, по мнению М.Ратманова, – развитие маммографических исследований. С этой целью планируется приобрести маммографы и создать единый центр расшифровки маммограмм на базе Республиканского онкодиспансера.

Именно этим злободневным для республики темам и было посвящено совещание главы Минздрава с участием руководителей медицинских учреждений республики. М.Ратманов выразил недовольство проводимой диспансеризацией, подчеркнув, что если в двух городских поликлиниках при проведении профилактического осмотра тысяч людей не было выявлено ни одного случая онкологии или подозрения на неё, значит, диспансеризация в этих ЛПУ проводится формально.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика
Северная Осетия – Алания.

События

В зрелый возраст – с молодыми голосами

День пожилых людей становится для нас привычным днём

Будни в здании Российского геронтологического научно-клинического центра – РГНКЦ – проходят размеренно и без суеты. И это понятно – в медицинском учреждении для тех, кто шагнул в старший возраст и попал сюда на лечение, торопливость и суета ни к чему. Но вот 1 октября, когда отмечался Международный день пожилых людей, здесь царило необычное оживление: звучали молодые голоса, смех, играла музыка – в общем, к пожилым пришёл праздник. В центр по сложившейся уже традиции приехали артисты благотворительного фонда поддержки деятелей искусств «Артист». Взволнованные пациенты, сначала немного растерянные оказанным им вниманием, быстро освоились с молодёжной обстановкой и, словно старые друзья, общались, делились своими жизненными ситуациями, рассказывали о том, как им помогают сотрудники клиники поправить своё здоровье.

Международный день пожилых людей был провозглашён на 45-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН и отмечается в первый день октября ежегодно во всём мире, начиная с 1991 г. День посвящён проблемам стремительности старения населения планеты и одновременно подчёркивает необходимость активного участия и существенного вклада пожилых людей в мировое развитие. В нашей стране это событие не остаётся без внимания общества, примером чему является Российский геронтологический научно-клинический центр, который не впервые отмечает его совместно с благотворительным фондом поддержки деятелей искусства «Артист». Он учреждён в 2008 г. народным артистом РФ Евгением Мироновым, заслуженной артисткой РФ Марией Мироновой, народным артистом РФ Игорем Верником и продюсером Натальей Шагинян-Нидэм. Задачи фонда – побудить общество задуматься об отношении к нашим родителям, учителям, наставникам, всем тем, кто научил нас радоваться, чувствовать, любить, сострадать, и помочь тем, кто сегодня не имеет возможности вести достойный и полноценный образ жизни. Вот уже третий год в центре в знаменательную дату совместно проводят День здоровья.

В этот день доктора, ведущие специалисты страны в области оказания медицинской помощи пожилым, оказались на своих рабочих местах. Открывая событие, главный гериатр Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, директор РГНКЦ профессор Ольга Ткачёва и соучредитель фонда «Артист» Мария Миронова выступили перед собравшимися. Ольга Ткачёва рассказала гостям о том, чем занимаются геронтологи и гериатры, ответила на многочисленные вопросы актёров, а заместитель руководителя центра по науке профессор Надежда Рунихина, напомнив всем, что возраста старости никто не минует, познакомила артистов с последними научными достижениями в геронтологии и гериатрии. Любимица публики актриса М.Миронова приветствовала от имени фонда «Артист» всех, кто творит добро, кто своим искусством помогает людям.

«Фонд «Артист», – подчеркнула актриса, – проводит «дни здоровья», цель которых – рассказать об активности в зрелом возрасте, помочь в реабилитации тем ветеранам, кому каждое движение даётся с трудом».

Часть программы, когда артисты пошли по палатам, стала самой запоминающейся. Здесь в авангарде оказалась уже ставшая популярной группа «Больничные клоуны». Как только эти солнечные, жизнерадостные люди заходили в палаты, где были лежачие больные, они заполнялись улыбками и светом. Их смешные скетчи, костюмы, весёлые маски на лицах, причудливые парики приподнимали настроение, вселяли жизнерадостность. Большую аудиторию собрала и группа молодых театральных артистов – студентов мастерской Дмитрия Певцова, которые провели театральный перформанс. Их живые современные мимические картинки из жизни удивляли и демонстрировали собравшимся мировоззрение, театральные веяния нового поколения. Громкие дружные аплодисменты пациентов – это оценка той работы, которую показывали ребята пожилым. Педагог-хореограф театра «Балет Москва» Александра Рудик со специальной программой для пожилых людей удивили и понравились всем. На профилактику основных недугов зрелого возраста и направлена разработанная специально для фонда «Артист» и пациентов РГНКЦ хореографическая программа, представляющая собой нечто среднее между танцем, йогой и лечебной гимнастикой, имеющая при этом чётко выстроенную сюжетную линию.

Мария Миронова

Всем известно, что общая физическая активность полезна и служит профилактикой многих заболеваний. Результаты многочисленных исследований подтверждают, что специальные программы физических нагрузок позволяют сохранить здоровье, работоспособность и жизнерадостность на долгие годы. Улучшение самочувствия благодаря физической активности даёт и результат – изменение отношения к зрелому возрасту. В любой встрече, проходившей в этот день в центре, особенно приятным было единение врачей, творческой молодёжи и пожилых пациентов.

Но не только артисты удивляли. Сотрудники центра также продемонстрировали своим гостям их возможности, проведя сеансы оздоровительной программы. В кабинете профилактики их учили, как сохранить гибкость, подвижность тела, снять усталость и многим другим процедурам, помогающим им в нелёгкой профессии.

Завершился «День здоровья» с «Артистом» уже традиционным чаепитием с пирогами, общими беседами. Он наглядно показал, что собраться всем вместе и обсудить последние новости для подопечных фонда и РГНКЦ – это невероятно ценно.

Валентина ЗАЙЦЕВА, корр. «МГ».

Когда в гостях больничные клоуны – хорошее настроение обеспечено

«Музыкальная пауза»

Кстати

Но проблемы с лечением остаются...

Пожилые россияне считают наиболее актуальной для себя проблемой низкий уровень медицинского обслуживания. Это показал мониторинг, проведённый Общественной палатой с привлечением региональных палат. Об этом сообщил председатель комиссии по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Общественной палаты РФ Владимир Слепак на состоявшемся в столице «круглом столе», приуроченном к отмечаемому 1 октября Международному дню пожилых людей.

– Эта категория граждан недовольна оказанием медицинской и социальной помощи, санаторно-курортным лечением и обеспечением лекарственными средствами. При этом в каждом регионе отмечаются свои особенности, – отметил В.Слепак. – Например, в Республике Чувашия в качестве неблагоприятного фактора отмечают наличие очередей: ожидание планового стационарного лечения составляет 1,5-2 месяца, диагностического обследования – 2-3 месяца, приёма к участковому врачу – 2-3 дня. В Вологодской области, согласно результатам мониторинга, в большинстве ЦРБ поликлинический приём вместо врачей ведут фельдшеры. В Республике Коми отсутствуют специализированные геронтологические центры для пожилых людей.

– В системе ОМС необходимо разработать и реализовать специализированные базовые программы для лиц пожилого возраста, – подчеркнул проректор по развитию Академии труда и социальных отношений Александр Сафонов. – Такая мера продиктована повышенным уровнем заболеваемости в этой категории граждан. Согласно данным проводимого Росстатом комплексного наблюдения условий жизни населения (КОУЖ), в 2013 г. уровень заболеваемости составлял свыше 208 человек на 100 тыс. населения, что в 1,3 раза превышает аналогичный показатель по населению страны в целом (161 человек на 100 тыс. населения). Каждый второй респондент в возрасте старше трудоспособного указывает на наличие хронического заболевания. 2/3 пожилых людей, имеющих хронические заболевания, находятся под диспансерным наблюдением. Потребность в медицинской помощи в 2014 г. отмечалась у 43,8% лиц в возрасте старше трудоспособного, что в 1,6 раза выше аналогичного показателя у всех лиц старше 15 лет.

Наряду с этим А.Сафонов указал на имеющиеся в нашей стране у пожилых людей проблемы с лечением. Так, согласно данным КОУЖ, которые привёл А.Сафонов, причинами того, что многие не проходят назначенный курс лечения или обследования в специализированных медицинских учреждениях, являются: ожидание очереди (36%), платное лечение, на которое нет средств (29%), отсутствие средств на покупку лекарства (27%), не определено место для продолжения лечения (8%).

Примечательно, что свыше 40% лиц старше трудоспособного возраста не обращались в позапрошлом году в медицинские учреждения даже при наличии потребности в медицинской помощи. Причины этого эксперты объясняют склонностью к самолечению, недоверием к результату обращения в медицинские учреждения, недоступностью бесплатной медицины.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Cito!

Накануне

Мир борется с тромбозами

Тромбы являются опаснейшим проявлением множества заболеваний, в том числе онкологических. Предполагается, что в мировом масштабе они становятся причиной более 25 млн смертей ежегодно. Эти артериальные образования приводят к инфарктам миокарда, ишемическим инсультам и гангрене ног, венозные – к тромбоэмболии лёгочных артерий.

Причины формирования тромбов изучаются со времён Рудольфа Вирхова. Именно ему принадлежит создание терминов «тромб», «эмбол», «фибриноген». Он же предположил наиболее вероятные механизмы формирования тромбов, которые были объединены в триаду, носящую его имя (триада Вирхова). В 2014 г. Международное общество тромбоза и гемостаза день рождения этого выдающегося немецкого учёного – 13 октября – объявило Международным днём борьбы с тромбозами.

Главная цель дня, который мы будем отмечать завтра, – привлечь к борьбе с тромбами руководителей всех стран, а также информировать мировую общественность о данной проблеме.

Россия имеет определённые приоритеты в деле изучения тромбозов и борьбы с ними. Наш соотечественник Александр Шмидт в конце XIX века предложил механизмы формирования фибрина, которые сегодня приняты учёными всего мира. Хирург Сергей Юдин, успешно осуществивший переливание трупной крови в 1930-е годы, привлёк внимание к существованию фибринолиза – механизма, с помощью которого человеческий организм сам защищает себя от образования тромбов. Профессор Московского государственного университета Борис Кудряшов предположил существование противосвёртывающей системы крови. Он же со своей ученицей Галиной Андреенко создал отечественное лекарство фибринолизин и предложил его для лечения тромбов. Евгений Чазов, испытавший это лекарство на себе и вылечивший им многих больных, в том числе и маршала Жукова, первым в мире растворил тромб у больного инфарктом миокарда путём введения фибринолизина в коронарную артерию. Нижегородский профессор Александр Медведев осуществил больше всех в Европе успешных операций по удалению тромбов из лёгочных артерий.

Более четверти века существует Ассоциация тромбозов, геморрагий и патологии сосудистой стенки им. А.Шмидта и Б.Кудряшова, приглашающая на свои конгрессы ведущих представителей мировой науки. Одним из них является председатель Международного общества по тромбозу и гемостазу Найджел Ки, интервью с которым предлагается вниманию читателей «МГ».

Игорь БОКАРЕВ,
президент Ассоциации тромбозов, геморрагий и патологии сосудистой стенки им. А.Шмидта и Б.Кудряшова, профессор, заслуженный деятель науки РФ.

Авторитетное мнение

Под прицелом – новые мишени

Перспективы медикаментозной коррекции тромбозов и кровоизлияний

Председатель Международного общества по тромбозу и гемостазу – МОТГ профессор Найджел Ки (США) выступил в Москве с лекцией о современных подходах к лечению гемофилии, а затем ответил на вопросы корреспондента «МГ».

– Каковы цели и задачи возглавляемого вами общества?

– Наше общество возникло в 1969 г. Не хочу хвастаться, но МОТГ является, на мой взгляд, ведущим международным обществом в области изучения тромбоза и гемостаза. Оно насчитывает более 3 тыс. членов. Штаб-квартира находится в Чапел Хилл, штат Северная Каролина, где я работаю, поскольку мой центр давно занимается проблемой гемокоагуляции, но общество интернационально. Хотел бы подчеркнуть три особенности. Во-первых, издаваемый нами журнал Thrombosis and Haemostasis. Во-вторых, проводимые раз в два года конгрессы по клиническим и трансляционным исследованиям в области тромбоза и гемостаза, которые собирают от 8 до 9 тыс. участников. В-третьих, на протяжении многих лет МОТГ занимается вопросами стандартизации. Например, совместно с ВОЗ мы разрабатываем стандарты измерения белков свёртывания крови. Одни специалисты занимаются лабораторным изучением коагуляции, другие являются клиницистами. Мне кажется, наше общество успешно их объединяет.

– Кто эти тысячи участников? Какие специальности они представляют?

– Половина из тех, кто имеет врачебные дипломы – гематологи. Вторая половина – врачи других специальностей: терапевты, кардиологи, кардиоанестезиологи, травматологи. Также у нас много биологов, фармакологов и фармацевтов, представителей фарминдустрии. Сейчас большое внимание уделяется разработке новых пероральных антикоагулянтов, факторов свёртывания крови и тромбина. Создатели этих препаратов участвуют в наших конгрессах. Другой пример – активированный С-белок, который применяется в отделениях интенсивной терапии для лечения сепсиса. На конгрессах докладываются результаты клинических испытаний (например, по лечению тромбоза вен и гемофилии). В целом, рассматривается широкий спектр вопросов диагностики и лечения тромбозов и кровоизлияний от лабораторной скамьи до постели больного (from bench to bedside). На конгрессы подаётся около 3 тыс. тезисов.

Н.Ки, И.Бокарев, А.Медведев (слева направо)

– Много ли российских членов МОТГ?

– Точную цифру назвать не могу, но их, мне кажется, мало для такой отрасли, как ваша. Более 40% членов – из Западной Европы, около 35% – из США. Остальные – из Японии, Австралии и т.д.

– Какие проблемы в вашей области вы считаете основными?

– Наши представления о кровоизлияниях и нарушениях тромбообразования усложняются, а экспертов в данной области не хватает. Многие гематологи переключились на изучение лейкозов и других злокачественных заболеваний крови. Таким образом, возрастает потребность в специалистах по вопросам тромбоза и гемостаза. Другая проблема связана с появлением новых антикоагулянтов. Как нейтрализовать их действие? Как оперировать больных, получающих антикоагулянты?

– Для чего, на ваш взгляд, нужен Международный день борьбы с тромбозами?

– Во-первых, чтобы привлечь внимание публики к этой проблеме. По данным опросов, большинство населения знает о сердечном приступе и об инсульте, но понятия не имеет о тромбозе вен, который является причиной смерти большого числа людей. К этой дате приурочена публикация статьи под названием «Всемирное бремя тромбоза вен», в которой проанализированы исследования в данной области. Российская ассоциация тромбозов, геморрагий и патологии сосудистой стенки имени А.Шмидта и Б.Кудряшова является одним из 120 партнёров Международного дня борьбы с тромбозами. Например, 20 австралийских больниц сообща отметили этот день различными образовательными мероприятиями, посвящёнными тромбозу вен. Наша задача – повысить осведомлённость публики и врачей в области тромбозов. Их профилактика очень важна. Шестьдесят процентов венозных тромбозов возникают в больницах. Как только поставлен диагноз, мы должны незамедлительно лечить таких больных, потому что они могут умереть до того, как мы узнаем причину смерти. Профилактика тромбоза вен – основная проблема. Противоположная проблема – повышенная кровоточивость – постепенно решается, если речь идёт о гемофилии. Но остаются нерешёнными вопросы гемостаза во время хирургических операций и после травм. Мне кажется, в следующее 10-летие у нас появятся новые методы остановки кровотечения, помимо наложения швов и переливания крови. Мы найдём фармакологические мишени для гемостаза: какие лекарственные средства можно применять в сочетании с препаратами крови для воздействия на причину кровоизлияния и его остановки. Речь идёт не только о перевязке артерии, но также и о лечении коагулопатии. Мы только начинаем понимать механизмы этих коагулопатий, приводящих к кровоизлияниям. За последние годы мы поняли, что при травме встречается особая коагулопатия. Появляются новые мишени для фармакологического воздействия при травме.

– Но если повреждён крупный сосуд, то его всё равно ведь надо перевязать или коагулировать...

– Конечно, но лекарственное лечение также необходимо. Антикоагулянты назначаются повсеместно, в том числе диализным больным. Разработка фармакологических препаратов, как для лечения тромбоза, так и гемостаза, идёт очень быстрыми темпами. Ненаследственные нарушения гемостаза (т.е. не связанные с гемофилией и болезнью Виллебранда), например, при травме, нуждаются в медикаментозной коррекции. Это колоссальный рынок (прокоагулянты и т.д.). Чтобы его развивать, нужны эксперты, которые знали бы механизмы коагуляции и механизмы действия новых препаратов. Эта область очень перспективна, поскольку затрагивает многие медицинские специальности. Например, массивная кровопотеря является ведущей причиной смертности в акушерстве и гинекологии. Другой её причиной является тромбоз вен. МОТГ активно участвует в разработке новых лекарственных средств. Во-первых, надо найти фармакологические мишени. Затем изучить молекулы-кандидаты, оценить их эффективность в эксперименте на животных и, наконец, в клинических испытаниях.

Недавно наше общество инициировало образовательные программы, в том числе международные. Мы проводили школы по тромбозу и гемостазу в Южной Америке, Восточной Европе, России. Также созданы платформы для обучения в режиме онлайн и электронного обучения.

– Вы выступили с лекцией о современных подходах к лечению гемофилии. Что нового в этой области?

– Общество занимается проблемой гемофилии с момента своего основания. Сейчас есть замечательные препараты для профилактики и лечения осложнений данного заболевания. Проблема в том, кому в мире они по карману.

Беседу вёл
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 73 (2012)

Экопатология

(Окончание. Начало в № 76 от 07.10.2016.)

Интоксикация кадмием

Тяжёлый металл кадмий представляет собой один из самых опасных токсикантов среды (например, он значительно токсичнее свинца). В природной среде кадмий встречается лишь в очень малых количествах – именно поэтому его отравляющее действие было выявлено лишь недавно. Дело в том, что только 3-4 последних десятилетия он стал находить всё более техническое применение. Он содержится в мазуте и дизельном топливе (и освобождается при его сжигании), его используют в качестве присадки к сплавам, при нанесении гальванических покрытий (кадмирование неблагородных металлов), для получения кадмиевых пигментов, нужных при производстве лаков, эмалей и керамики, в качестве стабилизаторов для пластмасс (например, поливинилхлорида), в электрических батареях и т.д. В результате всего этого, а также при сжигании кадмийсодержащих пластмассовых отходов кадмий может попадать в воздух. По данным Хясянена, в Балтийское море ежегодно поступает 200 т кадмия, в том числе 45% – из воздуха. А во всём мире, судя по имеющимся сведениям, в окружающую среду ежегодно выбрасывается примерно 5 тыс. т.

Кадмий опасен в любой форме – принятая внутрь доза 30-40 мг уже может оказаться смертельной. Поэтому даже питьё лимонада из сосудов, материал которых содержит кадмий, чревато опасностью. Из-за того, что однажды поглощённое количество кадмия выводится из человеческого организма очень медленно (0,1% в сутки), легко может происходить хроническое отравление. Самые ранние симптомы его – поражение почек и нервной системы, белок в моче, нарушение функций половых органов; позднее возникают острые костные боли в спине и ногах. Типично также нарушение функции лёгких. Кроме того, предполагается канцерогенное действие кадмия.

В организме кадмий в первую очередь накапливается в почках, и после достижения пороговой концентрации – около 0,2 мг Cd на 1 г веса почек – появляются симптомы тяжёлого отравления и почти неизлечимого заболевания. Отложение кадмия в почках вначале не вызывает сколько-нибудь заметных клинических симптомов. Лишь после превышения концентрации 0,2 мг на 1 г почечной ткани появляются тяжёлые симптомы (такие, как одышка, наличие белка в моче, малокровие и почечная недостаточность). Кроме того, кадмий оказывает выраженное токсическое воздействие на половые железы (прежде всего на семенники).

Кадмий почти невозможно изъять из природной среды, поэтому он всё больше накапливается в ней и попадает различными путями в пищевые цепи человека и животных. Чаще всего причиной повышенного содержания кадмия в пище бывают промышленные газообразные выбросы. Известные до сих пор данные о максимальной аккумуляции кадмия в пищевых продуктах относятся к свиным почкам, где находили до 2 мг/кг Cd. Все (без исключения) исследованные яйца серых куропаток и фазанов из Верхнего Эльзаса содержали кадмий (а значительно больше половины яиц – ещё и ртуть). Двустворчатые моллюски могут аккумулировать кадмий, повышая его концентрацию в миллион раз по сравнению с его содержанием в морской воде.

Однако больше всего кадмия мы получаем с растительной пищей. Дело в том, что кадмий чрезвычайно легко переходит из почвы в растения: последние поглощают до 70% кадмия из почвы и лишь 30% – из воздуха. Особенно большую опасность представляют в этом отношении грибы, которые часто могут накапливать кадмий в исключительно высоких концентрациях. Так, например, в луговых шампиньонах было найдено до 6 мг/кг Cd (вообще же в шампиньонах находили до 170 мг/кг). Луговые шампиньоны аккумулируют главным образом кадмий, а наряду с этим также свинец и ртуть; у других видов грибов дело может обстоять иначе: например, пёстрый гриб-зонтик накапливает в первую очередь Pb и Hg и в сравнительно меньших количествах – Cd.

Поэтому Федеральное ведомство по вопросам здравоохранения ФРГ уже рекомендовало употреблять в пищу меньше дикорастущих грибов, а также меньше свиных и говяжьих почек. В то время как степень загрязнения продовольственных продуктов свинцом и ртутью значительно ниже международных норм допустимой нагрузки, загрязнение кадмием, согласно произведённым до сих пор (ещё неполным) оценкам, близко к соответствующим предельным уровням.

Болезнь Итай-Итай. В Японии цинковый рудник загрязнил кадмием реку Дзинцу, и тамошняя питьевая вода стала содержать кадмий; кроме того, речной водой орошали рисовые поля и плантации сои. Спустя 15-30 лет более 150 человек умерло от хронического отравления кадмием, сопровождавшегося атрофией костей всего скелета; этот случай вошёл в историю эндемических отравлений тяжёлыми металлами под названием «болезнь итай-итай». В США случаи заболевания итай-итай имели место в связи с потреблением сахарного горошка, который содержал большие количества кадмия. С тех пор в Японии всех, кто так или иначе подвергается подобной опасности, систематически обследуют на содержание кадмия в организме. Фармацевтическое предприятие Pharmacia в городе Фрейбурге недавно разработало метод, позволяющий сравнительно просто определять содержание кадмия в моче при помощи так называемого бета-2-микроглобулина.

Количество кадмия, попадающее в организм человека, зависит не только от потребления им кадмийсодержащих пищевых продуктов, но и в большой степени от качества его диеты. В частности, даже весьма незначительная недостаточность железа может заметно усилить аккумуляцию кадмия. Поэтому женщины, которые в результате менструаций регулярно теряют вместе с кровью железо, более подвержены отравлению кадмием, чем мужчины.

Особой опасности подвергаются беременные, у которых потребность в железе ещё выше из-за того, что плод накапливает в своей печени запасы железа, необходимые ему для первых месяцев жизни после рождения. Поэтому, старательно восполняя убыль железа, женщины могут осуществлять в меньшей мере относительную профилактику отравления кадмием. Вообще достаточное количество железа в крови, по-видимому, тормозит аккумуляцию кадмия. Кроме того, теперь мы знаем, что большие дозы витамина D действуют как противоядие при отравлении кадмием.

Кадмий накапливается также в волосах, где его можно обнаружить. При патологоанатомическом исследовании человеческих трупов было найдено, что содержание кадмия в почках в последние 50 лет неуклонно возрастало. Самые высокие концентрации встречаются у жителей больших городов и промышленных районов с большой плотностью населения. Подсчитано, что в США и Японии уже 5% населения находится под серьёзной угрозой, так как концентрация кадмия у этих 5% уже почти достигла установленного критического уровня.

Так называемые «кадмиевые скандалы» в ФРГ, имевшие место в 1970-е годы, происходили из-за того, что кадмийсодержащий ил (однажды это был ил, вычерпанный из русла реки Неккар и бесплатно отданный фермерам «для улучшения почвы», в другой раз – ил из городских очистных сооружений) в течение многих лет в качестве средства, улучшающего почву, вывозился на сельскохозяйственные угодья. Это привело в конце концов к такому сильному загрязнению кадмием возделываемых пищевых и кормовых растений (сахарной свёклы, клубневого сельдерея, картофеля), что в 1979 г. власти вынуждены были официально запретить там какие бы то ни было посадки. В районе Среднего Неккара эта мера было распространена на 30 га пахотной земли. Почва, загрязнённая кадмием, вновь была свезена с полей, так что теперь, видимо, можно будет использовать в пищу урожай, собираемый на этих землях; кроме того, благодаря другим мероприятиям уже с 1980 г. снова можно без опасений есть рыбу из Неккара и Энца.

Попадая в организм, кадмий легко проникает в общий кровоток. Весьма скоро металл обнаруживается в почках, печени, поджелудочной железе, лёгких, волосах, костной ткани. Кумуляция кадмия в тканях у людей зависит от возраста, курения, перенесённых заболеваний, от концентрации его в окружающей среде и путей поступления. Депонируется он в основном в печени и почках. Дети в большей степени подвержены действию кадмия. Выводится кадмий через желудочно-кишечный тракт и только небольшая часть – с мочой, в жаркое время – с потом.

Кадмий токсичен практически для всех тканей, так как имеет долгий биологический цикл. Отмечено повышение активности пируваткарбоксилазы, глюкозо-6-фосфатазы, увеличение концентрации глюкозы и мочевины в крови. Металл ингибирует полимеразы ДНК печени прямо или путём нарушения ферментов синтеза. Этим можно объяснить канцерогенное и тератогенное действие кадмия. Он нарушает активность аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, щелочной фосфатазы. Так как кадмий – тиоловый яд, считают, что одним из возможных механизмов его токсического действия может быть блокирование SH-групп.

Кадмий может вызывать острые и хронические отравления. Острые отравления в производственных условиях встречаются очень редко, так как чаще обусловлены попаданием кадмия через желудочно-кишечный тракт. При остром отравлении, связанном с вдыханием пыли или аэрозоля окиси кадмия, симптомы отравления появляются не сразу, а после скрытого периода, длящегося до 10 часов. При этом наблюдаются явления раздражения конъюнктивы глаз, слизистых оболочек верхних дыхательных путей, явления бронхита, сливной бронхопневмонии и даже отёка лёгких, обычно протекающих с высокой температурой. Описаны отдельные летальные случаи. Наряду с поражением органов дыхания имеют место диспепсические явления (тошнота, рвота, понос), а также головная боль, головокружение, слабость, сердцебиение. Возможно поражение печени. В единичных случаях наблюдаются кровавая рвота и понос. Моча при острых отравлениях может иметь коричневую окраску и содержать эритроциты.

Длительное воздействие малых доз приводит к хроническому отравлению.

Различают:

1. Латентный период, длящийся несколько лет, во время которого могут быть жалобы на боль в верхних дыхательных путях и желудочно-кишечном тракте.

2. «Тревожный» период, во время которого появляется типичное окрашивание зубов в жёлтый цвет.

3. Период болезненных явлений, выражающихся в астеническом симптомокомплексе.

4. Период, характеризующийся обменными нарушениями и поражением костей. Обычно этот период наблюдается при длительном стаже работы с кадмием (8 лет и больше).

Одним из характерных симптомов кадмиевой интоксикации является гипосмия и даже аносмия, появление жёлтой каймы вдоль шейки зубов и десневого края. Характерны похудение, плохой аппетит, астенические и диспепсические жалобы, боли в костях конечностей, парестезий. В дальнейшем развиваются носовые кровотечения, изъязвление и прободение носовой перегородки, хронические трахеобронхиты и в ряде случаев пневмофиброз.

Рентгенологически отмечаются различной степени деформация, усиление и сгущение лёгочного рисунка, расширение, уплотнение корней лёгких. Функциональные способности лёгких также изменяются, происходит уменьшение жизненной ёмкости лёгких, снижение максимальной вентиляции.

Возможно поражение печени, проявляющееся хроническим гепатитом и гепатохолециститом. Печень при этом увеличивается, болезненна при пальпации, нарушается антитоксическая функция. Отмечена функциональная недостаточность поджелудочной железы. Кадмий вызывает увеличение содержания холестерина в крови, снижение уровня общих липидов и изменение соотношений их фракции, подавляет секреторную активность β-клеток поджелудочной железы.

При хроническом кадмиевом отравлении очень характерно появление протеинурии, связанной с повреждением клубочкового аппарата почек позже развиваются нарушения канальцев. Характерно усиленное выделение р-микроглобулинов. Кадмий вызывает гипокальцийурию и нарушение структуры костной ткани. Обнаруживаются поперечные борозды в костях лопаток, таза, эпифизах костей конечностей и особенно часто рёбер, где могут быть спонтанные переломы и костные мозоли.

Изменения со стороны крови при интоксикации кадмием проявляются умеренной гипохромной анемией, ускорением СОЭ. Кадмий способен проникать через плаценту, несмотря на то что она является хорошим защитным барьером.

Таким образом, кадмий является высокотоксичным веществом и в концентрациях, близких к предельно допустимым, способен вызывать раздражение верхних дыхательных путей, воспалительные процессы в лёгких, паренхиматозное поражение печени с нарушением «функции», дистрофические изменения миокарда, нарушения кальциевого обмена, костеобразования, анемическое состояние.

Лечение. При острых отравлениях больным показаны тепловлажные ингаляции, кодеин, горчичники, антибиотики, кислородная терапия. При хронических отравлениях лечение симптоматическое. При поражении костей назначают витамин D, препараты Ca, облучение кварцем. Имеются указания на возможность применения комплексообразующих препаратов и тетацина.

Интоксикация винилхлоридом

Поливинилхлорид (ПВХ) – это сегодня непременная принадлежность нашего образа жизни, и прежде всего он незаменим как упаковочный материал для пищевых продуктов. Так как его получают из винилхлорида, возник вопрос, не могут ли содержащиеся иногда в плёнках из ПВХ остаточные количества винилхлорида прямым или непрямым образом (через пищевую цепь или диффундируя в упакованные в ПВХ продукты питания) оказывать вредное влияние на человека.

В самом деле, ведь на фабриках, производящих ПВХ, у рабочих, вынужденных вдыхать относительно высокие концентрации паров винилхлорида, возникают гемангиосаркомы (одна из форм быстро развивающихся злокачественных опухолей, образующихся из клеток стенок кровеносных сосудов).

Как известно, раньше в плёнках ПВХ, использовавшихся для упаковки пищевых продуктов и изготовления кухонной утвари, действительно ещё определялись остатки винилхлорида, которые могли представлять опасность, например в том случае, когда бутылку из ПВХ, в которой прежде находилось водное содержимое, при вторичном использовании наполняли жирным пищевым продуктом.

Разумеется, предметы кухонного оборудования изготовлялись из пластифицированного ПВХ, который вряд ли ещё содержал примесь винилхлорида: в прошлом её находили главным образом в непластифицированном ПВХ. Между тем (по меньшей мере начиная с 1978 г.) благодаря совершенствованию технологии содержание винилхлорида в ПВХ было снижено, так что в настоящее время ПВХ-материалы в токсикологическом отношении могут, пожалуй, считаться безопасными. Согласно данным Федерального ведомства по вопросам народного здравоохранения ФРГ, в продуктах питания, упакованных в ПВХ, не было обнаружено винилхлорида. К тому же до сих пор нет никаких указаний на то, что винилхлорид при попадании его в организм с пищей тоже может вызвать рак. Ведь все заболевшие рабочие вдыхали большие количества винилхлорида в газообразной форме.

В ФРГ 8 ноября 1979 г. вступило в силу «Положение о предметах первой необходимости, изготовленных из винилхлорида», где указывается, что предметы из ПВХ, если они соприкасаются с пищевыми продуктами, как, например, упаковка для расфасованного маргарина или бутылки для масла, не должны содержать более 1 мг мономерного винилхлорида на 1 кг, так как газообразный мономерный винилхлорид (исходный материал для производства ПВХ) в определённой концентрации может вызывать злокачественные заболевания. Это положение относится и к ряду других предметов – к мундштукам вспомогательных приспособлений для плавания и иных изделий, которые надувают ртом, а также к детским игрушкам. Так как винилхлорид, удаляемый из изделий с целью выполнить упомянутое требование, вновь используется в качестве сырья, себестоимость продукции при этом не повышается. Прежние анализы пищевых продуктов, расфасованных в бутылки из ПВХ, выявили наличие в них следов винилхлорида, причём концентрация последнего зависела от характера содержимого бутылки; больше всего был загрязнён уксус, за ним следовали фруктовые соки и горчица.

Поливинилхлорид – термопластический материал, получаемый полимеризацией винилхлорида в присутствии эмульгаторов и инициаторов (органические и неорганические перекиси, персульфаты калия или аммония и др.) с добавлением пластификаторов и стабилизаторов (соединения свинца, кадмия

и других металлов). Предельно допустимая концентрация для поливинилхлорида – 6 мг/м^3. При переработке поливинилхлорида воздушная среда может быть загрязнена хлористым винилом и другими летучими органическими веществами (эфирами фосфорной и фталевой кислот и др.). Парогазовоздушные смеси, образующиеся в результате термоокислительной деструкции поливинилхлорида, могут быть причиной острых и хронических профессиональных отравлений. Поливинилхлорид получается путём полимеризации винилхлорида – одного из основных представителей виниловых мономеров. Поливинилхлорид находит широкое применение при изготовлении многочисленных изделий, используется для электроизоляции проводов и кабелей, для производства листов, труб, плёнок, искусственной кожи, поливинилхлоридного волокна, пенополивинилхлорида, служит основой для пластиката, сополимеризуется с винилацетатом, метилметакрилатом, пропиленом, этиленом, винилиденхлоридом.

Острая интоксикация винилхлоридом может развиваться при массивном воздействии этого вещества, как правило, в аварийных условиях, когда концентрации его достигают многих тысяч мг/м^3. За короткое время, иногда за несколько минут, может развиться глубокое наркотическое состояние, вплоть до смертельного исхода. При воздействии меньших концентраций винилхлорида, но близких к субнаркотическим величинам, у рабочих может развиваться преднаркозный синдром. Частые и продолжительные воздействия высоких, субнаркотических концентраций винилхлорида могут привести к формированию уже на протяжении первых лет и даже месяцев склеродермоподобного синдрома, получившего название «винилхлоридная болезнь». Как и для системной склеродермии, для неё характерно развитие синдрома Рейно, протекающего с акроспастическими реакциями и акроостеолизом концевых фаланг пальцев рук. Кожа пальцев рук уплотняется.

Одновременно могут обнаруживаться очаги уплотнения на ладонной поверхности предплечий, а также на лице, шее, груди. В болезненный процесс вовлекаются также и внутренние органы (печень, селезёнка, желудочно-кишечный тракт, сердце, лёгкие, почки). При этом чаще всего и наиболее выраженные изменения обнаруживаются со стороны печени и селезёнки. Отмечается их увеличение и болезненность. В ряде случаев формируется гепатолиенальный синдром.

В связи с развитием подкапсулярного фиброза, фиброза портальной области и воротной вены может развиваться портальная гипертензия с последующим расширением вен пищевода и дна желудка. Описаны случаи кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода. Поражение желудочно-кишечного тракта проявляется его дискинезией. Развиваются пневмосклероз и кардиосклероз. Вовлечение в болезненный процесс почек проявляется микрогематурией и умеренной протеинурией. Со стороны крови наиболее существенной является наклонность к ретикулоцитозу и тромбоцитопении.

При винилхлоридной патологии отмечается повышенная частота злокачественных новообразований, исходящих, в частности, из соединительнотканных элементов печени (гемангиосаркома), лёгких. Имеются указания на повышенную частоту рака желудка, мозга, молочных желёз, а также злокачественных заболеваний крови, гемо- и лимфопоэтической системы у лиц, подвергающихся воздействию высоких концентраций винилхлорида.

Для концентраций винилхлорида, составляющих десятки мг/м^3, характерно постепенное развитие вегетодистонии, в рамках которой выделяется астеновегетативный и периферический сосудисто-нейротрофический синдромы. Первый из них на начальных этапах имеет парасимпатикотоническую, второй – симпатикотоническую направленность. Вегетодистония указанной направленности – наиболее частое проявление вредного воздействия винилхлорида в современных промышленных производствах, где наиболее часто встречающиеся концентрации лишь немного превышают допустимые величины. При переработке поливинилхлоридных материалов в воздушную среду рабочих помещений могут поступать как мономеры, так и продукты, используемые в качестве добавок, и продукты деструкции тех и других. При повышении пылевыделения описаны пневмокониозы.

Лечение. Преимущество следует отдавать средствам растительного происхождения (настойки лимонника, заманихи, аралии; экстракты левзеи, элеутерококка и др.). При церебральных нарушениях органического характера рекомендуются препараты метаболитного действия (аминалон, пирацетам, энцефабол и др.). Наличие вегетативно-чувствительной полиневропатии является показанием для проведения курсов витаминов группы В. Хороший эффект даёт и физиотерапевтическое воздействие на воротниковую зону. При суб- и атрофических процессах в верхних дыхательных путях наиболее целесообразно применять щелочные и масляные ингаляции. Аэрозольингаляционная терапия с использованием щелочных растворов, а при показаниях (наличие обострения) и растворимых сульфамидных препаратов (натриевые соли этазола, сульфапиридазин) высокоэффективна и при хронических бронхитах, нередко встречающихся у работающих с поливинилхлоридом.

Профилактика. В первичной профилактике профессиональных и экологических заболеваний у этой категории лиц первоочередное значение имеют мероприятия санитарно-гигиенического плана. Это совершенствование оборудования, его герметизация, непрерывность и автоматизация технологического процесса, совершенная вентиляция и т.п. Важным является выполнение рабочими мер личной гигиены, использование средств индивидуальной защиты. Необходимо применять защитные маски, перчатки, кремы. В условиях повышенной запылённости использовать респираторы. Важнейшее место в профилактике занимают также периодические медицинские осмотры.

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

Дарья БУДАШ,
ассистент кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии.

Самарский государственный медицинский университет.

Алкогольное поражение сердца

В настоящее время алкогольную кардиомиопатию (АКМП) выделяют в самостоятельную форму кардиомиопатий известной этиологии. АКМП наблюдается приблизительно у 30% лиц, принимающих систематически большое количество алкоголя более 10 лет, и обусловлено токсическим воздействием алкоголя на миокард.

В эксперименте алкоголь вызывает снижение сократительной способности миокарда левого желудочка, уменьшение объёма коронарного кровотока и наклонность к повреждению миокарда вирусной инфекцией.

Макроскопически сердце увеличено. Масса его достигает 550-600 г, все полости его расширены. Стенка левого желудочка (ЛЖ) утолщена, мышца дряблая, бледная, тусклая. Пристеночный эндокард с очагами фиброза и свежими тромботическими наложениями (организованные пристеночные тромбы). Участки жировой дистрофии мышечных волокон, на разрезе очаговый склероз ЛЖ, сосочковых мышц. Атеросклероз венечных артерий выражен умеренно, стеноз артерий редок (А.Вихерт, 1982).

Микроскопически в мышечных волокнах: неравномерная гипертрофия наряду с очажками атрофий, вакуольная дистрофия, очажки некроза различной давности с явлениями организации, иногда лимфоцитарные инфильтраты, типичным является накопление в кардиомиоцитах нейтральных липидов. Особенно их много в области проводящей системы, что, по-видимому, объясняет частоту нарушений ритма. Изменения ультраструктуры заключаются в огрублении саркоплазматической сети, набухании митохондрий, повреждении крист, отложениях липидов.

Большая часть алкоголя окисляется до ацетальдегида при содействии алкогольной дегидрогеназы. Ацетальдегид является токсичным веществом, оказывая повреждающее действие на клетку вплоть до формирования некроза. Опасная доза алкоголя составляет > 80 г чистого этанола.

Поражение внутренних органов напрямую связано с систематическим употреблением алкоголя, возрастая с увеличением дозы:

160 г в день – риск высокий
80 г в день – риск средний
40 г в день – риск малый.
Для женщин дозы в 2 раза меньше.

Долговременные эффекты алкоголя не связаны с видом алкогольного напитка (водка, вино, пиво и др.). Синдром похмелья зависит от количества некачественных спиртов – сивушные масла. Они имеются в простых сортах водок, коньяков и виски.

В клинической симптоматике АКМП нередко преобладают пароксизмальные или постоянные нарушения ритма, особенно фибрилляции предсердий. Хроническое алкогольное поражение миокарда в периоды обострения проявляются острой алкогольной дистрофией миокарда, с вновь появившимися и нарастающими в динамике изменениями конечной части желудочкового комплекса ЭКГ – сегмента ST, зубца T, пароксизмальными нарушениями ритма – мерцательной тахиаритмией, желудочковыми расстройствами ритма вплоть до желудочковой тахикардии и даже фибрилляции желудочков. Последние расстройства ритма могут являться причиной внезапной смерти и прогрессирующей сердечной недостаточности.

Соответственно диагностическим критериям ВОЗ у больных отмечаются: длительное > 5 лет чрезмерное употребление алкоголя (> 40 г этанола в день у женщин и > 80 г у мужчин). При абстиненции через 6 месяцев возможно наступление ремиссии. Малые дозы алкоголя не имеют повреждающего воздействия на миокард – 10 и 30 г этанола, соответственно для женщин и мужчин; имеются даже указания, что подобные дозы являются «кардиопрофилактическими» с антиатерогенным эффектом.

При постановке диагноза АКМП следует учитывать более молодой возраст больных по сравнению с пациентами с ишемической кардиомиопатией, признаки полиорганного поражения, присущего алкоголизму: цирроз печени, полинейропатия, нефрит, гастроэнтероколит и др. Гиперемия лица и конъюктивы, паротит, контрактура Дюпюитрена нередко (но необязательно) также встречаются при алкоголизме.

Исследование печёночных ферментов подтверждает повреждение печени, но следует учитывать, что подобные изменения могут быть при ХСН любой другой этиологии.

Диагноз алкогольного поражения сердца нередко затрудняется, так как многие больные скрывают сам факт злоупотребления алкоголем, это способствует тому, что у ряда больных АМД устанавливается диагноз «коронарная болезнь сердца» (КБС).

При раннем, своевременном диагнозе АКМП воздержание от алкоголя имеет определяющее значение для выздоровления. При поздней диагностике органные изменения могут быть необратимы.

У больного хроническим алкоголизмом практически всегда выявляют диастолическую дисфункцию ЛЖ, незначительную гипертрофию ЛЖ, тенденцию к нарушениям ритма, особенно к фибрилляции предсердий. Степень нарушения диастолической функции ЛЖ прямо пропорционально потреблению алкогольных напитков.

В развитых странах мира насчитываются десятки миллионов лиц с хроническим алкоголизмом, а АКМП встречается реже.

Основным диагностическим критерием АКМП является кардиомегалия, развивающаяся на фоне длительного (не менее чем в течение 10 лет) систематического употребления алкогольных напитков в количествах, эквивалентных 80 мл этилового алкоголя в день.

Прогноз при АКМП более благоприятен, чем при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). Абстиненция на ранних стадиях заболевания способствует предупреждению прогрессирования и даже полному излечению. Опубликованы сообщения о том, что полная абстиненция от алкоголя приводит к достаточно быстрому и значительному клиническому улучшению и повышению сократимости миокарда у больных с АКМП, осложнённой тяжёлой хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Следует учитывать возможность повышенной индивидуальной чувствительности к этиловому спирту.

Даже среди лиц, систематически употребляющих большие количества алкоголя, поражение миокарда с ХСН встречается реже, чем поражение печени. АКМП страдают преимущественно мужчины в возрасте 30-55 лет. Болезнь нередко начинается исподполь, незаметно, часто АКМП диагностируется случайно при обращении к врачу по поводу других болезней.

Ранними клиническими признаками являются умеренное увеличение размеров сердца, ритм галопа. По мере прогрессирования дисфункции миокарда нарастают симптомы застойной сердечной недостаточности: усиление одышки при нагрузке, ночные приступы кардиальной астмы, упорная одышка в покое, снижение сердечного выброса сопровождается нарастанием общей слабости, повышенной утомляемости.

Относительно поздними симптомами АКМП являются периферические отёки, гепатомегалия и асцит. Необходимо динамическое ЭхоКГ, АКГ, катетеризация полости сердца с целью дифференцировки АКМП с ИБС, идиопатической ДКМП и другими заболеваниями с кардиальной дисфункцией. Лечение АКМП нередко имеет волнообразный характер с чередованием периодов ремиссии и ухудшения, обусловленных возобновлением приёма спиртных напитков.

Жизнеопасные желудочковые аритмии и внезапная смерть могут встречаться в развёрнутой стадии АКМП. Имеет значение удлинение интервала QT, которое встречается более чем у 30% больных АКМП.

В случаях ранней диагностики и спокойной абстиненции прогноз может быть благоприятным, со стойкой стабилизацией состояния. Отмечается полное отсутствие клинических проявлений сердечной недостаточности и нормализация размеров сердца.

У больных, сохранивших приверженность к алкоголю, улучшение наступает значительно реже, чем среди больных, отказывающихся от алкоголя.

Значительный положительный эффект абстиненции наблюдается у больных с исходно резко выраженной застойной сердечной недостаточностью IV класса NYHA с ФВ ЛЖ < 30%; обычно он проявляется уже спустя 6 месяцев (P.Yuillo et al., 1997).

Следует подчеркнуть, что прогноз АКМП более благоприятен, чем идиопатической ДКМП.

Лечение застойной сердечной недостаточности при АКМП проводится по основным принципам терапии декомпенсации кровообращения.

Следует указать на некоторые особенности лечения сердечной недостаточности при данной патологии, которые основаны на собственных и литературных сведениях.

Сердечные гликозиды крайне редко использовались в терапии сердечной недостаточности при АКМП.

Основанием к подобному положению являлось преобладание синусового водителя ритма (около 70%) к частоте возникновения побочных токсических явлений при применении сердечных гликозидов — жизнеопасных желудочковых нарушений ритма, обострение печёночных и желудочно-кишечных патологий. Среди кардиотропных препаратов с определённым успехом применялись иАПФ и АРАII.

Лечение иАПФ начинали после отмены препаратов калия и калийсберегающих диуретиков – каптоприл 6,25 мг, эналаприл – 2,5 мг. В последующем при хорошей переносимости и отсутствии артериальной гипотензии – каптоприла 6,25 – 12,5 мг 3 раза в день, эналаприла 2,5 мг 2 раза в день с постепенным их увеличением до целевых или максимально переносимых доз (для каптоприла – 50 мг 3 раза в день, эналаприла – 10 мг 2 раза в день).

Кроме них, доказана так же эффективность лизиноприла (2 мг с увеличением до 20-40 мг 1 раз в день), квинаприла (с 5 до 20 мг в день в 2 приёма) и рамиприла (с 2,5 до 5 мг 2 раза в день).

АРАII имеют определённые преимущества перед иАПФ: уменьшение побочных эффектов (не развивается надсадный кашель и ангионевротический отёк). Лозартан (12,5-50 мг в день) обеспечивает большее снижение общей летальности за счёт предотвращения внезапной смерти.

Кроме того, показана эффективность при застойной сердечной недостаточности – изосорбида динитрата 10 мг 3 раза в день. В комбинации с гидралазином (10-25 мг 3-4 раза в день). При хорошей переносимости и отсутствии артериальной гипертензии – дозы увеличивают: в среднем до 40 мг 3 раза в день и 75 мг 3-4 раза в день соответственно.

При обсуждаемой патологии следует рекомендовать длительную терапию триметазидином, который, по литературным и собственным данным, способствует улучшению показателей центральной гемодинамики, регрессии размеров ЛЖ, усиливает действие иАПФ, снижает степень повреждения и апоптоз кардиомиоцитов.

Несмотря на принципиальную общность лечения застойной сердечной недостаточности при АКМП и ДКМП, направленную на сокращение декомпенсации кровообращения, имеются определённые особенности терапии сердечной недостаточности при алкогольном поражении сердца.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук, профессор.
Кафедра терапии факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского.

Проблемы и решения

Центры антицитокиновой терапии: реалии и перспективы

В поисках эффективных методов лечения

Прогресс в области лечения тяжёлых хронических болезней, таких как ревматические заболевания, псориаз, воспалительные заболевания кишечника, связан с внедрением терапии генно-инженерными биологическими препаратами, которые помогают достигать длительной и стойкой ремиссии. Для осуществления такого лечения в стране создана целая сеть центров антицитокиновой терапии (ЦАТ), являющихся в то же время центрами повышения квалификации врачей, где они получают опыт в области биологической терапии.

Генно-инженерные лекарственные препараты, как известно, разработаны для таргетного воздействия на тонкие механизмы развития воспаления. Будучи актуальными в онкологии, они пришли также в ревматологию, а теперь и в гастроэнтерологию и колопроктологию. Пациенты с хроническими заболеваниями вынуждены лечиться пожизненно, и это делает особенно важным вопрос корректной лекарственной терапии.

Лечение биологическими препаратами относится к высокотехнологичным видам помощи, в связи с этим во всём мире создаются специализированные центры/кабинеты, где практикуют данный метод лечения.

О данной теме на встрече специалистов говорил академик РАН, главный ревматолог Комитета по здравоохранению Ленинградской области, главный терапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, вице-президент Ассоциации ревматологов России Вадим Мазуров:

– Ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, полимиозиты, васкулиты и т.д. – инвалидизирующие заболевания, которые за довольно короткое время могут сделать из пациентов инвалидов. Эти заболевания, которые, раз возникнув, никогда не уходят. Значит, в течение всей жизни человека должно сопровождать соответствующее лечение. Нашей задачей было организовать помощь такой категории пациентов – эффективную, безопасную и продолжающуюся длительно. Надо было выбрать наиболее перспективное и безопасное направление.

Из общего количества центров работающих по стране, порядка 69% – это центры, оказывающие помощь ревматологическим пациентам. Но беда в том, что сегодня мы имеем листы ожидания. Объёмы финансирования не позволяют нам обеспечить всех в полной мере.

Я уверен, что миссия этих центров заключается ещё и в том, чтобы вести регистры пациентов, которые получают эту терапию. Чтобы иметь информацию о том, как проходит лечение каждого больного, постоянно находящегося под наблюдением. Мы должны видеть пациента с интервалом в 3 месяца на протяжении всего времени проводимой терапии, чтобы отслеживать результат, а это годы. Хочу подчеркнуть, что центры передают всю эту информацию в Институт ревматологии РАН. Важно иметь картину в целом по России. Главный ревматолог Минздрава России академик РАН Е.Насонов имеет в руках эту объективную информацию: сколько пациентов получают терапию, как она проходит, какие есть не только позитивные, но и побочные эффекты.

Другой «мишенью» ЦАТ являются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК).

Вот что по этому поводу сказал руководитель отделения гастроэнтерологии Государственного научного центра колопроктологии (Москва), профессор кафедры гастроэнтерологии терапевтического факультета Российской медицинской академии последипломного образования Игорь Халиф:

– Когда мы говорим о воспалительных заболеваниях кишечника, то в основном имеем в виду два заболевания – язвенный колит и болезнь Крона. Болезнь Крона невозможно излечить ни хирургическим, ни терапевтическим путём. Хирургическое лечение при язвенном колите – это всё равно инвалидизация, а страдает в основном молодёжь. Пик заболеваемости 20-40 лет – трудоспособный возраст. Конечно, затем следует реконструктивная операция – илеоанальный анастомоз. Но при таком низком анастомозе частота стула в среднем составляет 5-6 раз в день, в иных случаях – до 20. И больной говорит: верните мне стому.

А чем лечатся эти больные? Базисная терапия – стероиды, салицилаты, иммуносупрессоры, имеющие побочные действия: страдают надпочечники, возникает остеопороз, гипертония.

Единственные препараты, которые позволяют на сегодня достичь клиникоэндоскопической ремиссии, – это препараты биологической терапии. При том что она завоёвывает всё больший авторитет среди медицинской аудитории, я бы хотел сказать и о другой стороне медали. Нам предстоит много работы с пациентами, которых необходимо переориентировать, объясняя, что это эффективное направление: больной может получить адекватную терапию с должным качеством жизни.

По проблеме финансирования в разговор вступил руководитель отдела развития колопроктологической службы РФ ГНЦК кандидат медицинских наук Алексей Веселов:

– Язвенный колит и болезнь Крона попали в фокус тех заболеваний, на которые обратили пристальное внимание, потому что цифры статистики по госпитализации и госпитальной летальности очень серьёзные. Никто не станет спорить, что тезис «декларировать гарантию – всем всё бесплатно» правильный, но мы должны понимать, сколько реально можем выделить средств на лечение данных пациентов. А для этого должны иметь чёткую картину: регистр по возрасту, сколько людей имеет инвалидность и сколько немедицинских расходов несёт государство на содержание данной группы пациентов.

Нина АЛЕКСЕЕВА,
корр. «МГ».

Московская область.

Тенденции

Кардиограмма – по интернету

Её уверенно осваивают в районных больницах

Беспроводными электрокардиографами оснастили бригады скорой помощи Ульяновской области. В районные больницы передано 27 портативных аппаратов с программой автоматической интерпретации и поддержкой интернет-телеметрии ЭКГ.

Фельдшеры Чердаклинской СМП Наталья Пашева, Лейсян Иматдинова и Гульшат Науметова

Напомним, в рамках исполнения майских Указов Президента РФ в регионе продолжается работа, направленная на сокращение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

– Благодаря реализации комплекса мер за 7 месяцев этого года нам удалось снизить число летальных исходов на 4,5%, в том числе от инфаркта – на 22,8%, от инсульта – на 27,6%. Внедрение беспроводных электрокардиографов в работу районных больниц позволит повысить диагностические возможности врачей, даст возможность ведения дистанционного консультирования пациентов и облегчит работу по диспансеризации. Всё это позволит снизить смертность от сердечно-сосудистых катастроф, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области Павел Дегтярь.

С помощью новых электрокардиографов врачи смогут измерять параметры работы сердца на выезде скорой помощи, в кабинете функциональной диагностики, в палате у постели пациента.

Результаты ЭКГ-исследований, выполненных на данных электрокардиографах, будут передаваться в региональный сосудистый центр Ульяновской областной клинической больницы, где эту программу тестируют уже несколько месяцев. В настоящий момент в больнице установлены четыре рабочие станции с доступом к кардиосерверу для кардиологов.

– Я считаю, что этот аппарат нам просто необходим. При полной отладке всех звеньев системы оборудование существенно поможет специалистам в экстренных ситуациях. Сегодня нам достаточно подробно объяснили принцип работы электрокардиографа, я думаю, что у нас не возникнет проблем с освоением аппарата, – отметил заведующий отделением скорой медицинской помощи Чердаклинской районной больницы Сергей Вахрушев.

Виктория ГУРСКАЯ,
внеш. корр. «МГ».

Ульяновск.

Исследования

Гадание на слёзной жидкости

По ней можно определить здоровье органа зрения

Слёзы человека способны стать диагностическим материалом: изучив и сравнив их качественный состав у здоровых и больных людей, можно будет найти маркёры офтальмологических заболеваний. Такую задачу ставят авторы исследования, которое проводится в новосибирском Институте химической биологии и фундаментальной медицины.

Как уточнили в Сибирском отделении Российской академии наук, эта работа длится уже не один год, и к настоящему времени учёным удалось найти в изученном за это время «море слёз» подтверждение гипотезы о том, что состояние данного биоматериала отражает наличие глазной патологии. В ИХБФМ СО РАН впервые рассмотрели слёзную жидкость с помощью просвечивающего (трансмиссионного) электронного микроскопа и выяснили, что в её составе большой набор структур, строение которых изменяется в зависимости от здоровья или нездоровья органа зрения.

Помимо эпителиоцитов, лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов, присутствие которых в человеческих слезах не удивило авторов исследования, око электронного микроскопа обнаружило здесь «мохнатые» везикулы особой морфологии, которые прежде не были идентифицированы ни в одной из биологических жидкостей. В СО РАН называют это важнейшей находкой сибирских исследователей, так как содержание «мохнатых» везикул в слёзной жидкости здоровых и больных людей различается.

Другим сюрпризом оказалось присутствие в слезах экзосом. Эти природные наночастицы, секретируемые различными клетками и способные нести белковые маркёры и генетическую информацию, уже долгое время остаются предметом внимания и дискуссий в научной среде. Экзосомы обнаружены уже во всех биологических жидкостях – слюне, спинномозговой суспензии, крови, моче, грудном молоке, слезах, в то же время однозначного понимания их роли в организме пока нет, лишь догадки.

В Институте химической биологии и фундаментальной медицины подчёркивают: экзосомы, которые находятся в разных биологических жидкостях, не различаются по морфологии, они одинаково представляют собой округлые везикулы. Однако есть различия по их молекулярному составу. В этом направлении сибирские учёные ведут теперь наиболее активные исследования: по их предположению, именно экзосомы слёзной жидкости могут стать источником молекулярных маркёров офтальмологических заболеваний. На основе полученных знаний можно будет разработать принципиально новые подходы к диагностике офтальмопатологии, уверены в институте.

Следует отметить высокую клиническую значимость данной научной работы. Не случайно партнёрами ИХБФМ СО РАН по исследованию стали сотрудники МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, которые уже опубликовали данные об изменении уровня цитокинов в слёзной жидкости при развитии у человека первичной открытоугольной глаукомы и диабетической ретинопатии.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новосибирск.

Клиническая реальность такова, что 95% ответов на свои вопросы доктора получают при вскрытии тела умершего пациента. Именно результаты патологоанатомического исследования демонстрируют: а кто ты? На каком уровне профессионального развития находишься? Чему следует уделить наибольшее внимание в процессе самоподготовки? Да, во врачебной профессии мёртвые учат живых. Тем не менее расхожая в медицинском сообществе фраза, что «всё знает лишь патологоанатом» не всегда справедлива на практике: бывают случаи, когда истинную причину смерти больного невозможно понять и после секционного исследования.

Докопаться до истины или, по крайней мере, максимально к ней приблизиться в такой запутанной ситуации, как правило, помогают мультидисциплинарные консилиумы, собирающие ведущих специалистов в той или иной области. Именно такого рода вече явилась очередная московская городская клинико-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) и прошедшая по традиции под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.

Клинический разбор

По пути наименьшего сопротивления

Хотели – как лучше, а вышло – как всегда

История болезни: начало

В январе прошлого года к неврологу столичной поликлиники № 209 обратился 69-летний мужчина с жалобами на боли в области шеи тянущего характера с иррадиацией в затылочную область, усиливающиеся при поворотах головы. Настоящее ухудшение пациент отмечал в течение недели. Наряду с этим он отметил, что курит в течение 50 лет до 2 пачек в день.

Общие анализы крови и мочи – без патологии. В биохимии крови незначительное повышение мочевины и холестерина. На ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС – 102 в минуту, диффузные изменения в миокарде. На флюорографии органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз. На рентгенографии шейного отдела позвоночника – выраженный остеохондроз межпозвонковых промежутков, спондилёз С3-Т1, клиновидная деформация С4-С5. На УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – диффузные изменения поджелудочной железы. При УЗДС сосудов головы и шеи – атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированным просветом на 20-25% с обеих сторон. Асимметрия по диаметру позвоночных артерий.

На основании анамнеза, жалоб, осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования неврологом был выставлен диагноз «Распространённый остеохондроз шейного отдела позвоночника. Обострение. Цервикокраниалгия». Назначены НПВС и антиагрегантная терапия. Рекомендована консультация терапевта, которого пациент счёл нужным посетить лишь полгода спустя – в июле 2015 г. – с целью получения направления на обследование по поводу планируемого оперативного лечения незрелой катаракты. При осмотре жалоб не предъявлял. По органам и системам – без значимой патологии. Выставлен диагноз: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Нарушение сердечного ритма, единичные желудочковые экстрасистолы. ЦВБ. Атеросклероз магистральных артерий головного мозга. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Рекомендована терапия бета-блокаторами, статинами, антиагрегантами под контролем ЧСС и АД. Назначена явка после оперативного лечения к участковому врачу.

Через полтора месяца в Городской клинической больнице им. С.П.Боткина пациенту была выполнена операция по удалению катаракты. Послеоперационный период – без осложнений. Некоторое время наблюдался у офтальмолога по месту жительства, после чего в районную поликлинику не обращался.

История болезни: разгар

Мужчина напомнил о себе докторам лишь в мае нынешнего года, когда вызвал бригаду «03» на дом. Предъявлял жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение и одышку. Прибывшие доктора зафиксировали незначительное повышение цифр АД – до 150/90 мм рт.ст. На ЭКГ – мерцательная аритмия. ЧСС – 180-200 в минуту. Неврологической симптоматики выявлено не было. Установлен диагноз «Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий». Проведена терапия сердечными гликозидами и антикоагулянтами. Больной был госпитализирован в ГКБ № 51.

При осмотре в приёмном отделении стационара у пациента обращали на себя внимание отёки нижних конечностей. ЧСС – до 200 в минуту. ЧДД – до 27 в минуту. Асцит. Печень – +3 см из-под края правой рёберной дуги. При рентгенографии лёгких – жидкость в правой плевральной полости. Консультирован кардиологом. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения 3 ФК, мерцательная аритмия. ХОБЛ. Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Больной был госпитализирован в отделение кардиореанимации, где проводилась терапия кислородом, нитратами, диуретиками, блокаторами кальциевых каналов, бета-блокаторами и антикоагулянтами. На ЭхоКГ – камеры сердца увеличены незначительно, клапанный аппарат – без особенностей, фракция выброса – 47%. Был выполнен плевроцентез правой плевральной полости. Получено 1500 мл жидкости. В общем анализе крови обращал на себя внимание лейкоцитоз. С учётом усиливающегося кашля было заподозрено обострение ХОБЛ, в связи с чем пациенту была назначена антибиотикотерапия, на фоне которой кашель значительно уменьшился и не отмечалось явлений интоксикации.

В целях подготовки к восстановлению ритма – проведению чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) – была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Заключение: множественные язвы антрального отдела желудка. Однако от ЧПЭхоКГ пациент отказался. ЧСС была урежена до 74 в минуту. ЧД снижена до 18 в минуту. Примечательно, что за полторы недели пребывания в стационаре больной потерял 12 кг массы тела.

По достижении более-менее приемлемых показателей сердечной деятельности (за исключением явлений аритмии) больной был выписан с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК. НК-3. ХОБЛ. Язвенная болезнь желудка. Была рекомендована повторная госпитализация с целью восстановления сердечного ритма. Консультация пульмонолога и гастроэнтеролога – амбулаторно.

На следующий день после выписки пациент обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на сердцебиение. В лёгких жёсткое дыхание, сухие хрипы. Тоны сердца аритмичные. ЧСС – 98 в минуту, АД 115/65 мм рт.ст. Участковым доктором больной был взят на диспансерный учёт и записан на очередную ЭГДС с последующей консультацией кардиолога, гастроэнтеролога и пульмонолога. Продолжена терапия, назначенная в стационаре.

История болезни: финал

Неделю спустя пациент вызвал «скорую» в связи с одышкой и сердцебиением. При осмотре бригадой «03» – ЧСС 96 в минуту. Экспираторная одышка, хрипы в лёгких. На ЭКГ – фибрилляция предсердий. Проведена терапия бронхолитиками через небулайзер, после чего одышка купировалась. Сатурация крови – 97%. Учитывая положительный эффект после проведённой терапии, пациент госпитализирован не был. Был передан «актив» в поликлинику с целью динамического наблюдения.

Через 10 дней пациент был вновь госпитализирован в ГКБ № 51 по направлению районной поликлиники. При поступлении предъявлял жалобы на кашель и отёки нижних конечностей. При осмотре – учащение ЧСС до 130 в минуту. В лёгких – сухие хрипы. На ЭКГ – мерцательная аритмия. На рентгенограмме органов грудной клетки – незначительный гидроторакс справа. ЭхоКГ – без динамики. В общем анализе крови – лейкоцитоз. Диагноз: ИБС. Пароксизм мерцательной аритмии. ХОБЛ в стадии обострения. Госпитализирован в отделение терапии.

Больной был консультирован пульмонологом. Рекомендована КТ органов грудной клетки. Проводилась терапия антибиотиками, антикоагулянтами, диуретиками, сердечными гликозидами, блокаторами кальциевых каналов, муколитиками, гастропротекторами. Несмотря на массивную терапию, у пациента развился отёк лёгких, в связи с чем он был переведён в реанимационное отделение. На следующий день произошёл срыв синусового ритма с развитием острой левожелудочковой недостаточности и тахикардии с переходом в фибрилляцию, а в дальнейшем – в асистолию. Реанимационные мероприятия эффекта не возымели. Дежурная бригада констатировала биологическую смерть пациента.

Заключительный диагноз: ИБС. Персистирующая форма мерцательной аритмии. Острая левожелудочковая недостаточность. ХОБЛ, обострение. Кардиогенный отёк лёгких. Отёк головного мозга. Язвенная болезнь желудка. ЦВБ. ХИГМ. Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Патологоанатомический диагноз отнюдь не совпал с заключением клиницистов: «Центральный мелкоклеточный рак средней доли правого лёгкого с метастазами в паратрахеальные лимфатические узлы. Раковая кахексия. Атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Отёк головного мозга. Пневмосклероз, эмфизема лёгких».

Заключение экспертов

Сергей МОРОЗОВ, главный рентгенолог ДЗМ:

– На флюорограмме, сделанной в поликлинике, бросается в глаза неоднородность структуры корня правого лёгкого. Непонятно, как это можно было упустить из вида. Хочу напомнить, что флюорография всего лишь исключает туберкулёзный процесс органов дыхания. Учитывая «курительный» анамнез данного больного, проведение рентгенографии было необходимым.

Елена ВАСИЛЬЕВА, главный кардиолог ДЗМ:

– У обсуждаемого пациента налицо гипердиагностика патологии левого желудочка. Именно поэтому ряд препаратов, которые получал пациент, показаны не были. С моей точки зрения, у пациента была не ИБС, а патология правых отделов сердца.

Николай ШАМАЛОВ, главный невролог ДЗМ:

– Невролог из поликлиники пошёл по верному пути, назначив все необходимые обследования и схему терапии. У пациента не было клинически значимых стенозов артерий, питающих головной мозг. В этой связи у меня нет претензий к коллеге.

Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом ДЗМ:

– Полагаю, что мои коллеги-морфологи отнеслись к секционному исследованию без должного внимания. Я не склонен думать, что непосредственной причиной смерти пациента является онкологическое заболевание. Для того чтобы умереть от злокачественного новообразования, недостаточно просто иметь его в организме. Рак должен привести к смертельному осложнению, чего у данного больного не было.

Игорь ХАТЬКОВ, главный онколог ДЗМ:

– Учитывая возраст пациента и стаж его курения, необходимо было проведение КТ органов грудной полости – скринингового метода диагностики рака лёгкого. В этом случае онкология была бы выявлена сразу. Мы явно недооцениваем данные анамнеза. Умер ли данный больной непосредственно от рака – сказать сложно.

Андрей БЕЛЕВСКИЙ, главный пульмонолог ДЗМ:

– Я убеждён в том, что пациент умер вследствие кардиальной патологии – фатального нарушения ритма, а не от рака. Налицо – лёгочное сердце на фоне ХОБЛ.

Григорий АРУТЮНОВ, главный терапевт ДЗМ:

– Наиболее вероятно, что пациент умер вследствие нарушений сердечного ритма. Налицо – явная недооценка «курительного» анамнеза. По всей видимости, доктора пошли по пути наименьшего сопротивления – назначили множество препаратов «на всякий случай». В результате – фиаско.

Резюме председателя

– Как мне кажется, речь идёт о правожелудочковой недостаточности на фоне лёгочной гипертензии. Также полагаю, что одышка у пациента носила респираторный характер. Однако достаточно ли этого было для того, чтобы умереть? Думаю, что нет. Здесь имеет место быть гипертрофия правых отделов сердца. А гипертрофированный правый желудочек очень чувствителен к множеству медикаментов. В частности – к сердечным гликозидам. Я не устаю повторять: пациентам с правожелудочковой недостаточностью не следует назначать сердечные гликозиды. Именно они часто являются теми пусковыми механизмами, на которых возникают фатальные нарушения ритма у пациентов с лёгочным сердцем.

Очевидно, что у пациента не было ИБС. Отёки нижних конечностей развивались вследствие гипертрофии правых отделов сердца. Кроме того, необходимо понимать, что при таком стаже курения развитие ХОБЛ неминуемо. Львиная доля тактики ведения этого больного в стационаре была совершенно не показана. Особенно это касается назначения сердечных гликозидов.

Не сомневаюсь: совершенно нелепая тактика ведения привела к фатальным нарушениям сердечного ритма, от чего пациент и скончался. От раковой кахексии умирают долго и мучительно. Таким образом, смерть пациента, вне всякого сомнения, носила сердечный генез. Только не ишемический, а аритмический. Также я не исключаю, что у данного пациента имела место быть тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии, которая становится фатальной для больных с правожелудочковой недостаточностью», – резюмировал конференцию Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Деловые встречи

На основе доказательств

Почему наши эндоскописты часто пропускают серьёзные заболевания?

Под эгидой Научного общества гастроэнтерологов России в Москве прошла 25-я научно-практическая конференция «Болезни органов пищеварения. Фармакотерапия с позиции доказательной медицины». Подобные конференции проводятся более 20 лет – с 1995 г. и имеют практическую направленность. Форум прошёл под председательством вице-президента Научного общества гастроэнтерологов России, главного специалиста по гастроэнтерологии Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ, заведующего кафедрой терапии и гастроэнтерологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, профессора Олега Минушкина.

– Попробуйте лечить какое-нибудь инфекционное заболевание, что называется, «вслепую». Бездоказательной медицины вообще не существует, – отметил О.Минушкин. – Как можно бездоказательно в течение года или двух лет лечить, скажем, туберкулёз? Так что медицина, к счастью, всегда была доказательной. Столь внушительная аудитория данной конференции говорит о том, что мы непрерывно ищем эту доказательную базу и хотим, чтобы она была понятной, достижимой. Мы должны оценивать и определять функциональные расстройства в общей структуре исследования и диагностики разных болезней. Именно в них заложены симптомы, которые обусловлены любой комбинацией следующих положений: расстройства моторики, повреждения слизистой и иммунной функций, повреждение микробиоты желудочно-кишечного тракта.

О.Минушкин акцентировал внимание аудитории на том, что европейские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с патологиями ЖКТ должны быть адаптированы к российской действительности. «В России представлено 54 препарата ингибиторов протонной помпы, 40 антацидов, около 100 гепатопротекторов, 60 спазмолитиков или регуляторов моторики, однако при назначении лекарств не надо забывать, что организм работает по принципу саморегуляции. Мы призваны сделать, чтобы он вновь включился в этот процесс, а выходит, что своими фармакологическими воздействиями эту регуляцию подчас нарушаем, разрушая данный механизм в той или иной степени», – подчеркнул он.

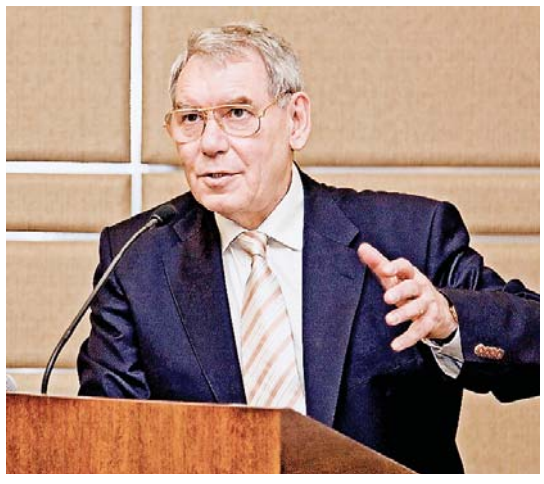
Олег Минушкин

Президент Научного общества гастроэнтерологов России, профессор кафедры поликлинической терапии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова доктор медицинских наук Леонид Лазебник выступил с докладом «Как надо лечить хеликобактериоз», в котором рассказал о специфике заболевания и методах его лечения.

– В первую очередь нарушается морфология, а только потом – функция. Всё начинается с микробиоты. Распространённость хеликобактера в России составляет до 88%. Хеликобактерные поражения желудка, вне всякого сомнения, инфекционные заболевания, – заявил Л.Лазебник. – Хеликобактером заражены, например, 70% взрослых, 55% подростков и 47% детей. Мы все прекрасно знаем, что Helicobacter pylori может при определённых условиях вызывать предраковые состояния. А по раку желудка Россия находится на третьем месте в мире. Кроме того, к великому сожалению, наши эндоскописты часто пропускают опухоли желудка и толстой кишки, в результате чего мы получаем неоперабельную и вообще инкурабельную стадию рака.

Наряду с этим Л.Лазебник поднял тему возникновения антибиотикорезистентности в результате злоупотребления антибактериальными препаратами. «Под антибиотикорезистентностью следует понимать неэффективность двух курсов эрадикационной терапии. Резистентность к антибактериальной терапии в нашей стране столь высока, поскольку россияне привыкли даже насморк лечить антибиотиками. В этой связи назначается неадекватная терапия. Высокая чувствительность пока сохраняется лишь к некоторым антибактериальным медикаментам. Наши сограждане бесконтрольно также потребляют нестероидные противовоспалительные препараты, с чем связано большое количество желудочных кровотечений».

С докладом «Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы при хроническом панкреатите» выступил профессор кафедры гастроэнтерологии Центральной государственной медицинской академии УД Президента РФ Леонид Масловский.



Леонид Лазебник

– Первое, что мы изучаем по отношению к функциональным заболеваниям – структурную патологию. За последние несколько лет в странах Европейского Союза и в России приняты рекомендации по ведению хронического панкреатита. В 2012 г. Научное общество гастроэнтерологов инициировало создание рабочей группы, которая призвана координировать усилия по ведению больных хроническим панкреатитом. Уже на будущий год мы должны получить рекомендации европейского масштаба, – сказал Л.Масловский. – При хроническом панкреатите недостаточность развивается вследствие прогрессирующей утраты панкреатических тканей. Панкреатит приводит к развитию фиброза, так как функционирующей ткани мало. Иногда наблюдается снижение веса и мышечной массы. Люди старше 50 лет в 10-20% случаев имеют ту или иную степень недостаточности, она является возрастной.

На конференции выступили ещё ряд участников, остановившихся на вопросах фундаментальных и прикладных аспектов изучения кишечной микробиоты, а также назначения ингибиторов протонной помпы и вариантов лечения сочетанных функциональных расстройств кишечника и желчевыводящей системы.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Москва.

Профилактика

К спасению от агрессивного рака

Ранняя диагностика – один из приоритетов в работе ростовских онкологов

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России принял участие в IV Европейской неделе ранней диагностики рака головы и шеи.

Акция проходит в 20 городах России в течение месяца. Онкологи, стоматологи, оториноларингологи проводят бесплатные осмотры и консультации на базе профильных клиник и на предприятиях. Специалисты РНИОИ обследовали работников двух предприятий Ростовской области: заводов «Тавр» и «Атлантис-Пак».

Рак органов головы и шеи составляет 5% от общего числа онкологических заболеваний, но при выявлении на поздних стадиях протекает агрессивно, может привести к инвалидизации, а в половине случаев к летальному исходу. При выявлении онкопатологии на ранних стадиях шансы больных на излечение возрастают в разы.

Участвуя в акции по ранней диагностике рака головы и шеи, специалисты ростовского онкоинститута пытаются привлечь внимание к проблеме рака головы и шеи, выявить фоновые заболевания, которые способствуют возникновению патологии и призывают жителей региона регулярно проводить профилактические осмотры.

В ходе очередного обследования

– Наш институт принимает участие в акции уже четвёртый год подряд. Мы сразу решили проводить осмотры именно на предприятиях. Чтобы повысить эффективность наших выездов, в этом году мы расширили команду онкологов. Кроме специалистов опухолей головы и шеи, консультации проводили маммологи и дерматолог, – говорит директор РНИОИ, доктор медицинских наук, профессор Олег Кит. – Ранняя диагностика – один из приоритетов нашего учреждения. Вместе с Министерством здравоохранения Ростовской области наши врачи проводят выездные осмотры в отдалённых территориях региона. По субботам в институте проходят открытые приёмы для жителей области. Благодаря этому выявляемость онкопатологий на ранних стадиях увеличивается, повышается выживаемость, эффективность лечения, улучшается качество жизни пациента.

За два дня консультации онкологов РНИОИ получил 521 человек. Было выявлено 43 доброкачественные и 4 злокачественные опухоли, в половине случаев (252 пациента) были отмечены фоновые заболевания.

Наиболее часто среди опухолей головы и шеи встречаются рак полости рта, глотки и гортани. Факторами риска являются курение, алкоголь, вирус папилломы человека. У мужчин такие опухоли встречается в 2-3 раза чаще, чем у женщин, однако в последние годы заболеваемость среди женщин растёт. Кроме того, увеличивается число пациентов моложе 40 лет.

– Часто пациенты не понимают, что маленькая язва в полости рта может привести к летальному исходу и нужно вовремя лечить фоновые заболевания. Кроме позднего обращения пациентов, существует проблема врачебной ошибки: неправильно поставленный диагноз врачами в поликлиниках, низкая онконастороженность у стоматологов, терапевтов, эндокринологов, лор-специалистов. Кроме того, нужно помнить, что эффективно лечить онкологическое заболевание можно только в специализированном медучреждении, – отметила заведующая отделением опухолей головы и шеи РНИОИ, кандидат медицинских наук Марина Енгибарян.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Признание

Нобелевская премия японскому учёному

Её присудили Йосинори Осуми (Yoshinori Ohsumi) «За открытие механизмов аутофагии» (For his discoveries of mechanisms for autophagy). Лауреат родился в 1945 г. в Фукуоке и в 1967 г. окончил бакалавриат в Токийском университете, а затем получил докторскую степень, после чего провёл три года в Рокфеллеровском институте Нью-Йорка. Осуми был зачислен исследователем Токийского университета, где со временем стал читать лекции. В 2009 г. его пригласили в Институт фундаментальной биологии, но через 5 лет после выхода на пенсию он вернулся в столицу на должность почётного профессора Технологического института Токио. Учёный удостоен многих премий и в том числе Международной по биологии, Киотского университета, в котором С.Яманака получил плюрипотентные клетки (премия 2012 г.).

Лауреат, опубликовавший первую работу по аутофагии в 1992 г., взялся за разработку идеи, высказанной бельгийским учёным К.Де-Дювом (Нобелевская премия, 1974), открывшим лизосомы в цитоплазме клеток, в которых осуществляется лизис, или «растворение» различных веществ, в частности чужеродных протеинов. Много позже стало известно об апоптозе, или запрограммированной смерти клетки, которая отличается от аутофагии, название которой дал тот же Де-Дюв. Осуми избрал хлебные дрожжи, в клетках которых даже под обычным микроскопом хорошо видны округлые пузырьки-везикулы, образующиеся при клеточном голодании и стрессах – химическом, радиационном и т.д. Везикулы аутофагии у дрожжей имеют диаметр 0,5-1 микрон, в клетках же млекопитающих достигают 1,5 микрометров. Учёные знают три источника образования аутофагосом – из клеточной оболочки-мембраны, из наружной стенки митохондрий (внутриклеточных энергостанций) и мембраны, на которой идёт синтез протеинов. Аутофагия «поедает» собственные энергетические и материальные ресурсы клетки, откуда и название процесса, позволяя ей пережить трудные времена.

Новые возможности позволили Осуми детально «покопаться» в механизмах формирования аутофагосом (сом-«телец»), в которых перевариваются «неправильные» протеины и органеллы – митохондрии, мембраны ретикулума и рибосом, на которых идёт синтез белков. Опыты с мутантами дрожжей позволили выделить 15 генов аутофагии, получивших общее название семейство ATG (AuTophaGy). Они кодируют синтез белков, которые необходимы для формирования аутофагосом, и выключение этих генов приводит к нарушению жизнеспособности клеток в стрессовых условиях.

Выявленные Осуми механизмы крайне важны для понимания физиологии клеток, поскольку их мутации приводят к нейродегенеративным расстройствам (болезни Паркинсона и хорее Гентингтона), диабету 2-го типа, а также разным формам рака и отклонениям эмбрионального развития. В нейроне аутофагосомы формируются в концах-терминалях нервных отростков, после чего транспортируются в тело нервной клетки. В норме за внутриклеточный транспорт фагосом отвечает белок гентингтин, нарушение которого приводит к вышеупомянутой хорее.

Аутофагосомы нужны для работы лизосом иммунных макрофагов. Взаимодействие лизо- и фагосом способствует появлению на поверхности макрофагов чужеродных антигенов, «усвоение» которых Т-лимфоцитами помогает запустить иммунный ответ, в том числе и против раковых клеток. Возникновению последних способствует атака на аутофагосомы мутантного ростового фактора клеточной трансформации, который в норме стимулирует клеточный апоптоз. Недавно был описан ген Dab (Disabled), мутация которого делает клетки «инвалидами» относительно озлокачествления и помогает опухоли переносить тот же химиотерапевтический стресс.

Бороться с этим призваны графеновые квантовые точки (GQD), которые, поглощая свет с длиной волны 470 нанометров, генерируют агрессивные радикалы кислорода, убивающие клетки мозговой глиомы. Выключение гена одного из протеинов аутофагосом приводит к утере токсических для клеток опухоли свойств GQD. Таким образом, можно сказать, что присвоение Нобелевской премии Осуми обещает взрыв нового интереса к, казалось бы, исхоженной вдоль и поперёк «поляне» исследовательских подходов. Апоптоз был открыт раньше аутофагии и за него раньше дали Нобелевскую премию, но вполне может статься, что именно на рельсах аутофагии удастся решить многие проблемы, связанные с пониманием базовых вопросов биологии в целом и задач медицины в частности.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nobel Prize Press Release.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
(местность приравнена к районам Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство
врачей следующих специальностей:

- ✓ уролога
- ✓ оториноларинголога
- ✓ эндокринолога
- ✓ кардиолога
- ✓ педиатра участкового.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ терапевта участкового
- ✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе
8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.**
Резюме направлять по E-mail: **sovhospital@совбольница.рф.**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Однако

Подделки за подделками

Китайские власти по итогам проведённого расследования обнаружили, что в 4 из 5 случаев клинические испытания новых препаратов в стране на самом деле проводились неправильно, и их результаты недостоверны. Компании, отвечавшие за эти испытания, подделывали выводы и часто писали их даже раньше, чем проверяли, как на самом деле работает новое лекарство.

Данные в этой ситуации «подгонялись», чтобы соответствовать результатам. Часто новый препарат на самом деле представлял собой комбинацию уже известных старых, известно также о случаях, когда организации намеренно умалчивали о наличии побочных эффектов. Всего китайское Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов проверило информацию по 1622 якобы прошедшим клинические испытания новым препаратам, ожидавшим утверждения для того, чтобы выйти на рынок. Более 80% из них в китайских аптеках уже не появятся.

Огромное число исследований были проведены ненадлежащим образом, имели неполные данные или вообще не проводились никогда. Сообщниками становились и третьи лица, в чьи обязанности входила независимая экспертиза клинических испытаний – им либо угрожали, либо платили. Подобные случаи были не единичны – служебным положением злоупотребляли на всех уровнях, в этом были замечены даже не отдельные люди или организации – практически вся система клинических испытаний в Китае работала подобным образом.

Теперь власти опасаются того, что уже зарегистрированные лекарства, обращающиеся на рынке, могли быть «проверены» точно так же. Это означает, что люди лечатся с помощью препаратов, которые фактически действуют неизвестным образом и имеют неизвестные побочные эффекты.

При этом в больницах, а также в самих организациях фармацевтической направленности заявляют (имена этих людей не разглашаются), что открытие властей на самом деле было «секретом Полишинеля». Расследование Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов было посвящено только западным лекарствам – однако ситуация со средствами традиционной китайской медицины может быть намного хуже. Лю Лянь (Luo Liang), один из специалистов китайской системы здравоохранения, прокомментировал, что в Китае подделывают всё, и если есть хоть малейшая возможность извлечь доход из фальсификации лекарств – это обязательно произойдёт.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Science Alert.

Идеи

Доктор Мозг

Команда учёных из Израиля разработала устройство, способное дистанционно управлять ДНК-нанороботами, используя волны человеческого мозга. Правда, пока новая технология опробована только на тараканах. По приказу человека оболочка наноробота раскрывается внутри насекомого, высвобождая лекарственную молекулу, корректирующую физиологические процессы.

Сама идея использовать для доставки в организм лекарств нанороботов не нова. Она возникла в связи с низкой биологической доступностью многих препаратов. Особенно это касается лечения депрессии, шизофрении и других психических расстройств. Обычно в таких случаях пациентам выписывают нейролептики, но их активные ингредиенты не поступают непосредственно в мозг, а начинают беспорядочно циркулировать по организму. Одни препараты быстро разрушаются печенью, что существенно снижает их эффективность, другие попадают в кровоток и вызывают массу побочных эффектов.

Вначале учёные – исследователи и разработчики – пробовали решить проблему доставки лекарств путём создания инкапсулирующих оболочек или гелей, задерживающих высвобождение лекарственного средства. Однако эти способы не продемонстрировали высокой эффективности, так как всё равно не удавалось отключить распространение препарата по телу после снятия такой оболочки.

Несколько лет назад учёные из Гарварда придумали производить нанороботов на основе «оригами» из ДНК. Наноботы (так их стали называть для краткости) состоят из цепочек синтетических молекул ДНК и представляют собой капсулы для лекарственных препаратов.

Лекарство может поступить в организм только после раскрытия оболочки нанобота, на котором стоит два «замка», и каждый из них представляет собой цепочку ДНК, называемую аптамер. Она способна связываться с целевой молекулой – например, рецептором на поверхности раковых клеток. После фиксации аптамера на цели оболочка раскрывается подобно моллюску и выпускает лекарство.

Сразу же возник вопрос: как сделать аптамеры управляемыми и организовать «впрыскивание» препаратов только тогда, когда это необходимо? При нервных и психических расстройствах, как правило, наблюдается аномальная активность головного мозга. Поэтому возникла идея, что можно использовать мозговые волны для контроля над наноботами.

Для начала израильскими специалистами был разработан компьютерный алгоритм, способный отличать на электроэнцефалограммах головного мозга состояние покоя от умственной активности. После этого флуоресцентные молекулы, связанные с наноботами на основе ДНК, пометили наночастицами железа, выполняющими ту же функцию, что и аптамеры в обычных наноботах. И наконец, их ввели в тела живых тараканов, размещённых внутри электромагнитных катушек.

Сейчас учёные размышляют над созданием небольшого ЭЭГ-устройства, которое будет постоянно следить за активностью мозга. При отклонениях от нормы оно станет активировать носимый пациентом специальный аксессуар – умные часы, очки или украшение, благодаря чему будет создано электромагнитное поле, необходимое для активации лекарственных наноботов. Но это вопрос уже будущих разработок.

Василий СЕВАСТЬЯНОВ.

По информации BBC News.

Эксперименты

Охладиться? Есть корица!

Люди используют корицу – высушенную кору дерева семейства лавровых – уже более 4 тыс. лет. Её употребляли в пищу и клали в погребальные костры, использовали как ароматизатор, о чём упомянуто даже в Ветхом Завете.

Австралийские учёные из Мельбурнского королевского технологического университета решили проверить, каким образом эта распространённая пряность действует на организм. Для этого они подсыпали специю в корм к свиньям и пронаблюдали за тем, как меняется их состояние в зависимости от наличия корицы в рационе.

О результатах исследования рассказал его руководитель, заслуженный профессор технологического университета Курош Калантар-заде. По его словам, когда свиней кормили при комнатной температуре, количество углекислоты, которые они выделяли, увеличивалось. Корица, добавленная к их пище, уменьшала секрецию желудочной кислоты в целом и её фермента пепсина в частности, что, в свою очередь, снижало температуру желудка животных во время потребления корма.

Когда свиньям жарко, они дышат учащённо, снижая выработку углекислого газа и облегчая этим своё состояние. Корица действует таким же образом – то есть она не только охлаждает организм животных, но и ведёт к значительному улучшению состояния их здоровья.

Ещё один исследователь из группы Цзянь Чжэнь добавил, что температура желудка у свиней понизилась на 2^{0}С. «Без сомнения, корица так популярна в жарких странах в том числе потому, что после её употребления люди чувствуют себя лучше, и им становится не так жарко», – отметил он.

Эта научная работа является частью более крупного исследования. Учёные из Мельбурнского королевского технологического университета изучают, каким образом можно улучшить состояние здоровья кишечника, и используют при этом капсулы с датчиками газа, которые нужно глотать, а также «умные таблетки» собственной разработки.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации medicalxpress.com

Почему бы и нет?

Диагностика рака по анализу выдоха

Новое устройство способно помочь миллионам онкологических больных

Профессор Израильского технологического института (Техниона) Хоссам Хайк, авторитетный эксперт в области нанотехнологий и неинвазивных методов исследований, получил в Германии престижную премию имени Гумбольдта за вклад в диагностику онкологических заболеваний.

Он разработал устройство, диагностирующее такие виды онкологических заболеваний, как рак лёгких, злокачественные опухоли молочной железы, мочевого пузыря, толстой кишки, желудка, головы, шеи, яичников и почек. Суть исследования заключается в открытии специальных маркёров, присутствующих как в выдохе, так и на коже онкологических больных.

В беседе с «МГ» доктор Хайк сказал: «Вдохновлённый способностью собак определять наличие болезни у человека, но не умеющих сказать ему об этом, я разработал дигитальную систему, которая точно диагностирует заболевания и стадии их развития».

Миллионы онкологических больных умирают из-за запоздалой диагностики. Доктор Хайк и его команда уже располагают данными клинических испытаний, свидетельствующими о том, что созданное ими нанотехнологическое устройство способно распознавать различные стадии рака на гораздо более раннем этапе, чем доступные сегодня технологии. В частности, «маркёры Хайка» дают возможность определить, с каким подвидом ракового заболевания они имеют дело. Поэтому врачи точнее могут назначить курс лечения, избегая негативных побочных эффектов и повышая шансы пациента на скорое выздоровление. Например, благодаря «устройству Хайка» в случае рака молочной железы вполне возможно различение между женщинами без опухолей вообще и пациентками с доброкачественными и злокачественными новообразованиями.

Профессор Хайк таким образом разъясняет возможности созданного им метода: «Мы установили корреляцию между генетическими мутациями ракового заболевания и переменными биомаркёрами, появляющимися в выдыхаемом воздухе. Это, конечно же, помогает успешному лечению, потому что знание генетических параметров даёт возможность предвидеть эффект лечения».

Особенно действенно это устройство в случаях отравления или травмы, когда пациент может потерять 50-60% почечных функций всего за несколько дней. Устройство профессора Хайка поможет медикам остановить болезнь до того, как она достигнет критического рубежа. По словам самого учёного, разработанная им и его коллегами технология «фиксирует почечное расстройство уже при потере 5-10% функций, в то время как имеющиеся сегодня аппараты застряли на 50-процентном уровне». И в самом деле, разница в два дня может иметь решающее значение для успеха лечения. Большую часть исследований профессор Хайк выполнил в Технионе, на факультете медицины имени семьи Раппопорт в сотрудничестве с Медицинским центром «Рамбам» в Хайфе и Университетом штата Колорадо в США.

Доктору Хоссаму Хайку 41 год. Он родился в городе Назарет на севере Израиля в арабской христианской семье. Окончил католическую школу при церкви Святого Иосифа и поступил в Технион, который окончил в числе лучших выпускников. Далее Хоссам изучал химическую технологию в Университете им. Давида Бен-Гуриона в городе Беэр-Шева, именуемом «столицей израильского юга». Затем, переключившись на исследования в области биотехнологии и проработав два года в Научно-исследовательском институте им. Хаима Вейцмана в Реховоте, защитил докторскую диссертацию в области энергетики в Технионе.

Хоссам Хайк получил также степень доктора по биологии. Он работал в германских университетах, а завершил докторские исследования в Калифорнийском университете. В 2006 г. Хайк вернулся в Технион на должность доцента и вскоре стал ведущим исследователем в своей области.

Начав с диагностики рака лёгких, Хайк удостоился в 2006 г. премии имени Марии Кюри (1,73 млн евро), а в 2010 г. стал лауреатом премии Европейского совета по науке (1,8 млн евро). Сегодня он возглавляет европейский консорциум из 8 университетов и коммерческих фирм, цель которого – разработать на базе гранта в 5,4 млн евро передовую наносенсорную технологию для выявления рака лёгких. Премия имени Гумбольдта присуждается исследователям, связанным с научными институтами Германии, которые оказали влияние на направление отмеченных премией работ. Профессор Хайк – лауреат более чем 40 международных премий, недавно стал кавалером «Ордена академических пальм» – одной из высших гражданских наград Франции, учреждённой ещё в 1808 г. императором Наполеоном. Хоссам Хайк проживает в Хайфе вместе с женой и одновременно коллегой, работающей химиком и инженером в системе израильского министерства здравоохранения.

По версии калифорнийского журнала «Good Magazine» профессор Хайк включён в список 100 самых авторитетных в мире исследователей диагностики онкологических заболеваний.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Хайфа – Реховот.

Идеи

Вряд ли в мире найдётся взрослый человек, который ни разу в жизни не испытывал бы чувств замешательства или стыда. Оказывается, эти неприятнейшие ощущения можно ослабить, и учёные из Университета Западного Онтарио (Канада) рассказали, как это сделать.

Стыдно? Остынь

Они обнаружили, что у человека, которому стыдно или который чувствует себя виноватым, повышается температура тела. Таким образом, чтобы ощущения не были такими острыми, достаточно выпить чашку холодной воды.

В процессе одного из опытов участников просили вспомнить какую-либо ситуацию, связанную с сожалением о том, что они сделали – например, отправили гневное письмо (сожаление о действии). Люди из другой группы вспоминали о том, как чего-то не сделали – не поступили в колледж или что-то ещё (сожаление о бездействии). Затем всех респондентов просили описать, какие эмоции они испытывали во время воспоминаний.

Джефф Ротман, один из исследователей, отметил, что люди из первой группы испытывали смущение, раскаяние, стыд и чувство вины. Эти эмоции обычно сопровождаются покраснением, которое, в свою очередь, тесно связано с ощущением тепла.

После этого опыта участникам предложили горячие и холодные напитки – кофе, горячий шоколад, латте со льдом, мороженое, холодный лимонад. Люди, которые испытывали стыд и смущение, чаще выбирали холодное питьё. Дж.Ротман прокомментировал, что участники из-за своих эмоций ощущали, что им слишком жарко, и явно пытались охладиться. Учёные решили выяснить, помогает ли холод ослабить ощущение стыда.

Для проверки этой гипотезы участникам предложили виртуальную ситуацию, где они вкладывали деньги в акции какой-то компании. Когда акции падали в цене, участники испытывали сожаление. На следующей стадии эксперимента им предлагали посмотреть на рекламу круиза – либо на Карибские острова, либо на холодную Аляску. В последнем варианте негативные ощущения от неправильных решений были не такими сильными.

Дж.Ротман резюмировал, что эмоциональное и физическое состояние человека тесно связаны, и можно использовать эту связь, чтобы регулировать те чувства, которые он испытывает. Если кому-то стыдно – он может выпить стакан холодной воды и почувствовать себя легче, и наоборот – если человек не только смущён, но и находится при этом в жарком помещении, ему станет ещё хуже. Результаты исследования применимы, например, в маркетинге – в магазинах с дорогой одеждой или чем-то ещё, что может вызвать сожаление после покупки, напитки стоит делать более прохладными.

Марк ВИНТЕР.

По информации Medical Xpress.

Угроза

Снова о «белой смерти»

Соль является самым опасным пищевым продуктом в мире – с таким заявлением выступили австралийские эксперты.

Дело в том, что она негативно влияет на сосудистую систему, что должно быть основным фактором, требующим сокращения её потребления. Соль повышает давление, провоцирует гипертонию, инсульты и сердечные приступы. Эксперты считают, что для нормальной жизнедеятельности достаточно небольшого количества соли. Если же употреблять её много на регулярной основе, то это однозначно нанесёт вред. Ряд анализов и экспериментов позволил понять, что соль действует на сосуды мгновенно.

Итак, соль расширяет сосуды минимум на 2 часа. Также активное её потребление связывают с повышенным холестерином и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Лицам с заболеваниями почек, ожирением и гипертонией вообще стоит воздерживаться от этой добавки.

На самом деле, даже 3,8 г соли достаточно для проявления негативного эффекта. Между тем многие люди потребляют 8-12 г. Кстати, один из самых опасных источников соли – лапша быстрого приготовления. В одной упаковке содержится более 80% от дневной нормы её потребления.

Кирилл ОРЛОВ.

По информации Zee News.

Взгляд

С врачом – надёжнее

Учёные из Университета Отаго (Новая Зеландия) провели исследование, результаты которого их поразили. Дело в том, что с 90-х годов прошлого века беременные женщины в основном наблюдаются не у врачей, а у акушерок. Акушерки ведут беременность у 4 из 5 будущих матерей с самого раннего срока и до родов, а также осуществляют патронаж новорождённых детей. Анализ данных по 244 тыс. родов показал, что осложнения в процессе беременности и родов у тех детей, матери которых наблюдались у акушерок, возникали значительно чаще, чем у тех, чьи матери предпочитали визиты к семейному врачу или дипломированному акушеру-гинекологу.

Информация собиралась по детям, рождённым в период с 2008 по 2012 г. Обнаружилось, что у тех будущих матерей, которые наблюдались у врача, дети гораздо реже – на 55% – испытывали гипоксию в ходе родов, случаев неонатальной энцефалопатии среди этих детей было на 39% меньше, а также у них на 48% меньше был шанс получить низкие оценки по шкале Апгар при рождении. Эта шкала оценивает состояние новорождённого в момент родов и через 5 минут после них, и низкая оценка означает, что ребёнок чувствует себя плохо.

Ведущий автор исследования Элли Уэрнхэм, акушерка по базовой специальности, получающая медицинское образование, заявила, что срочно необходимо провести дальнейшие изыскания и разобраться в причинах таких сильных различий и что этим должно заняться министерство здравоохранения. По её словам, влиять на качество помощи могут следующие факторы: к акушеркам могут обращаться будущие матери из зоны высокого риска, помощь может оказываться не надлежащим образом, могут возникать проблемы с персоналом или с совместной работой акушерок, с уровнем их подготовки, а также с задержками при перенаправлении беременной от акушерки к медицинскому работнику.

Примечательно, что глава Новозеландского колледжа акушерок Карен Гиллилэнд подвергла критике результаты исследования. Она подчеркнула, что часто к акушеркам обращаются беременные именно из группы высокого риска – имеющие избыточную массу тела, курящие, принадлежащие к национальным меньшинствам. В среднем акушерки работают с более бедными и менее здоровыми слоями населения, которые не могут позволить себе оплатить визит к врачу. По словам руководителя колледжа, результаты анализа данных могут быть обусловлены также и тем, что в роддомах не хватает персонала и часто они не могут обеспечить моментальной реакции, если беременной необходима медицинская помощь. Часто женщинам, которые уже находятся в процессе родов, приходится ожидать осмотра длительное время, особенно сложно с этим обстоят дела в вечернее время или на выходных, когда врачи не работают. В осложнениях после таких ситуаций могут винить акушерок.

Алина КРАУЗЕ.

По информации The Guardian.

Далёкое-близкое

Сельская аптека-музей

Чем лечили пациентов в давние времена?

В архитектурном облике села Воронок Стародубского района Брянщины появилось две достопримечательности, два капитально отремонтированных здания – бывшей участковой больницы и аптеки постройки ещё начала XX века. В первом теперь расположены офис врача общей практики и отделение сестринского ухода, во втором – пожалуй, пока единственная в стране недавно открытая аптека-музей в сельской местности.

...Больше полутора веков назад часть юго-западных районов нынешней Брянщины входила в Черниговскую губернию Украины. Тогда же известный публицист, общественный деятель и путешественник Иван Аксаков проехал по этим местам и оставил потомкам очень похожие на путевые дневники «Письма из Малороссии». Мне довелось в годы учёбы в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова познакомиться с ними в одной из столичных библиотек. Вот одна из сделанных тогда для памяти записей: «В Северии... так лёгок воздух и так здорово сух... Чувствую себя превосходно...»

Иван Сергеевич посетил тогда, в числе прочих, старообрядческое поселение Воронок, встречался с жителями. И вот что он написал в своём дневнике: «Живут раскольники очень опрятно... Слобода обустроена хорошо, смотрит довольством».

И вся последующая история села подтвердила точность метких наблюдений литератора. Основанный ещё в 1687 г., Воронок превратился со временем в крупный ремесленный центр, в котором уже в XIX столетии появились даже заводы и фабрики, а в XX он стал центром большой волости. С 1944 по 1957 г. в связи с образованием Брянской области бывшая раскольническая слобода была даже центром Воронковского района, в котором устроили и местный аэропорт.

Участковую же больницу в селе Воронок открыли в конце XIX века, чуть позже обустроили и аптеку. В архивах сохранился отчёт о структуре медицинского обслуживания населения бывшей Брянской уездной земской управы Орловской губернии за 1901-1902 гг. Согласно этому документу, уезд был территориально разделён в медицинском отношении на 4 врачебных участка, к третьему из которых относилась Воронокская волость. Здесь, как и в каждом из других участков, «проживал при приёмном покое врач, фельдшер и фельдшерица-акушерка». Судя по этому отчёту, доктором был в то время Леон Клеменсович Абрамович.

В этом отчёте Брянской уездной земской управы были чётко расписаны обязанности медицинского персонала всех степеней. Так, «на обязанности врачей лежит подача медицинской помощи в приёмных покоях как стационарным, так и амбулаторным больным всех селений уезда... Приём больных в приёмных покоях установлен от 8 часов утра до 2 часов дня, за исключением серьёзных больных, которым подача медицинской помощи обязательна во всякое время». (Разумеется, весь этот текст написан в оригинале документа старым шрифтом, так что пришлось «переводить» его на современный язык – **В.Ш**.)

Как известно, в конце XIX и в начале XX века, когда вся нынешняя Брянщина просто «горела» в огне различных эпидемий, Воронокским медикам пришлось приложить немало усилий, чтобы обуздать опасные инфекции. И посетивший в 1927 г. эти края бывший нарком здравоохранения страны Н.А.Семашко особо отметил усилия докторов в этом направлении.

Однако перенесёмся на десятилетия вперёд.

Выделенные из Брянского областного бюджета несколько лет назад 13,5 млн руб. неузнаваемо преобразили облик бывшей участковой больницы. Появились новая кровля, пластиковые окна, обновлены инженерные сети и коммуникации, у входа оборудован пандус. И, как театр начинается с вешалки, так и медицинское учреждение с больничной территории. Она обнесена здесь металлическим ограждением, уложены асфальт и тротуарная плитка. Отдельно размещены пищеблок, прачечная и гараж для медицинского автомобильного транспорта.

Что же касается аптеки, то, по сохранившимся сведениям, она разместилась изначально в жилом здании, которое отапливалось печью. И, несмотря на то что в нынешнем аптечном пункте отопление газовое, старую печь сохранили как раритет. В этой аптеке изготавливали и реализовали лекарственные средства аж с 1913 г.! Снадобья отпускали как по индивидуальным прописям, так и для нужд больницы. К слову, сейчас это действующий аптечный пункт готовых лекарственных средств, входящий в структуру аптеки № 25 ГУП «Брянскфармация».

А вот теперь в сохранившейся до наших дней деревянной избушке можно посмотреть на то, чем лечили пациентов в давние времена. Среди многочисленных экспонатов – различные виды аптекарского оборудования, дозирующее устройство для приготовления порошков и целебных жидкостей, мешалка для мазей и растворов... В экспозиции есть даже какой-то мудрёный аптекарский порошок, изготовленный в 1907 году! А во дворе аптеки разрастается специальный огород, на котором выращивают лекарственные растения...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Живая история

Все прочтут фронтовую тетрадь медсестры

К 72-й годовщине Великой Победы на Псковщине будет издан рукописный сборник стихов и песен фронтовой медицинской сестры Лидии Малышевой, выставленный в музее боевой славы Владимирской средней общеобразовательной школы Стругокрасненского муниципального района.

Такое распоряжение отдал лично губернатор области Андрей Турчак после того, как, побывав в учебном заведении накануне начала нового учебного года, познакомился с музейными экспонатами. В поиск новых артефактов, предметов и документов, имеющих историческую ценность, вовлечены наряду с взрослыми и дети. Они же проводят экскурсии по музею. По итогам областного конкурса «Воинский подвиг глазами детей» школа недаром удостоилась первого места.

Землячка владимирских школьников Л.Малышева служила медсестрой 162-го артиллерийского полка 43-й стрелковой дивизии. В 1943-1944 гг. её воинская часть насмерть стояла у Пулковских высот, защищая южные подступы к Ленинграду. К тому времени и относятся личные записи участницы Великой Отечественной войны. Тексты песен и стихов перемежаются с любопытными рассказами о фронтовой жизни и иллюстрированы замечательными рисунками. Тетрадь военных лет была обнаружена после смерти бывшего медработника в груде мусора. Как представляющая общественный интерес, находка тотчас же заняла почётное место в школьном музее. И вот её увидел и, не торопясь, пролистал губернатор. Принятое областным руководителем решение о полиграфическом воспроизведении фронтовой рукописи за счёт областного бюджета – заслуженная дань памяти человеческому подвигу прошедшей через горнило войны медицинской «сестрички», лишний раз опровергнувшей утверждение о том, что, когда говорят пушки, музы молчат...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Псковская область.

Имена и судьбы

Профессор всегда с нами

«Спасибо, дорогой Лев Павлович!», – такую благодарную мысль выразили многие выступавшие во время торжественного открытия мемориальной доски на фасаде клиники микрохирургии глаза Ставропольского государственного медицинского университета.

Проходило это в начале нынешнего учебного года, во время встречи коллег, учеников, друзей, родственников и многочисленных студентов, знавших и любивших Льва Чередниченко, профессора, доктора медицинских наук, академика РАЕН. Он многие годы заведовал кафедрой офтальмологии в этом вузе. Лев Павлович прожил долгую, плодотворную и яркую жизнь. За творческую деятельность был удостоен многих международных дипломов, медалей и нагрудных знаков, в том числе знаком «Изобретатель СССР».

Нина Чередниченко представляет книгу о своём отце

Дела и идеи Л.Чередниченко претворяют в жизнь его дети: сын Михаил, кандитат медицинских наук, офтальмохирург, успешно трудится за рубежом, дочь Нина, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой офтальмологии Ставропольского государственного медицинского университета.

В этом году открылась экспозиция, посвящённая профессору Л.Чередниченко в музее истории медицины СтГМУ, и вышла в свет красочная брошюра из серии: «Учимся у учителей, храня благодарную память!» Это уже 25-й выпуск из этой серии и посвящён он любимому врачу, учёному и педагогу.

Владимир МАЛЫШЕНКО,
внешт. корр. «МГ».

Ставрополь.

Фото автора.

Память

В более чем миллионном Омске, знаменитом старейшим в Сибири медицинским вузом, всего одна улица носит имя врача – хирурга, заведующего кафедрой госпитальной хирургии Омского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Н.Макохи (1914-1985). Но скоро к ней прибавятся другие, названные именами коллег Николая Сафроновича.

Улицы в честь медиков

Такое решение принято депутатами Омского городского совета после обращения к ним членов региональной ассоциации врачей и Совета ветеранов здравоохранения Омской области с ходатайством об увековечивании памяти медиков, живших и работавших в городе на Иртыше, создавших здесь свои медицинские школы, и наследие которых востребовано в медицине по сегодняшний день.

Как рассказал корреспонденту «Медицинской газеты» заслуженный врач России, лауреат Национальной премии «Призвание», заместитель главного врача по научной работе и развитию Омской областной детской клинической больницы Марат Адырбаев, прежде более трёх десятилетий возглавлявший эту клинику, «врачебными» в городе станут ещё четыре улицы.

– Новые улицы будут в Кировском и Ленинском округах нашего города, – подчеркнул Марат Шакенович. Они сейчас достраиваются, а по мере их сдачи строителями в эксплуатацию и будут становиться именными...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

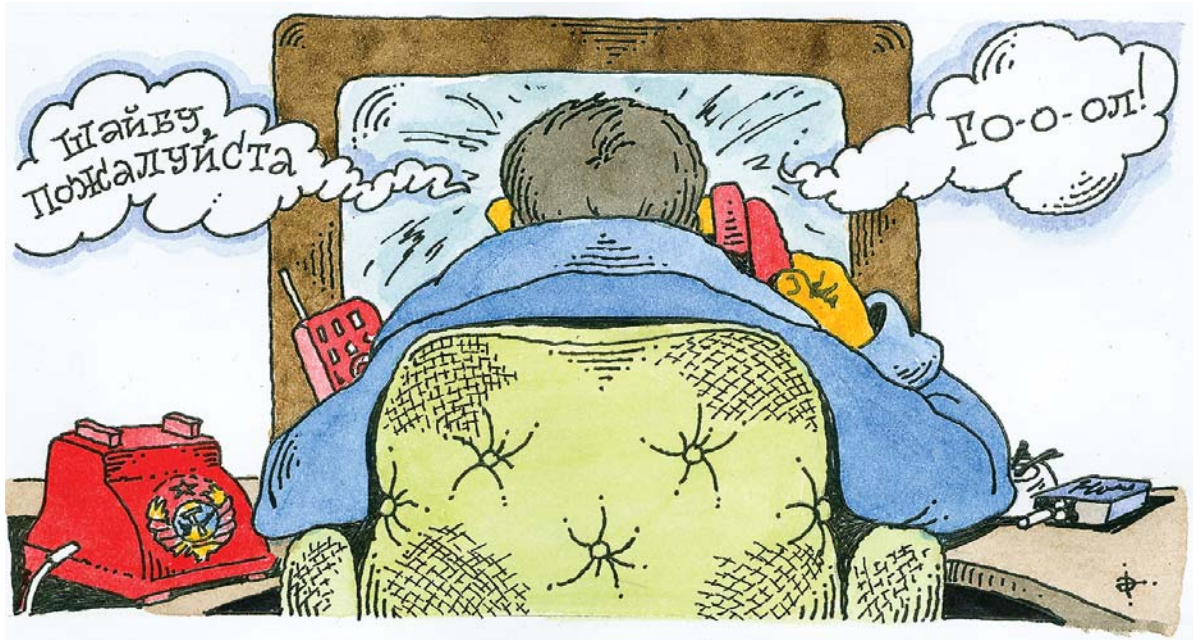
Когда в начале этого года Федерацией хоккея России и Благотворительным фондом Тимченко был объявлен конкурс на литературные произведения о хоккее с шайбой, способствующий укреплению престижа этой игры, в нём принял участие владимирский врач Марк Фурман. Он представил жюри цикл новелл под названием «Очарование хоккея». В начале осени стало известно, что в номинации «Хоккейные истории и истории о хоккее» М.Фурман стал победителем конкурса, издана книга его воспоминаний, и ему был вручён диплом, подписанный президентом федерации хоккея России Владиславом Третьяком и руководством Благотворительного фонда.

«Если обратиться к хоккею с шайбой, то впервые об этой игре я узнал ещё мальчишкой в 1948 г., когда состоялись матчи сборной клубов Москвы с пражской командой ЛТЦ, – вспоминает М.Фурман. – С тех пор хоккей прочно вошёл в моё сердце. Я старался попасть на игры сборной СССР, бывал и на календарных матчах. Довелось видеть шведов, чехов, финнов, канадцев, слежу, смотрю, переживаю, болею до сих пор. Кстати, приз «Известий» – знаменитого белоснежного Снеговика – мне тоже довелось увидеть, когда на правах гостя побывал в кабине спортивного обозревателя газеты великого журналиста Бориса Федосова. Я даже потрогал его, на счастье сборной».

В преддверии форума «Россия – спортивная держава», который на днях состоится на Владимирской земле, читателям «Медицинской газеты» предлагаются два коротких рассказа из «спортивной биографии» автора.

А ещё был случай

Очарование хоккея и футбола



Как «болел» Леонид Брежнев

Известно, что Леонид Ильич Брежнев был большим любителем спорта и особенно обожал хоккей с шайбой. Не без его поддержки советские спортсмены стали лидерами мирового хоккея. Он почти никогда не пропускал матчи своей любимой команды – ЦСКА. Утверждают также, что именно Л.Брежнев настоял на том, чтобы состоялась суперсерия мирового хоккея СССР – Канада в 1972 г.

Генеральный секретарь был настолько страстным болельщиком, что мог даже пропустить заседание съезда КПСС! Известный спортивный комментатор Владимир Перетурин вспоминал: «В тот день шёл съезд партии и параллельно хоккей. Я приезжаю в Лужники, меня останавливают люди в штатском: «Срочно позвоните председателю Гостелерадио». Звоню, а он мне приказывает: «Правительственную ложу не показывать!» Оказалось, Леонид Ильич проигнорировал съезд партии и поехал смотреть хоккей!». В этой связи вспоминается и такой популярный в народе анекдот: Смотрит Брежнев по телевизору хоккей СССР – Канада. Зрители орут: «Шай-бу! Шай-бу!» Брежнев снимает трубку: «Шайбу, пожалуйста». Из динамика торжественно раздаётся: «Го-о-ол!»

В тот памятный для меня день в Лужниках состоялась встреча «Динамо» – ЦСКА, и на игре присутствовал сам Леонид Ильич. В этот вечер армейцы были неудержимы, сложно было выделить кого-то из ударной тройки Михайлов – Петров – Харламов, но именно Харламов отличался среди всех игроков яркой неповторимой игрой. Азартный, взрывной, с пылающим южным темпераментом, ведь в русском хоккеисте текла и испанская кровь, он был способен пройти любую защиту.

В один из моментов игры 17-й номер армейцев, получив в своей зоне шайбу, стремительно, на каком-то ему лишь подвластном вдохновении финтами разбросал всю динамовскую команду и, в финальном усилии уложив на лёд вратаря, неуловимым изящным движением послал шайбу в ворота. Огромный зал рухнул от восторга, увидев столь редкое хоккейное чудо. Взглянув на правительственную ложу, я разглядел вставшего Леонида Ильича, поднятой вверх рукой приветствовавшего Харламова.

Больше на хоккее мне Брежнева видеть не удалось, однако не раз доводилось наблюдать за Леонидом Ильичом у себя на родине, в Кишинёве. Так, едва появившись в Молдавии в ранге первого секретаря ЦК республики, 44-летний Л.Брежнев сразу превратился в самого преданного болельщика футбольного «Буревестника». Как истинный руководитель тех лет, опирающийся на лозунг «Кадры решают всё», Леонид Ильич начал с того, что резко обновил состав команды. В ней появились хотя и возрастные, но известные ветераны из ведущих команд страны.

Теперь во время матчей, взглянув вправо, на десяток рядов выше своего места, я видел, как в правительственной ложе появлялся первый секретарь. Высокого, статного Л.Брежнева с копной густых тёмных волос, доброжелательным улыбчивым лицом без преувеличений можно было назвать красивым мужчиной. Он возникал перед народом минут за 5 до начала игры в лёгком светлом костюме, на груди никаких наград – лишь депутатский значок.

Болел Леонид Ильич вполне цивилизованно. Если «Буревестнику» удавалась красивая комбинация, и кишинёвцы забивали гол, – приветственно поднимал вверх правую руку, как бы отвечая на взгляды сотен болельщиков, обращённых на первое лицо республики. Вот и на хоккее ЦСКА – «Динамо» он, я свидетель тому, также поднятой вверх правой рукой отметил фантастический проход и чудо-гол Валерия Харламова.

Когда Л.Брежнев переехал в Москву, он стал отдавать предпочтение хоккею. Так блестящая игра сборной СССР, из года в год выигрывавшей Олимпиады и чемпионаты мира, не оставила равнодушным сердце первого секретаря ЦК КПСС. Кожаный мяч, отойдя на второй план, уступил место литой резиновой шайбе. И хотя в памяти большинства болельщиков нашей страны Л.Брежнев так и остался ярым поклонником хоккея, первым его увлечением был всё-таки футбол.

Отдушина для доктора Сульмана

Илья Борисович Сульман, мой старший и давний друг, заведовавший урологическим отделением Владимирской областной больницы, был доктором от бога. С начала Великой Отечественной войны студент последнего курса Харьковского мединститута добровольцем ушёл на фронт. Был полевым хирургом, награждён несколькими боевыми орденами. Мужское начало крепко сидело в бывшем фронтовике. Нещадно курил, любил дружеские застолья и компании, был страстным хоккейно-футбольным болельщиком и автолюбителем. Как принято у фронтовиков, болел за ЦСКА и, конечно же, за советские сборные по хоккею и футболу.

И вот, когда ему было за 60, Сульман тяжело заболел. Думали, все недуги от курения, возраста, но рентгенология поставила беспощадный диагноз – опухоль, рак лёгкого. Все близкие, друзья и врачи скрывали этот диагноз от Ильи, делая упор на брохоэктазы, хроническую бронхопневмонию курильщиков.

Первый раз в больницу Илья Борисович слёг в апреле 1986 г., когда началась предварительная стадия чемпионата мира по хоккею в Москве. Уже на следующий день в палату к Сульману поставили телевизор, чтобы он мог следить за всеми событиями хоккейного турнира. Я часто навещал его, приурочивая свои визиты ко времени, когда начинались хоккейные матчи. Чувствуя настроение Сульмана, поскольку не возражали ни родные, ни врачи, я прихватывал с собой небольшую фляжку коньяка. И вот день решающего матча со шведами. Помнится, задержался тогда на работе и вошёл в палату Сульмана только концу первого периода.

– Счёт 0:0, держатся шведы, – сообщил Илья Борисович. – Похоже, они нас здорово поджали. Давай по капельке за хорошую игру, ведь за победу пить не принято.

Наступил второй период. Шведы не сдаются, на гол отвечают голом. После него счёт вновь ничейный – 2:2. Решающей оказалась третья двадцатиминутка, когда юный тогда Вячеслав Быков забил третий гол. Радости и восторгу Ильи Борисовича не было предела, мне показалось, что он даже почувствовал себя куда лучше, чем до начала этой решающей игры.

На майские праздники и День Победы Сульман выписался из больницы, однако уже через пару недель вновь лёг в ту же палату. Состояние его ухудшилось, а тут подоспел чемпионат мира по футболу в Мексике. На время чемпионата в палату к Сульману вновь поставили телевизор. И вот – полуфинал, играют ФРГ – Франция. Прихожу к Илье Борисовичу в больницу смотреть футбол. Он ослаб, исхудал, у него боли, скачет температура, но старается держаться. Болеет, как бывший фронтовик, понятно, за французов. Но со счётом 2:0 выигрывают немцы, мой друг весьма разочарован. После игры, перед уходом, обещаю прийти смотреть финал.

– Конечно, приходи, если получится, – с невесёлой усмешкой произнёс Сульман. – И всё вы темните, лапшу мне на уши вешаете. Я себе диагноз давно поставил… Он прикрыл веки, я тихо вышел из палаты. Через два дня ему стало хуже. Интоксикация нарастала, температура зашкаливала за 40. Он не открывал глаз, был без сознания…

Финал чемпионата мира 1986 г. между Аргентиной и ФРГ я смотрел один. Болел, постоянно думая о Сульмане, естественно за аргентинцев.

А днём позже, 30 июня, Ильи Борисовича не стало.

Вот так и сложилось, что знаковыми последними событиями для Доктора с большой буквы, стали хоккейная победа сборной СССР на чемпионате мира в Москве и футбольный полуфинал в больничной палате.

Марк ФУРМАН.

Владимир.

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

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

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

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-09-00421
Тираж 28 493 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; 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 Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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