

Медицинская

7 сентября 2016 г.
среда
№ 67 (7687)

Газета®

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

События

Чтобы глаза детей светились радостью

На это настроены Алтайские офтальмологи



В Алтайском крае открылась новая детская офтальмологическая поликлиника, которая входит в состав Алтайской краевой офтальмологической больницы. Профиль этого лечебного заведения обозначен уже на фасаде: размещённая там таблица проверки зрения словно призывает прохожих уделить особое внимание здоровью глаз и не затягивать визит к врачу.

Пациентами нового поликлинического отделения станут ребята с наиболее сложной врождённой и приобретённой патологией органа зрения. Здесь также будет работать кабинет охраны зрения детей и дневной стационар на 20 коек.

– Отделение рассчитано на детей со всего края от рождения и до 18 лет, – рассказывает его заведующий, врач высшей катего-

рии Евгений Головин. – Мы будем делать всё, чтобы глаза детей, как говорится, светились радостью. У нас будет проводиться не только амбулаторный приём, но и аппаратное лечение. Всё необходимое оборудование для работы есть. Подобраны аппараты для стимуляции зрительного нерва, сетчатки, для магнитотерапии – оборудование предназначено для лечения детей с косоглазием, близорукостью, амблиопией и дальнозоркостью, а также другими заболеваниями органа зрения. Есть и новинки, как, например, аппарат, при помощи которого мы лечим детей с расстройствами макулярного зрения при косоглазии. Со следующей недели мы запускаем его в работу.

Если же потребуются оперативное

вмешательство, то ребёнок будет направлен на госпитализацию в стационар краевой офтальмологической больницы, где функционирует 75-коечное детское отделение.

Главный врач Алтайской краевой офтальмологической больницы Александр Репин отметил, что уделять особое внимание проблемам зрения детей особенно важно потому, что заболевания, развившиеся в детском возрасте или врождённая патология, в 80% случаев приводят к слабозрению и слепоте в зрелом возрасте. И появление нового звена в структуре возглавляемого им лечебного заведения – это важный шаг в здравоохранении.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.



Халил ГАЛИМЗЯНОВ,
ректор Астраханского государственного медицинского университета, профессор, заслуженный врач РФ:

Более 75% поступающих в вуз зачисляются по целевому набору.

Стр. 6

Максим БАБАЕВ,
главный научный сотрудник отделения реанимации и интенсивной терапии Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского, доктор медицинских наук:

Проще финансировать профилактику, включая элементарную дезинфекцию рук медперсонала, чем лечить больного с сепсисом.

Стр. 12



Елена БОГОРОДСКАЯ,
главный фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы, директор МНПЦ борьбы с туберкулёзом:

Фтизиатры столицы – это команда единомышленников. Так было, есть и будет!

Стр. 15

Современные технологии

Новое оснащение — новые методики

Специалисты Ульяновской областной детской клинической больницы им. Ю.Ф.Горячева впервые в практике здравоохранения Ульяновской области применили молекулярно-генетический метод исследования.

«Ребёнок поступил к нам после операции, проведённой в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Пензе, где ему корригировали сочетанный порок сердца. В условиях реанимации малыша доставили в Ульяновскую областную детскую клиническую больницу для последующего лечения и наблюдения. После осмотра ребёнка генетиком возникло подозрение на наличие синдрома, который характеризуется первичным иммунодефицитом. Подтверждающий анализ необходимо было сделать не на хромосомном уровне, как это

применялось обычно, а на молекулярном. Выполнение такого исследования позволило подтвердить наши подозрения и более точно подойти к формированию дальнейшей тактики лечения ребёнка», – комментирует врач-генетик медико-генетической консультации детской клинической больницы им. Ю.Ф.Горячева Юлия Куткова.

Наличие необходимого оборудования позволяет провести исследования в кратчайшие сроки. Сегодня для выявления сложных диагнозов и микроделеционных синдромов не нужно ехать за пределы региона.

«Молекулярно-генетическая диагностика может быть проведена на самых ранних этапах развития плода», – отметила главный врач больницы Анна Лебедько.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ»

Ульяновск.

Новости

Школа с безбарьерной средой

Первого сентября очень многие мальчишки и девчонки, живущие в окраинном районе Омска – Старом Кировске, пришли учиться в новую школу № 53. Это даже не школа в обычном понимании, а образовательный школьный комплекс с детским садом и физкультурно-оздоровительным центром. С его открытием строители подросли как раз к Дню знаний.

Все кабинеты в новой школе оборудованы системой видеонаблюдения, ла-

боратории физики, химии и биологии оснащены современной аппаратурой для проведения экспериментальных работ и опытов. Есть здесь и интерактивный компьютерный класс с мультимедийной панелью, к которой можно подключить 30 планшетов, что позволяет сделать процесс обучения полностью электронным. Здоровая еда для школьников будет готовиться в пищеблоке, отвечающем всем требованиям санитарного законодательства. Предусмотрена и сенсорная комната для учеников начальных классов.

Но главное, что отличает школу № 53 от большинства других в городе на Иртыше – здесь будут учиться на равных со своими сверстниками и дети с ограниченными физическими возможностями. Такую возможность даёт безбарьерная среда, не ограничивающая общение детей на всех этапах этого среднеобразовательного учебного заведения.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Stormoff®
МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ



Расходные материалы для анестезиологии и реанимации, урологии

- Широкий выбор и комплексные предложения поставок
- Оперативная отгрузка продукции с собственного склада
- Высокое качество продукции по привлекательным ценам

+7(495) 956-05-57
www.stormoff.com

Новости

Опухоль-гигант

Неординарную хирургическую операцию провели врачи Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России (ЛРЦ). Хирургическая бригада, в которую входили руководитель центра андрологии и микрохирургии профессор М.Соколышник, хирург-онкогинеколог И.Карев и хирург-уролог Я.Вазиев, избавила пациентку от крупной опухоли. То, с чем пришлось столкнуться, даже в многолетней практике специалистов ЛРЦ, по их собственному признанию, большая редкость.

В ЛРЦ 56-летняя москвичка обратилась с жалобами на боли внизу живота, которые стала ощущать за последнее время, хотя ранее на самочувствие она не жаловалась. При этом к врачам она не обращалась. И совершенно напрасно! Как показало обследование, проведённое в ЛРЦ, причиной набора веса оказалась рекордных размеров злокачественная опухоль правого яичника длиной 41 см и массой 21 кг.

Как рассказала уже после операции сама пациентка, за последние 5 лет она страдала лишь от прибавки в весе. Однако в какой-то момент стало понятно, что лишний вес вызван вовсе не перееданием. А когда появились боли в животе, пришлось обратиться к врачам. В Подмосковье, по месту жительства женщины, районный онколог сразу же выдал направление в ЛРЦ, – настолько ясной оказалась картина заболевания. А ведь эту проблему можно было бы выявить намного раньше, обратись она своевременно к врачам.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

На прогулку с врачами

В рамках празднования Дня города в Артёме специалисты Владивостокского клинично-диагностического центра провели для всех желающих «Прогулку с врачом», а в местном городском парке была развёрнута «Аллея здоровья». В ходе акции жители города получили консультации специалистов медучреждения по здоровьесберегающим техникам, смогли измерить артериальное давление, уровень кислорода крови, прошли мастер-класс по скандинавской ходьбе.

Врачи отмечают, что жители Артёма проявили большую активность в оздоровительных мероприятиях.

– В мастер-классе приняли участие люди от мала до велика, – поделилась главный врач Владивостокского клинично-диагностического центра Анжела Кабиева. – Участниками акции стали даже молодожёны Артёма, а самые юные жители города были рады зелёным и белым шарам – символам здоровья и здорового образа жизни, которые раздавали наши специалисты.

Организаторы признаются, что никогда не считают число пришедших на «прогулку», поскольку цифры в их деле не главное. Важнее результат от посещения, когда человек понимает необходимость заботы о своём здоровье и начинает заниматься физкультурой самостоятельно.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

Рука на «пульсе» ремонта

Ремонтные работы в больнице скорой помощи № 25 Волгограда стали идти строго по графику и находятся под пристальным вниманием областного Комитета по здравоохранению. Это крупное медицинское учреждение готовится претерпеть значительные изменения и стать базовой медицинской площадкой области.

– Уже капитально отремонтированы отделения нейрохирургии, гастроэнтерологии, гинекологии, анестезиологии, травматологии, реанимации и интенсивной терапии, – даёт пояснения главный врач Наталия Ляхова. – К примеру, начали использовать микрохирургический микроскоп и хирурги им очень довольны, поскольку такое оборудование позволяет проводить операции на самом высоком уровне. В операционных установлены современные осветительные лампы, что также создаёт хорошие условия работы. Новая эндоскопическая видеостойка в отделении эндоскопии позволит нам в ближайшее время расширить объёмы обследований и проведения операций.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Ряды медиков пополняются

Прошла торжественная церемония посвящения в студенты Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Открывая праздничную церемонию, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко сказал следующее: «В этом году к нам на 1-й курс поступило 2487 студентов. Всего в наших стенах обучается 18 тыс. человек и сегодня университет переживает новую волну развития, участвуя в программе 5-100 международных конкурентоспособных вузов. В этом году будут открыты новые направления, которые дадут возможность готовить студентов по-другому: это институт молекулярной медицины, институт регенеративной медицины, первая в России клиника персонализированной медицины. Это даст возможность читать лекции студентам не только отечественным, но и зарубежным профессорам, появится больше возможностей для зарубежной стажировки. А это уже подготовка врача международного уровня».

В Первый МГМУ И.М.Сеченова поступили ребята из 63 регионов Российской Федерации, включая Крым – все проходили тестирование на профессиональную пригодность и показали хорошие знания. Ректор выразил надежду, что они не разочаруются в выбранной профессии, к которой коллектив университета постарается их хорошо подготовить.

«Искренне желаю здоровья, успехов и оптимизма вам и вашим близким, которые будут поддерживать вас в годы учёбы», – пожелал П.Глыбочко под бурные аплодисменты собравшихся.

Поздравил студентов и помощник председателя Правительства РФ академик РАН Геннадий Онищенко, напомнив, что ведущую роль вскоре будет играть синтетическая биология, медико-биологическая технология. И все новые задачи в медицине и здравоохранении на благо нашего общества придётся решать нынешней молодёжи...

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

Москва.

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

Инициатива

И покупки, и обследование

В крупном торговом центре Кемерово стартовала акция «Пройди тест на ВИЧ»

Инициатором проведения этого мероприятия выступил Минздрав России, а непосредственным организатором – Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Вместе с Кемерово в акции принимают участие «столицы» ещё девяти регионов России: Барнаул, Екатеринбург, Иркутск, Казань, Нижний Новгород, Пермь, Саратов, Уфа, Челябинск. Цель – привлечь внимание граждан к проблеме распространения ВИЧ-инфекции, донести до них достоверную информацию о путях заражения, помочь защитить себя и своих близких.

Для кузбассовцев массовые обследования на ВИЧ не по направлению врача, а по собственной инициативе – не новость. Первое состоялось ещё в ноябре 2014 г. Но тогда желающим было предложено обращаться в учреждение областной службы СПИД. С 2015 г. медики начали активно «выходить» в народ: проводить экспресс-исследования на предприятиях и в учебных заведениях Кузбасса, устраивать совместные с областной службой крови мероприятия. В общей сложности состоялось уже около 30 акций, обследовалось более тысячи добровольцев. Сомнительные результаты во время



В эти дни организаторы акции вручают посетителям торгового центра информационные листовки и объясняют, как пройти в зону тестирования

экспресс-тестов выявлялись. Однако при повторном обследовании граждан более чувствительными методами ни один из них, пока что, не подтвердился.

Особенность нынешней кампании в том, что она впервые организована в торговом центре – месте массового скопления людей. И будет очень продолжительной. В течение 13 дней желающие смогут

обратиться в импровизированный «кабинет» медиков, оборудованный в этом торговом учреждении. В день старта акции за первые два часа работы «кабинета» обследовались 33 человека.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Здоровая жизнь

С дистанции никто не сошёл!

Кубок Челябинского областного Минздрава – в надёжных руках

В Челябинске состоялся традиционный спортивный чемпионат на призы регионального Министерства здравоохранения.

В состязаниях приняла участие все управления министерства. Спортсмены методом жеребьёвки разделились на команды и в острой борьбе преодолели десять конкурсов-забегов. Успешно выполненные задания на скорость, быстроту реакции, выносливость, сообразительность, умение действовать в команде показали, что госслужащие могут достойно представить себя за пределами кабинетов.

– Приятно видеть столько спортивных людей, которые работают в нашем министерстве! Мы по-



Участники спортивного состязания показали высокие результаты



Соревнования сопровождали весёлые улыбки

казали достойные результаты и отлично провели время, – отметил министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлев.

Конечно, не обошлось без ушибов и ссадин, но с дистанции никто не сошёл. Поддержать спортсменов и поучаствовать в соревновании пришли не только сотрудники ведомства, но и их дети, родственники и друзья. Ярко показали себя подростки, которые бегали быстрее многих взрослых и давали своим командам возможность заработать очки.

По итогам турнира команда-победитель опередила прочих участников всего на два балла. Переходящий кубок Минздрава до следующего года нашёл своих законных обладателей. Спортивный праздник завершился чемпионской фотосессией на пьедестале почёта и раздачей поощрительных призов.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Начало

«Медицинские» курсанты дали военную присягу

На плацу Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Минобороны России в Санкт-Петербурге 250 новоиспечённых курсантов приняли военную присягу. Торжественную клятву девушки и юноши, пожелавшие выучиться на военных медиков, произнесли в присутствии первого заместителя министра обороны РФ Руслана Цаликова, а также заместителя главы военного министерства Тимура Иванова.

В этом году «военмедовцами» стали около 500 человек, поступив на факультеты подготовки военных врачей и факультет среднего профессионального образования. Все они прошли через жёсткое сито конкурсного отбора: на одно место, в среднем, претендовали 9 абитуриентов. Большинство молодых

людей традиционно сделали выбор в пользу специальности «Лечебное дело».

Особый эмоциональный колорит в состоявшийся праздник приведения первокурсников к военной присяге привнесло шествие парадной «коробки» из более четырёх десятков 68-70-летних бывших выпускников факультета подготовки врачей для Военно-морского флота. Ровно полвека назад ветераны, а в их числе есть врачи и поныне состоящие на государственной службе, на том же самом месте присягали Отчизне в верности, а затем, с не меньшим воодушевлением, чем сегодняшние новобранцы, печатали шаг по периметру плаца своей альма-матер.

В парадном расчёте пешей колонны находились, например, генерал-майор запаса медицинской службы, профессор, заслуженный деятель науки РФ Владимир Си-

моненко, который более двух десятилетий возглавлял Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, и полковник медицинской службы запаса Владимир Гуц, снискавший известность, когда выполнил без помощников сложную операцию подводнику во время перехода атомной субмарины подо льдами Северного Ледовитого океана. А командовал расчётом ветеранов, что приветствовали молодую поросль военных медиков, полковник медицинской службы Магомед Елоев. Свыше 20 лет он руководит 9-м Лечебно-диагностическим центром Минобороны России, признанным лучшим амбулаторно-поликлиническим учреждением военного ведомства.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Дословно

Вакцины — в зону подтопления

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, по поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой спецборт ФМБА России доставил в Приморский край дополнительные вакцины, необходимые для профилактики заболеваний в зоне подтопления.

Всего доставлено 5 тыс. доз вакцины против гепатита А для взрослых и 9700 доз для детей, тысяча доз противодизентерийной вакцины, 500 доз вакцины против брюшного тифа.

В регион также направлен мо-

бильный госпиталь ФМБА России, специалисты которого окажут содействие региональным коллегам в проведении вакцинации населения, что даст возможность не мобилизовать региональных специалистов, сохранив их на рабочих местах для оказания плановой помощи жителям Приморского края.

Продолжается плановая эвакуация жителей из подтопленных районов. Состояние эвакуируемых (среди которых три беременных женщины) не вызывает опасения у медиков.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Москва.

Решения

На сладкие напитки установят акциз

Минздрав России поддерживает введение акцизов на сладкие напитки.

«Введение акцизных налогов на сладкие напитки показало себя как эффективное экономическое средство решения вопроса общественного здоровья – снижения распространённости ожирения и заболеваемости диабетом, осо-

бенно у детей», – отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Существуют научные данные, показывающие, что установление налога на сладкие напитки в размере 10% ведёт к снижению поступления калорий в организм, в среднем, на 7%.

В настоящее время прорабатываются различные подходы к до-

полнительному налогообложению данной группы продуктов. Одним из возможных механизмов является установление налога для напитков, содержащих более 5 г сахара на 100 мл, а также повышенного налога для напитков, содержащих более 8 г на 100 мл.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

Осторожно — малярия!

Жительница Москвы умерла от малярии после возвращения из Замбии. Как сообщили в столичном Роспотребнадзоре, завозы малярии из тропических стран, в том числе с летальными исходами на территории России регистрируются ежегодно.

Со ссылкой на данные Всемирной организации здравоохранения сообщается также, что 3,4 млрд человек продолжают подвергаться

риск заболеть малярией в 97 странах, главным образом в Африке и Юго-Восточной Азии.

«Ежегодно в мире погибает от малярии свыше 500 тыс. человек, особенно страдают дети до 5 лет», – отмечается в материале Роспотребнадзора.

«За неделю до выезда в страны тропического климата, неблагоприятные по малярии, следует начинать регулярный приём противомаларийного препарата, кото-

рый обеспечит защиту организма. Приём препарата необходимо продолжать весь период пребывания в тропических странах и один месяц после возвращения на родину. Выбор лекарства зависит от страны пребывания, а его доза определяется врачом. Также рекомендуется использовать средства защиты от укусов комаров: смазывать открытые части тела отпугивающими средствами (репеллентами), закрывать окна и двери сеткой или марлей, обрабатывать помещения аэрозольными инсектицидами», – подчёркивается в материале.

Валентин СТАРОСТИН,
МИА Сити!

Подписка-2017

Началась подписная кампания

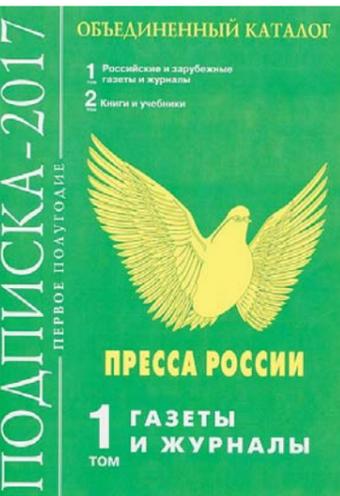
Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России началась подписная кампания на периодические издания на первое полугодие 2017 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017». Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

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

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



Справки по телефонам: (495) 608-85-44, 681-3596, 8-916-271-0813.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Однако

Назначали неизвестно что



Росздравнадзором совместно с МВД пресечена незаконная деятельность в Центре китайской медицины «Цветок долголетия» в Сочи. В этой клинике пациентов лечили лекарствами неизвестного происхождения, не имеющие допуск к осуществлению медицинской деятельности на территории РФ.

Кроме того, в медицинском центре зафиксированы факты изготовления и продажи лекарственных препаратов неизвестного происхождения. В помещениях учреждения обнаружены дозированные фасовочные пакеты с растительным сырьём без маркировки и около 150 ёмкостей с растительным сырьём. Как удалось выяснить проверяющим, врачи клиники назначали комбинацию самостоятельно расфасованных лекарственных трав пациентам, десятидневный курс «траволечения» которым обходился почти в 20 тыс. руб.

Параллельно выявлены иные

грубые нарушения: несоблюдение температурного режима при хранении лекарственных препаратов; отсутствие на официальном сайте учреждения необходимой информации для проведения независимой оценки качества оказания услуг; непредоставление информации о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий; отсутствие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и прочее.

Сейчас проверка в отношении ООО «Центр китайской медицины «Цветок долголетия» продолжается. Как сообщили в территориальном органе Росздравнадзора, по её результатам будут приняты необходимые административные и уголовно-процессуальные меры. Незаконная медицинская деятельность иностранных специалистов прекращена.

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Сочи.

Максимально полно развить собственный потенциал ребёнка, нормализовать жизнь семей, имеющих детей с проблемами здоровья и различными ограничениями по нему, уменьшить количество отказов родителей – главные цели концепции развития ранней помощи таким детям. Ход формирования этой системы рассмотрен на заседании Правительства РФ.

Семьи не должны быть одни

«Система ранней помощи детям, имеющим различные ограничения по здоровью, рассчитана на самых маленьких – на детей в возрасте до трёх лет. Понятно, что это очень чувствительная тема, – подчеркнул, открывая заседание, председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. – Надо, чтобы первые шаги таких детей вызвали у родителей радость, а не боль. Им нужно помогать, так же как и их семьям. Естественно, нужно сделать так, чтобы семьи в этой ситуации не оставались одни. У них должна быть поддержка со стороны государства и со стороны общества, тем более что помощь на раннем этапе, как известно, по медицинским показаниям гораздо более эффективно способствует профилактике осложнений и, в целом, позволяет и болезнь победить, и решить другие социальные задачи».

– Программы поддержки детей, которые имеют различные ограничения по здоровью, создавалось довольно много, – напомнил глава кабинета министров. – Но важно «соблюдать главные принципы ранней помощи – непрерывность и семейную ориентированность».

Сделать поддержку государства более системной и призвана концепция развития ранней помощи. Она должна позволить подготовить единые подходы, нормы и стандарты организации системы такой помощи, а также сопровождения детей и их семей специальными силами, то есть профильными специалистами; сформировать комплекс медицинских, социальных, психологических и педагогических мер, которые нужны и детям, и родителям, повысить компетентность родителей в вопросах реабилитации; адаптировать и внедрить наиболее удачные практики.

Д.Медведев отметил, что «на помощь государства могут рассчитывать не только те дети, у которых уже выявлены проблемы, но и те малыши, у которых обнаружили пока только риск развития подобных заболеваний».

Концепция рассчитана на три этапа. Сначала формируется нормативная основа, потом готовятся типовые программы, идёт апробация и, наконец, происходит внедрение на всей территории страны. Премьер подчеркнул, что «действовать нужно и максимально оперативно, и, конечно, очень деликатно».

Пока отсутствуют и координация, и единые подходы

Напомнив, что сохранение здоровья детей, развитие их интеллектуального потенциала – приоритетное направление социальной политики государства, министр труда и социальной защиты РФ Максим Топилин подчеркнул, что создавать условия для гармоничного развития ребёнка нужно с самого раннего возраста, когда у детей формируются основные навыки. Заболевание ребёнка создаёт для семьи как материальные, так и психологические трудности и, по мнению главы Минсоцтруда, «к такой ситуации родители, как правило, просто не готовы и, зачастую, не в состоянии справиться с этой бедой самостоятельно».

М.Топилин отметил, что в последние годы в стране сделано

много для того, чтобы выявлять нарушения здоровья, оказывать медицинскую помощь своевременно. Органы социальной защиты поддерживают такие семьи. Однако от момента выявления проблем до момента непосредственного предоставления семье необходимого комплекса услуг, как правило, проходит слишком много времени. «Консультативная помощь родителям осуществляется, как правило, фрагментарно, то есть нет системного подхода, и

заболевания, – считает министр. – Мы тоже немножко расширили эту тему, по предложениям, прежде всего, общественных организаций, прописав в проекте концепции подходы к неблагополучным семьям, чтобы затрагивать тему не только здоровья, но и неблагополучия семей, и выявлять это на ранней стадии».

Следующим шагом в проекте концепции предусмотрена разработка индивидуальной программы ранней помощи такому

«Первые положительные результаты и востребованность данной услуги у населения подтолкнули нас к созданию дополнительно ещё 4 таких центров, – сообщил В.Наговицын. – За 5 первых лет реализации программы численность полностью реабилитированных детей-инвалидов, то есть тех, которые сегодня полностью интегрированы в нормальный жизненный процесс, увеличилась на 36%».

В Бурятии создана целая систе-

«Необходимо поддерживать и оказывать такую межведомственную, междисциплинарную помощь семьям, которая включает не только высокотехнологичную медицинскую помощь, с чем у нас уже хорошо, а педагогическую, психолого-коррекционную, социальную и моральную поддержку, поэтому на это направлена данная концепция. Мы действительно с рядом регионов уже отработали пилотные проекты на базах детских поликлиник. Я очень

Главная тема

Чтобы ушла боль...

Принципы новой системы – непрерывность и семейная ориентированность



Создавать условия для гармоничного развития ребёнка нужно с самого раннего детства

родители, как правило, не знают, куда им обращаться, как им справиться с этой задачей», – считает министр.

Конечно, в отдельных субъектах Федерации (таких регионах 45) подобные решения принимаются, создаются отдельные фрагменты системы ранней помощи, – заметил М.Топилин. По его мнению, неплохо обстоят дела в республиках Татарстан, Бурятия, Воронежской и Новосибирской областях. Но, тем не менее, и на федеральном, и на региональном уровнях предоставляются лишь отдельные услуги, «то есть отсутствуют фактически и координация этой работы, и единые подходы».

Министр отметил, что, выполняя поручение по подготовке проекта концепции, её разработчики, включая Минздрав, «пошли немного дальше». Сегодня речь идёт не только о детях до трёх лет, продолжать работу необходимо, если это требуется, до 7-8 лет.

Пусковым моментом для ранней помощи станет выявление проблемы у ребёнка. «Специалисты сферы здравоохранения, образования и социальной защиты – прежде всего это медицинские и социальные работники, педагоги, психологи, дефектологи, логопеды – должны будут определить такие проблемы и своевременно дать сигнал в систему ранней помощи о заболевании ребёнка или о риске возникновения такого

ребёнку. Программу подготовят на основе оценки выявленных нарушений здоровья ребёнка, и она будет содержать конкретный набор услуг, реализация которых позволит максимально развивать его потенциал».

Первый опыт службы ранней помощи

Республика Бурятия с 2009 г. системно занимается вопросами ранней диагностики и сопровождения детей с инвалидностью, а также их семей, – заявил глава этого субъекта Федерации Вячеслав Наговицын. По его словам, 7 лет назад специалистами Минздрава Бурятии был зафиксирован устойчивый рост заболеваемости детей в возрасте от нуля до 14 лет по заболеваниям нервной системы и психическим нарушениям, которые являются основными причинами развития инвалидности.

При содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в регионе создана служба ранней помощи, которая начала свою работу по технологии раннего вмешательства для детей первых лет жизни, имеющих риск отставания или нарушений в развитии. При этом, в процесс реабилитации специалисты стали активно вовлекать семью ребёнка, обучая родственников приёмам реабилитации в домашних условиях.

ма раннего выявления проблем с развитием ребёнка и передачи этой информации в центры ранней помощи. В них для каждого вновь поступившего ребёнка составляется индивидуальная программа реабилитации и сопровождения. Каждая такая семья наблюдается специалистами медицинских и социальных учреждений.

Учитывая накопленный опыт, правительством республики в 2016 г. принята новая программа развития и модернизации службы ранней помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Цель – обеспечить 100%-ный охват всех нуждающихся в реабилитации детей.

Решить проблемы можно и нужно

Как сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, за последние несколько лет создана система раннего мониторинга любой врожденной, наследственной патологии, связанной с осложнениями в перинатальный период у детей. Она отметила, что Россия «попала в тройку ведущих стран мира по скорости выявления патологий и охвату, что и позволило нам существенно снизить младенческую и детскую смертность. Но проблема, о которой говорил М.Топилин, реально существует», – считает глава Минздрава.

надеюсь, что мы все вместе эту проблему решим», – заключила В.Скворцова.

Вице-премьер РФ Аркадий Дворкович подчеркнул, что в качестве новой услуги концепция предусматривает рекомендации по подбору и помощи в обеспечении специальным оборудованием и материалами, в том числе адаптивными вспомогательными устройствами для специального использования детьми с задержкой развития или инвалидностью. «Это абсолютно правильно и необходимо, – убеждён он, – потому что у нас на рынке есть очевидный дефицит подобных устройств. Отдельные образцы мы уже сами делаем, но их пока очень мало, а устройства зарубежного производства слишком дороги, – заметил он. – Мне кажется, можно было бы протокольно дать отдельное поручение соответствующим ведомствам вместе с институтами развития поддержать разработку таких медицинских изделий, специально сфокусированных на детях в этом возрасте для их адаптации и использования при реализации программ реабилитации».

«Документ, мне кажется, надо не просто поддержать, а поставить его во главу угла работы целого ряда министерств и ведомств», – полагает курирующий в кабмине социальные вопросы вице-премьер РФ Ольга Голодец. Она подчеркнула, что при подготовке проекта был действительно достигнут очень высокий уровень межведомственного взаимодействия, достигнуто полное взаимопонимание с представителями гражданского общества. Эта тема несколько раз стала предметом внимательного рассмотрения Попечительского совета при Правительстве РФ.

В заключение, Д.Медведев отметил, что «документ со всеми сложностями и нюансами действительно согласован и находится уже на контроле и в министерствах, и в ведомствах, и у представителей гражданского общества». Предложив поддержать проект, премьер, в то же время, заметил, что «под него ещё должна быть подготовлена серьёзная основа в виде поэтапного плана работы. Естественно, всё это должно быть просчитано по финансам, с привлечением и государственных источников финансирования, и внебюджетных».

Председатель Правительства РФ считает также необходимым «дополнить решение кабинета по этому вопросу поручением ведомствам проанализировать возможности изготовления специальной медицинской техники для таких детей, поскольку, – по его мнению, – это хорошая идея».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

В Кемеровской областной клинической больнице долгожданное новоселье: после реконструкции введён в эксплуатацию 3-этажный детский корпус. Этот проект, реализованный в рамках подготовки к празднованию Дня шахтёра, стал поистине народным: средства на строительство и переоснащение поступали не только из бюджета, но также от крупных организаций и отдельных граждан. В общей сложности, сюда было направлено почти 300 млн руб., в том числе более 205 млн – на покупку современного оборудования.

В первую очередь клиническая больница оказывает помощь сложным пациентам из удалённых территорий Кузбасса. Специализированный педиатрический корпус был построен на её территории более полувека назад. С тех пор многие его коммуникации обветшали, устарели морально. Когда в 2007 г. здесь наконец-то был начат капитальный ремонт, медики восприняли его «на ура». Но в 2009-м, из-за кризиса, работы встали. И все последующие годы педиатрическая служба ютилась в весьма стеснённых условиях: в отремонтированной пристройке, площадь которой составляла примерно четверть часть корпуса. В палатах приходилось размещать по 5-9 пациентов, очередь на стационарное лечение выросла, доступность специализированной помощи для детей из глубинки снизилась...



Заведующая отделением для детей с поражением центральной нервной системы, психики и опорно-двигательного аппарата Галина Галиева довольна: прежде здесь никогда не было «космических» реабилитационных тренажёров

Ориентиры

Детскую больницу строили всем миром

А теперь её насыщают аппаратами – вплоть до космических тренажёров



Детский хирург-оториноларинголог Галина Денисова проработала не один десяток лет, но только сейчас у неё появилась возможность опробовать «бескровный» операционный лазер

«Конечно, мы не могли с этим смириться! Поэтому приняли осознанное решение: построить детский корпус областной больницы, по сути, заново», – подчеркнул на открытии губернатор Кемеровской области Аман Тулеев.

В обновлённом здании располагаются шесть отделений: отделение для детей с поражением центральной нервной системы, психики и опорно-двигательного аппарата, отделение анестезиологии и реанимации, лор-отделение, специализиро-

ванное педиатрическое (сюда госпитализируются юные пациенты с сахарным диабетом, заболеваниями крови, почек и др.), физиотерапевтическое отделение и отделение острых респираторных инфекций. Для повышения эффективности реабилитационного этапа оборудован зал лечебной физкультуры.

...После ремонта больничного интерьера больше напоминает детский сад или лагерь отдыха: в каждой палате получили «прописку» забавные герои мульт-

фильмов и детских сказок, коридоры украшены рисунками, выполненными юными художниками Кузбасса и фотографиями пролеченных ребятишек. Но главное – отделения были практически полностью переоснащены. В общей сложности удалось приобрести 137 единиц современной медицинской техники. В их числе – новые аппараты для искусственной вентиляции лёгких на сумму 29 млн руб., рентгенологический комплекс стоимостью 20 млн руб., видеоэн-

доскопическое оборудование для лор-операционной стоимостью более 18 млн...

«Благодаря увеличению числа реанимационных коек мы сможем оказывать помощь вдвое большому количеству детей в тяжёлом и критическом состоянии», – уточняет заведующий детским отделением анестезиологии и реанимации Евгений Ивлев.

Детское оториноларингологическое отделение прежде делило одну операционную с челюстно-лицевыми хирургами. В новом корпусе для него оборудовали дополнительный операционный зал и передали его в исключительное пользование лор-врачей, оснастив по последнему слову медицинской техники. Теперь хирурги смогут выполнять уникальные операции по восстановлению слуха и проходимости

сова. – О таком операционном столе, что поступил в наше распоряжение, мы только мечтали: с помощью электрического привода его можно двигать и по горизонтали, и по вертикали, можно с лёгкостью менять угол наклона...»

Уникальное оборудование поставлено и в реабилитационный центр для детей с поражением центральной нервной системы. Так, один из тренажёров изначально разрабатывался для космической медицины. Он подаёт сжатый воздух в специальные башмаки, которые обуваются на ноги пациентов с временным параличом конечностей, раздражая нервные окончания стоп и запуская процессы восстановления. Ещё одна новинка – специальный аппарат, предназначенный для пациентов с нарушенной координацией движений (при ДЦП, рас-



Новая лор-операционная позволит выполнять уникальные операции по восстановлению слуха и проходимости дыхательных путей у маленьких пациентов

дыхательных путей у маленьких пациентов.

«Не только высокотехнологичные, вообще все операции будут теперь исключительно эндоскопическими, – делится врач-оториноларинголог Инга Сысоева. – Это сократит период реабилитации и повысит косметический эффект вмешательств».

«А новый лазер позволит сделать их полностью бескровными, что важно для детей с плохой свёртываемостью крови, – дополняет её коллега Галина Дени-

сенном склерозе, с последствиями черепно-мозговых травм). На улучшение координации работает и аппарат, имитирующий катание на лошади.

С вводом в строй нового корпуса областная больница сможет в большем объёме оказывать специализированную и высокотехнологичную помощь при нефрологических, ревматологических и гематологических заболеваниях, сахарном диабете (в том числе – по установке инсулиновых помп), рассеянном склерозе, муковисцидозе...

«Очень важно иметь такие возможности у себя в области, – считает заведующая специализированным педиатрическим отделением Яна Юнкина. – Раньше часть наиболее сложных пациентов нам приходилось направлять в клиники Москвы и Санкт-Петербурга и каждая такая поездка была сопряжена с трудностями как для детей, так и для их родителей. Теперь мы будем лечить их «рядом с домом». Более того, мы сможем принимать маленьких пациентов из соседних регионов. Оснащение нового корпуса позволит обследовать и лечить до 5 тыс. человек в год. Это на тысячу больше, чем ранее».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Фёдора БАРАНОВА.

Сотрудничество

В Омском государственном медицинском университете планируется значительно расширить обучение иностранных студентов. Причём не из ближнего зарубежья, а из весьма отдалённых от Прииртышья стран. Об этом намерении заявил на недавно прошедшем ежегодном заседании попечительского совета Омского ГМУ исполняющий обязанности ректора этого известного не только в Сибири вуза Виталий Охлопков.

Сибирь принимает индийских студентов

– Мы планируем начать приём студентов из Индии, – сказал, в частности, Виталий Александрович, – потому что в этой стране очень высокий спрос на получение медицинского образования. Абитуриенты из Индии хотят получать медицинское образование именно в России, учитывая его высокое качество и вполне доступную стоимость.

В столичных вузах это обычная практика. У нас же только начинается формироваться образовательный сегмент для иностранцев из дальнего зарубежья. В рамках подготовки к этому проекту проведён скрининг готовности профессорско-преподавательского состава кафедр младших курсов для ведения учебного процесса на английском языке, органи-

зованы языковые курсы. Ведётся адаптация образовательных ресурсов для преподавания на английском языке. Определены блоки-секции в общежитии для проживания иностранных студентов...

Приём иностранцев из дальнего зарубежья в Омский ГМУ начнётся в будущем году. Первая группа составит 50 человек.

Юноши и девушки приедут, из самых разных уголков Индии. В последующие годы двери Омского ГМУ распахнутся для молодёжи других стран, желающей получить высшее медицинское образование в Омске.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

– **Халил Мингалиевич, мы с вами встречаемся в канун нового учебного года. Как вы оцениваете нынешнюю вступительную кампанию? Что можно сказать о конкурсе в Астраханский ГМУ?**

– В 2016 г. приём на обучение в Астраханский государственный медицинский университет проводился в соответствии с имеющейся лицензией по направлениям подготовки специалитета: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «фармация».

Как известно, приказом Министерства образования и науки РФ утверждаются контрольные цифры приёма. Для нашего медицинского вуза они следующие: лечебное дело – 178, педиатрия – 90, стоматология – 14, медико-профилактическое дело – 13, фармация – 16. В общей сложности выделено 311 бюджетных мест. К сожалению, надо констатировать, что по сравнению с прошлым годом общее количество их сократилось, мест стало на 37 меньше.

В соответствии с Правилами приёма по всем специальностям была определена особая квота (для отдельных категорий инвалидов и детей сирот), места для жителей Крыма и Севастополя и целевого приёма.

Можно констатировать, что получение высшего медицинского образования остаётся, как и раньше, очень популярным у выпускников школ. Всего для поступления в наш вуз было подано 4887 заявлений. Конкурс на специальность «лечебное дело» составлял 7 человек на место, на специальности «педиатрия» – 9,9, «стоматология» – 32,1, «медико-профилактическое дело» – 16,1, «фармация» – 13,8. Целевой приём продемонстрировал те же тенденции: «лечебное дело» – 1,6 человек на место, «педиатрия» – 1,1, «стоматология» – 2,6. Достаточно высокий конкурс отмечался по всем специальностям и на договорную форму обучения – от 4,5 до 12,9.

Если говорить о результатах приёмной кампании, можно сказать, что прошла она достаточно спокойно. Государственное задание по приёму на обучение за счёт средств федерального бюджета выполнено полностью – зачислено 311 абитуриентов. На места особой квоты (инвалиды, сироты) зачислен 21 абитуриент. Жители Крыма получили 2 места.

– **А как сегодня строится взаимодействие вуза с работодателями, общественными, административными структурами региона...**

– Мы очень тесно взаимодействуем. Начнём с того, что в нашем вузе организован центр содействия трудоустройству выпускников, который совместно с Министерством здравоохранения Астраханской области, своевременно и эффективно проводит мониторинг качества профессиональной подготовки молодых специалистов, трудоустроенных в лечебные учреждения Астраханского региона и анализирует эффективность мероприятий, направленных на повышение качества образовательных программ внутри университета. Взаимосвязь с общественными и административными структурами осуществляется в регулярном проведении встреч, конференций, форумов студенческой молодёжи и сотрудниками вуза с представителями религиозных конфессий, национальных диаспор, руководителями правоохранительных органов по вопросам терроризма, экстремизма, коррупции.

– **Увеличился ли в этом году целевой приём?**

– Подготовка кадров в рамках целевого приёма для регионов РФ является одной из приоритетных задач нашего вуза. Уже на протяжении нескольких лет ежегодно выделяется около 80% бюджетных мест (в 2014 – 79,1%,

в 2015 – 79,3%). В этом году значительная часть бюджетных мест, как и в прошлые годы, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ, была передана для проведения целевого приёма. Его численность составила 235 человек – 75,6% от контрольных цифр приёма. Некоторое уменьшение объёма целевого приёма в 2016 г. связано

Наши интервью

Халил Галимзянов:

Учиться надо всегда

В Астраханском государственном медицинском университете целевая подготовка ведётся для 17 субъектов РФ

Этот вуз на Юге России окончили тысячи врачей, которые работают в разных уголках нашей страны. Его можно назвать одним из крупнейших образовательных учреждений региона ещё со времён Советского Союза. Свой путь Астраханский ГМУ начал от медицинского факультета Астраханского университета, скоро учебное заведение перешагнёт 100 летний рубеж. Сегодня здесь учатся около 7 тыс. человек. Свыше 1700 врачей ежегодно повышают квалификацию и проходят профессиональную переподготовку. Будущие врачи и провизоры из 46 стран мира выбрали обучение именно в этом городе в низовьях Волги.

О том, какие изменения ожидают студентов и преподавателей в новом учебном году – беседа специального корреспондента «Медицинской газеты», члена Этического комитета Минздрава России Алексея ПАПЫРИНА с ректором АГМУ, профессором, Заслуженным врачом РФ Халилом ГАЛИМЗЯНОВЫМ.

с общим снижением количества бюджетных мест.

Традиционно Астраханский ГМУ заключает договора о целевом приёме с регионами Южного и Северо-Кавказского федеральных округов (Астраханская область, республики Калмыкия, Ингушетия, Чеченская, Адыгея, Карачаево-Черкесская). В последние годы эта работа расширяет границы и в Астраханский ГМУ по целевому набору поступают жители Белгородской, Тамбовской, Ульяновской и Орловской областей, а также граждане по направлениям федеральных министерств и ведомств (ФМБА России, УФСИН, Роспотребнадзор). В 2016 г. по целевому набору зачислено 212 будущих врачей. Нужно отметить, что ряд регионов не полностью выполнил план целевого приёма – остались незанятыми 23 места. В результате, они были переданы на общий конкурс.

– **Несмотря на престиж медицинского образования, в специальностях группы «здравоохранения» нет дополнительных вступительных испытаний. Вы доверяете ЕГЭ?**

– В последние годы объективность результатов единого государственного экзамена значительно повысилась. Уже нет таких ситуаций, когда поступающие массово представляют очень высокие баллы (99-100), при этом в последующем не показывали соответствующих данных. Сегодня предъявленные абитуриентами баллы ЕГЭ во многом отражают их реальные знания. Очевидно, что это связано с тем, что в системе проведения ЕГЭ и контроля за его проведением, наконец, наведён порядок. А использование результатов ЕГЭ в качестве вступительных испытаний в вузы шаг за шагом стало общепризнанной нормой.

Более 75% поступающих в наш

вуз зачисляются в рамках целевого приёма. Учитывая это, мы считаем, что нет необходимости проводить дополнительные вступительные испытания, так как «целевики» проходят предварительный отбор в региональных министерствах здравоохранения.

– **В этом учебном году аккредитацию пройдут не только выпускники фармацевтиче-**

стоматологического и фармацевтического факультетов, надеюсь, что и на втором этапе у нас не будет сбоев в работе аккредитационных комиссий.

– **Халил Мингалиевич, как вы считаете, сможет ли аккредитация стать тем механизмом, который серьёзно повысит качество медицинского образования?**



ИЗ ДОСЬЕ «МЕДИЦИНСКОЙ ГАЗЕТЫ»:

В Астраханском государственном медицинском университете развиваются научные школы как многолетним опытом, так и получившие недавно признание в России и за её пределами. Наиболее известными из них остаются:

– *Научная школа оториноларингологов, созданная профессором А.Дайхесом, которую в настоящее время курирует директор Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, профессор, заслуженный врач РФ Н.Дайхес.*

– *Научная школа биохимиков лауреата государственной премии СССР, профессора, заслуженного деятеля науки РСФСР Ю.Татаринкова. В настоящее время её возглавляет профессор Д.Никулина.*

– *Научная школа инфекционистов, созданная и возглавляемая профессором, заслуженным врачом РФ Х.Галимзяновым, получившим признание как ведущая научная школа и многократно отмеченная грантами Президента РФ по государственной поддержке ведущих научных школ.*

ского и стоматологического факультетов, но и окончившие «лечебный» и «педиатрический». Все ли готово к новому этапу тестирования и оценки практических навыков?

– Да, нас ожидает два этапа аккредитации (в соответствии с приказом Минздрава России № 127 от 25.03.2016 «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов»). После завершения государственной итоговой аттестации выпускники лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов будут проходить первичную аккредитацию. Мы к этому готовы как в организационном плане, так и с позиций оснащения симуляционного центра для прохождения выпускниками второго этапа аккредитации – оценки практических навыков в симулированных условиях. Учитывая положительный опыт, приобретённый нами на первом этапе внедрения аккредитации – в 2016 г. на примере

– Безусловно. Принцип непрерывного медицинского образования, который реализуется в последние годы Минздравом России, подразумевает переход всех медицинских работников от сертификации к аккредитации специалистов до 2021 г. Базовым компонентом этой модели является аккредитация специалиста на всех этапах его практической деятельности: первичная после окончания вуза, первичная специализированная – после завершения ординатуры, периодическая, которая проводится каждые 5 лет. Всё это будет непосредственным образом стимулировать врачей на приобретение новых знаний и практического опыта, способствовать их профессиональному и карьерному росту, здоровой конкуренции в медицине.

– **Планирует ли АГМУ открывать специальный центр, где можно будет пройти так называемую, «вторичную аккредитацию»?**

– На базе созданного в нашем университете симуляционного центра уже сейчас можно проводить все виды аккредитации

специалистов, но в дальнейшем планируется его расширение за счёт узкоспециализированных симуляторов и фантомов.

– **Какие направления развития университета, на ваш взгляд, остаются приоритетными?**

– В первую очередь, это дальнейшее развитие научно-инновационной работы вуза.

Наш вуз активно участвует в конкурсах, проводимых фондом содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере по программам «Старт» и «Умник».

В этих конкурсах было представлено более 300 инновационных проектов, разработанных сотрудниками 26 кафедр и студентами Астраханского ГМУ. Пять из этих проектов стали победителями по программе «Старт», 51 – по программе «Умник». Общая сумма финансирования проектов победителей составила 25,4 млн руб.

Реализованные проекты легли в основу выполнения государственных заданий Минздрава России, заключённых и планируемых международных соглашений о научном сотрудничестве с Люксембургским институтом здоровья и Ганноверской высшей медицинской школой, а также укрепили сотрудничество с российскими ведущими учебными и научными учреждениями и региональными клиниками. Показателем роста инновационной активности вуза является увеличение полученных ими патентов.

Ещё один момент: с 2007 г. Астраханский ГМУ является единственным медицинским вузом – региональной опорной организацией Роспатента. В структуре университета организован центр поддержки технологий и инноваций, созданный в соответствии с договором между вузом и Роспатентом. В его функции входит анализ патентной активности в регионе с формированием предложений по её повышению, предоставление консультаций юридическим и физическим лицам по вопросам оформления прав на объекты интеллектуальной собственности.

Мы считаем также крайне перспективным направлением развития нашего вуза на ближайшие годы: международное сотрудничество с ведущими мировыми научными и образовательными организациями, такими как Общественный исследовательский центр охраны здоровья (Великое герцогство Люксембург), Университет им. Хасана II (Королевство Марокко, Касабланка), Европейское научное общество (Германия, Ганновер), Гилянский университет медицинских наук (Иран), Западно-Казхстанский государственный медицинский университет им. М.Оспанова (Казахстан, Актобе) и др.

Убеждён, что обмен опытом с зарубежными коллегами по учебно-методической, научно-исследовательской и лечебной деятельности, разработка и реализация совместных научных программ, академический обмен научными работниками, преподавателями и студентами помогут в перспективе поднять теоретическую и практическую подготовки наших студентов на ещё более высокий уровень.

Образование не терпит застоя, а значит, учиться надо всегда. Ведь медицина меняется, становится ещё более наукоёмкой отраслью. Разрабатываются технологии, которые заставляют пересмотреть подходы к диагностике, лечению многих заболеваний. И это тоже мы должны учитывать при подготовке специалистов. Будущие врачи должны понимать, что им предстоит творческая работа, от которой получаешь настоящее удовольствие и которая очень нужна людям.

Астрахань.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Все мы видим, что на протяжении последних лет очень многое делается для укрепления обороноспособности России. Но в одном из важнейших аспектов, я считаю, мы сильно отстаём от того уровня, который нам был присущ, который нарабатывался в годы Великой Отечественной войны. Я говорю о готовности нашей «гражданской» хирургии к эффективной работе в условиях масштабного военного конфликта.

Многие скажут: характер современных военных столкновений изменился, сейчас только локальные конфликты случаются; массовая востребованность всесторонне подготовленных хирургов не предвидится. Категорически не могу с этим согласиться! Именно для того, чтобы шансы возникновения большого конфликта были сведены к минимуму (а лучше, естественно, к нулю), нашей стране абсолютно необходимы: ядерная триада и... много хирургов с разносторонней подготовкой.

Именно с этой целью мы в Башкирском государственном медицинском университете решили проводить специализацию молодых врачей в области многопрофильной хирургии, тесно связанной со спецификой военно-полевой медицины. Уверен: необходимо минимизировать разрыв в универсальности, «поливалентности» базовой подготовки военных и гражданских хирургов, поскольку гражданские врачи в этом вопросе многие важнейшие вещи упустили.

Есть масса конкретных примеров, как в ходе Великой Отечественной войны тяжелораненых буквально собирали по частям и многие из них смогли ещё Родине послужить. Значит, в полевых медсанбатах работали толковые хирурги, которые умели из этих солдат, получивших большую порцию свинца, «лепить» будущих полноценных членов общества. Потому что без немедленной квалифицированной хирургической помощи их в тыл довести было бы невозможно. Во время Отечественной войны 73% раненых были возвращены армии и это очень высокий показатель уровня готовности оперировавших врачей.

Во фронтовых условиях быстро и неизбежно наступает момент, когда остаются врач со скальпелем и человек, жизнь которого зависит только от того, что этот врач умеет, от его профессионального кругозора и практических навыков. Так вот, этот кругозор, этот набор практических навыков за последние 15-20 лет у подавляющего большинства «гражданских» хирургов сведён к минимуму, до абсурда. Между тем, в обстановке, когда доставляют всех подряд, с ранениями от макушки до ступни, хирургу надо быть готовым ко всему. Однако, такой разносторонней подготовки мы сейчас не даём ни студенту на факультете, ни врачу в операционной.

Когда-то мне, ещё молодому врачу, трижды всерьёз повезло.

Между нами, коллегами

Хирург должен быть «поливалентным». Должен...

Необходимо минимизировать разрыв в подготовке врачей

Впервые, когда свежееиспечённо-му кандидату наук после защиты отец посоветовал... отправиться поработать в деревню. В одном из райцентров как-то сразу больница лишилась трёх хирургов. Более полугодом я в одиночку отдувался за троих, только полостных операций сделал около 150. Зато как хирург стал ощущать себя намного увереннее.

Второй раз повезло мне с учителем в уфимской клинике. Я представитель школы профессора Н.Гатауллина, который сам был аспирантом выдающегося военно-полевого хирурга, академика А.Вишневецкого. Наиль Гайнатович стал основателем и сердечно-сосудистой, и грудной хирургии в Башкирии. Он оперировал на самых разных органах и всегда с большим знанием дела.

В третий раз мне повезло в третий раз мне посчастливилось на протяжении 2,5 лет проходить многоэтапную специализацию у академика В.Савельева. А Виктор Сергеевич сегодня оперировал желудок, завтра – толстую кишку, послезавтра – сердце. Известнейшие в России хирурги – членкорреспондент РАН Е.Яблоков, академики РАН В.Кубышкин, И.Затевахин, А.Кириенко, профессор М.Филимонов – возглавляли в его клинике ту или иную специализацию, но могли выполнить и любую другую операцию. Они все были «поливалентными», а значит, в случае необходимости смогли бы работать и как высококлассные военно-полевые хирурги.

В экстремальных ситуациях человек, который окончил лечебный факультет любого медицинского вуза, даже терапевт, обязан делать такие операции, как аппендэктомия, трахеостомия, операция Троянова. Обязан владеть местной анестезией и блокадами, как главным средством профилактики травматического шока. Всё это (и ряд других операций) раньше входило в обязательный перечень. Не научишься – диплом не получишь! А теперь мы зачастую выпускаем врачей, которые, кроме отдельных манипуляций на эндоскопической аппаратуре вообще ничего делать не умеют. И при этом считаются (точнее, сами себя считают) хорошими врачами.

Ранняя узкая специализация врача и в мирное время мешает делу. Ведь нередко врач-эндоскопист приступает к операции и видит, что с помощью лапароскопа выполнить её в полном объёме не



удастся. И что он делает? Начинает лихорадочно искать, кто из коллег поможет. Зачастую заведующий эндоскопическим отделением элементарную лапаротомию сделать не умеет! Таких тысячи по всей стране. А случись опять же ситуация из ряда вон – в прифронтовых условиях не будет эндоскопов. Будут только скальпель и руки. И голова.

В Башкортостане сегодня по разным специальностям работают 1473 хирурга. Из них «поливалентных», с многопрофильной подготовкой, только 103. Семь процентов всего! Удручающая статистика. Я справлялся у коллег в Татарстане, в Самарской, Свердловской и Челябинской областях: картина такая же.

Считается, что уж военных-то врачей у нас готовят, как следует. Но это с какой стороны посмотреть. В качественном отношении – да, безусловно. А с количеством дело намного хуже. В 2010 г. не стало трёх военно-медицинских институтов: Саратовского, Самарского и Томского. Слава богу, действует Военно-медицинская академия в Петербурге. Но одной этой академии хватает лишь на то, чтобы обеспечить нужды армии при локальных конфликтах и до определённого предела. Как непосредственный участник военных действий в Абхазии и Чечне могу сказать, что в период таких конфликтов дефицит хирургов становится осязаемым. А в моменты пиковой нагрузки (например, во время боёв за Грозный) он был достаточно острым.

Ну а «если завтра война», боль-

шой конфликт? Тогда достаточная численность хирургических кадров может быть достигнута едва ли не исключительно за счёт выпускников гражданских институтов. В них ранее были кафедры, дававшие и общую военную подготовку, и по военно-медицинской специальности. Сейчас их нет. Все молодые врачи по окончании вуза, как и прежде, остаются военнообязанными, но раньше они были лейтенантами запаса, а теперь рядовые. У нас в университете есть профессор, которые вуз окончили лет 15 назад, они давно уже хирурги высшей квалификации – и тоже рядовые.

Для исправления этой ситуации лично я могу сделать ничуть не больше, чем любой другой профессор и заведующий хирургической кафедрой. Но и ничуть не меньше! Сам себе я сказал: с 1 сентября 2016 г. тех молодых хирургов, которые придут в клинику университета, мы будем в течение года обучать по программе «поливалентной» хирургии. А значит, будем готовить из них и потенциально грамотных военно-полевых хирургов. Пришёл с этим предложением к ректору БГМУ профессору В.Павлову. Разговор был продуктивным, ведь Валентин Николаевич – сам превосходный практикующий хирург. Он всё сразу понял и энергично поддержал.

Получив одобрение ректора, я встретился и обсудил этот вопрос с военным комиссаром Республики Башкортостан генерал-майором И.Харченко. Он обещал оказать поддержку в вопросе совместного зачёта специализации молодых врачей и готов назначить своего ответственного представителя для участия в аттестации хирургов.

В группе, приступающей с 1 сентября к занятиям по «поливалентной» хирургии, людей пока будет немного. Но они по своей профессиональной жизни пройдут в качестве лидеров! А вообще, я убеждён, что такую специализацию для хирургов надо сделать обязательной по всей стране. В том числе, наличие или отсутствие разносторонней подготовки в области хирургии должно решающим образом учитываться при повышении квалификационной категории и при кадровых назначениях. В мирное время каждый заведующий хирургическим отделением должен быть только «поливалентным» специалистом и каждый хирург высшей категории – тоже!

Конечно, надо идти от частного

примера БГМУ к общей ситуации, выходить за рамки одного вуза. У думающих молодых врачей желание чему-то научиться, безусловно, есть. Им такую возможность надо дать. До 1990-х годов будущий врач, желающий достичь высот в профессии, на 6-м курсе уже проходил первичную клиническую специализацию в субординатуре по хирургии и «вялые» студенты туда просто не попадали.

Сейчас же студент на 5-м курсе говорит: «Я хочу быть эндоваскулярным хирургом!». При этом топографии сосудов он просто не знает. «Я хочу быть лапароскопическим хирургом!» А сам не знает топографии брюшной полости и органов. Раньше студент, желая кем-то стать, целый год отдавал себя только хирургии, а в интернатуре, уже получив диплом, закреплял свои знания. В этой связи чётко высказал свою принципиальную позицию академик РАН А.Покровский: «Сосудистым хирургом и вообще узким специалистом имеет право стать человек, который не менее 5 лет проработал в общей хирургии!»

А ведь для возрождения прежней эффективной системы никаких особых затрат не нужно. Надо только, чтобы министерство здравоохранения России и руководство Министерства обороны при непосредственном участии начальника Главного военно-медицинского управления подписали приказ о возврате качественных программ подготовки хирургов (равно как и других специалистов), которые в 1990-е годы кому-то захотелось ликвидировать. Это был бы важнейший шаг. В свою очередь, мы – профессиональное сообщество – на съездах и конференциях должны обнародовать данный почин, обсудить его. Думаю, большинство коллег поддержат и многие присоединятся к этой инициативе, как к программе действий.

Владимир ПЛЕЧЕВ,
заведующий кафедрой
госпитальной хирургии БГМУ,
руководитель Российского
федерального центра пластической
абдоминальной хирургии,
полковник медицинской службы,
доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
заслуженный врач РФ.

Уфа.

Перспективы

Для жителей горнозаводской зоны Миасса Челябинской области открылся межрайонный онкоцентр. Реализация этого проекта началась в январе 2015 г. Радиотерапевтическое отделение, ранее входившее в состав миасской городской больницы № 1, присоединили к городской больнице № 2.

– Реконструкция отделения имеет для нас особое значение, – отметил первый заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин. – Отделение будет работать в режиме межрайонного онкоцентра и обслуживать более 600 тыс. человек. Это наша стратегия, которая основана на вертикали оказания медицинской помощи. В соответствии с ней во главе находится областной онко-

Онкологи принимают первых пациентов

диспансер, специалисты которого разрабатывают маршрутизацию и контролируют лечение на местах.

В отделении сделали ремонт и заменили аппараты дистанционной гамма-терапии и брахиотерапии. До этого медицинская помощь здесь оказывалась на гамма-терапевтических аппаратах отечественного производства для контактной и дистанционной лучевой терапии с применением источников ионизирующего излучения. За долгое время использования оборудование устарело, стало изношенным.

По словам главного врача областного онкологического дис-

пансера, главного онколога Минздрава области Андрея Важенина, закупка самого современного оборудования поставила точку в реконструкции отделения:

– У нас теперь совершенно новые условия, что позволяет вывести онкослужбу на высокий уровень. Если раньше расчёт доз вёлся практически вручную, то теперь его автоматически производит компьютер. Это делает лечение более направленным, с минимальными повреждениями окружающих тканей и максимальной эффективностью для пациента. Стационар вмещает 30 коек круглосуточного пребывания и 20

коек дневного. В год мы теперь сможем пролечить более тысячи человек. Первые пациентов отделение примет уже на днях.

Межрайонный онкоцентр будет принимать жителей ряда городских округов, а также Уйского, Саткинского, Кусинского, Катав-Ивановского и Ашинского муниципальных районов, что составляет 14-15% от всех нуждающихся в лучевой терапии южноуральцев.

Специалисты уверены, что переоснащение и ремонт радиотерапевтического отделения позволит обеспечить высокий уровень оказания специализированной помощи пациентам, так как доктора

смогут осуществить индивидуальный подход к каждому пациенту. Новое оборудование даст возможность стабилизировать и улучшить состояние больного за счёт уменьшения лучевых реакций и осложнений и, как следствие, повысить качество жизни пациента.

В переоборудование отделения и организацию межрайонного онкоцентра вложено более 100 млн руб. из средств областного бюджета.

Мария ХВОРОСТОВА,
вншт. корр. «МГ»

Челябинск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 63 (2002)

Инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которое характеризуется внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Выделяются две клинко-патогенетические формы инсульта:

1) **ишемический инсульт (инфаркт мозга)**, обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга;

2) **геморрагический инсульт** (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние), обусловленный разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием.

К ОНМК также относятся **преходящие нарушения мозгового кровообращения**, которые характеризуются внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сердечно-сосудистым заболеванием (артериальная гипертензия, атеросклероз, фибрилляция предсердий, васкулит и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более 24 часов и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают в себя:

1) транзиторную ишемическую атаку (ТИА), которая развивается вследствие кратковременной локальной ишемии мозга и характеризуется внезапными преходящими неврологическими нарушениями с очаговой симптоматикой;

2) гипертонический церебральный криз, представляющий собой состояние, связанное с острым, обычно значительным подъемом артериального давления (АД) и сопровождающееся появлением общемозговых (реже очаговых) неврологических симптомов, вторичных по отношению к гипертензии. Наиболее тяжёлой формой гипертонического криза является острая гипертоническая энцефалопатия, основу патогенеза которой составляет отёк головного мозга.

Инфаркт мозга является, как правило, результатом взаимодействия множества разноплановых этиопатогенетических факторов, которые могут быть подразделены на локальные и системные: 1) локальные: морфологические изменения брахиоцефальных или внутримозговых артерий, атеросклеротические поражения сосудов дуги аорты и мозговых артерий, поражения сердца как источник тромбоэмболических инфарктов мозга, фибромускулярные дисплазии стенок брахиоцефальных и мозговых артерий, артерииты, изменения шейного отдела позвоночника, аномалии строения сосудов шеи и головного мозга и др.; 2) системные факторы: нарушения центральной и церебральной гемодинамики, коагулопатии, полицитемия, определённые формы лейкозов, гиповолемия и др.

В каждом втором случае причиной внутримозгового нетравматического кровоизлияния является артериальная гипертензия, около 10-12% приходится на долю церебральной амилоидной ангиопатии, примерно 10% обусловлено приёмом антикоагулянтов, 8% – опухолями, на долю всех остальных причин приходится около 20%. Внутримозговые кровоизлияния могут развиваться либо вследствие разрыва сосуда, либо путём диапедеза, обычно на фоне предшествующей артериальной гипертензии.

Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние в большинстве случаев (70-85%) вызвано разрывом мешотчатой аневризмы, размер которой может колебаться от 2 мм до нескольких сантиметров в диаметре, чаще – 2-10 мм. Мешотчатые аневризмы наиболее часто локализируются в артериях виллизиева круга и их образование, по-видимому, обусловлено врождённым дефектом сосудистой стенки, обычно возникающим в месте бифуркации или ветвления артерии. Со временем отмечается постепенное увеличение размеров аневризмы. Примерно 30% всех аневризм локализуется на задней соединительной артерии (в месте её отхождения от внутренней сонной артерии), 20-25% – на

средней мозговой артерии, 10-15% – на артериях вертебробазиллярной системы (преимущественно базилярной и нижней мозжечковой артерии). Основным фактором риска (ФР) разрыва мешотчатой аневризмы является артериальная гипертензия, дополняемыми – курение и злоупотребление алкоголем.

В клиническом течении инсульта выделяют следующие периоды: 1) 1-3-и сутки – острейший период; 2) до 28 суток – острый период; 3) до 6 месяцев – ранний восстановительный период; 4) до 2 лет – поздний восстановительный период; 5) после 2 лет – период остаточных явлений.

Эпидемиология

Ежегодно в Российской Федерации возникает инсульт более чем у 500 тыс.

Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

человек. По данным отечественного национального регистра, проведённого в период с 2001 по 2005 г., в Российской Федерации заболеваемость инсультом составляет 3,48 ± 0,21 случаев на 1000 населения. Встречаемость различных видов ОНМК широко варьирует, в частности, инфаркты головного мозга составляют 65-75%, кровоизлияния (включая субарахноидальные) – 15-20%, на долю преходящих нарушений мозгового кровообращения приходится 10-15%. Частота мозговых инсультов в популяции лиц старше 50-55 лет увеличивается в 1,8-2 раза в каждом последующем десятилетии жизни. Социально-экономические последствия ОНМК крайне высоки, в частности: летальный исход в остром периоде инсульта наступает у 34,6%, а в течение первого года по окончании острого периода – у 13,4%; тяжёлая инвалидность с потребностью постоянного ухода имеется у 20% пациентов, перенёвших инсульт; ограничено трудоспособны 56% и только 8% возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Инвалидизация, вследствие инсульта, занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, составляя 3,2 на 10 тыс. населения. Инвалидизация после инсульта в среднем по стране составляет 56-81%.

Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась в Российской Федерации за последние 10 лет более чем на 30%. Ежегодная смертность от инсульта в нашей стране составляет 175 на 100 тыс. населения.

Классификации ОНМК

I. Международная классификация ОНМК по МКБ-10:

G45 – Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы
I60 – Субарахноидальное кровоизлияние
I61 – Внутримозговое кровоизлияние
I62 – Другое нетравматическое внутримозговое кровоизлияние
I63 – Инфаркт мозга
I64 – Инсульт, не уточнённый как кровоизлияние или инфаркт.

II. Классификация ОНМК (М.Одинак с соавт., 1998):

А. С сохранением неврологического дефицита от 24 часов:
1. ТИА.
2. Гипертензивные кризы.
Б. С сохранением неврологического дефицита от 24 часов до 3 недель:
1. Острая гипертензивная энцефалопатия.
2. Малый инсульт (с восстановимым неврологическим дефицитом).
В. С сохранением неврологического дефицита более 3 недель:

1. Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние):

- 1.1. паренхиматозное кровоизлияние;
- 1.2. внутримозговое кровоизлияние;
- 1.3. субарахноидальное кровоизлияние;
- 1.4. субдуральное кровоизлияние;
- 1.5. экстрадуральное кровоизлияние;
- 1.6. смешанные формы кровоизлияний.

2. Ишемический инсульт:

- 2.1. Эмболический
- 2.2. Неэмболический (тромбоз, нетромботическое размягчение).

III. Международная этиопатогенетическая классификация ишемического инсульта TOAST (H.P.Adams et al, 1993):
1) атеротромботический; 2) кардиоэмболический; 3) лакунарный; 4) связанный с другими, более редкими причинами (васкулиты, гиперкоагуляционные синдромы, коагулопатии, диссекция артерий и др.); 5) неизвестного происхождения.

IV. Классификация ишемического инсульта по патогенетическому подтипу (Н.Верещагин с соавт., 2000): 1) атеротромботический (34% случаев), включая артерио-артериальные эмболии (13%) и тромбозы мозговых сосудов (21%); 2) кардиоэмболический (22%); 3) гемодинамический (15%); 4) лакунарный (22%); 5) инсульт по типу гемореологической микроокклюзии (7%).

деление характера инсульта (геморрагический или ишемический) не требуется, оно возможно только в стационаре после КТ или МРТ исследований головного мозга. Для принятия верного тактического решения по адресной госпитализации больного в региональный сосудистый центр или профильный стационар, вероятный тип ОНМК желательнее определить уже на догоспитальном этапе. В частности, это необходимо при субарахноидальном кровоизлиянии (отделение нейрохирургии – неотложная эндovasкулярная эмболизация аневризмы артерии мозга) и ишемическом инсульте, который по своим характеристикам соответствует протоколу тромболитической терапии (региональный сосудистый центр – неотложное проведение внутривенного системного тромболитика).

Предположительная диагностика ишемического или геморрагического характера инсульта возможна по совокупности определённых признаков. Клиническая картина развития ОНМК характеризуется, как правило, внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой), а в случае субарахноидального кровоизлияния – менингеальной) симптоматики. Для правильной и своевременной диагностики инсульта семейному врачу необходимо знать и уметь выявить при неврологическом

Факторы риска инсульта

Важнейшими модифицируемыми ФР, повышающими риск развития инсульта, считаются: артериальная гипертензия любого происхождения, заболевания сердца, фибрилляция предсердий, нарушения липидного обмена, сахарный диабет, патология магистральных артерий головы, гемостатические нарушения. К основным немодифицируемым ФР относятся: пол, возраст, этническая принадлежность, наследственность. Выделяют также ФР, связанные с образом жизни: табакокурение, избыточная масса тела, низкий уровень физической активности, неправильное питание (в частности, недостаточное потребление фруктов и овощей, злоупотребление алкогольными напитками), длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс.

Распространённость основных ФР в России достаточно высока: курят 59,8% взрослых мужчин и 9,1% женщин; имеют артериальную гипертензию 39,9 и 41,1%; гиперхолестеринемия – 56,9 и 55%; ожирение – 11,8 и 26,5%, соответственно; избыточно потребляют алкоголь 12% мужчин и 3% женщин.

Скрининг инсульта

Скрининг инсульта представляет собой активное профилактическое выявление основных модифицируемых ФР (артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, внутрисосудистое тромбообразование, атеросклеротическое стенозы сонных артерий), в том числе и у бессимптомных пациентов. К наиболее широко используемым диагностическим методикам, составляющим основу скрининга ОНМК в популяции, можно отнести следующие:

- 1) контроль АД, ведение дневника АД/ЧСС, при необходимости выполнение суточного мониторирования АД (уровень доказательности А);
- 2) липидограмма (уровень доказательности А);
- 3) коагулограмма (уровень доказательности С);
- 4) уровень глюкозы в крови (уровень доказательности А);
- 5) аускультация сонных артерий (уровень доказательности С);
- 6) дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (уровень доказательности В);
- 7) ЭКГ, при необходимости холтеровское мониторирование ЭКГ и УЗИ сердца (уровень доказательности А).

Диагностика инсульта на догоспитальном этапе

Основной задачей врача общей практики на догоспитальном этапе является правильная и быстрая диагностика ОНМК, что возможно на основании уточнения жалоб, анамнеза и проведения соматического и неврологического осмотра. Точное опре-

осмотре основные клинко-неврологические синдромы (очаговые, общемозговые, менингеальные), характерные для данного заболевания.

Клинические проявления

Инсульт должен быть заподозрен во всех случаях при наличии острого развития очаговой неврологической симптоматики или внезапного изменения уровня сознания. Среди нарушений функций мозга, развивающихся при инсульте, выделяют: очаговые симптомы, менингеальный синдром (признаки вовлечения мозговых оболочек), общемозговые расстройства. Наиболее частые признаки и очаговые симптомы инсульта зависят от поражения сосудистых бассейнов кровоснабжения головного мозга.

I. Каротидная система кровоснабжения (артерии: сонные, средние мозговые, передние мозговые):

1. Гемипарез на стороне, противоположной очагу поражения: слабость, неловкость, тяжесть в руке (в плечевом поясе), в кисти, лице или в ноге. Чаще имеет место сочетанное поражение руки и лица. Иногда может иметь место вовлечение одной половины лица (фациальный парез). Вовлечённая сторона тела является противоположной по отношению к стороне поражённой артерии.

2. Нарушения чувствительности: сенсорные нарушения, парестезии, изменённая чувствительность только в руке, кисти, лице или в ноге (или в различных комбинациях), наиболее часто вовлекаются рука и лицо. Обычно встречается одновременно и на той же стороне, что и гемипарез.
3. Речевые нарушения: затруднения в подборе нужных слов, невнятная и нечёткая речь, трудности понимания речи окружающих (афазия), трудности письма (дисграфия) и чтения (дислексия). Смазанная и невнятная речь, нарушения произношения слов и артикуляции (дизартрия).

4. Зрительные нарушения: нечёткое зрение в пределах поля зрения обоих глаз. Вовлечённое поле зрения является противоположным по отношению к стороне поражённой артерии.

5. Монокулярная слепота: зрительные нарушения в одном глазу. Могут страдать всё или часть поля зрения, часто эти нарушения описывают как исчезновение, побледнение, серое пятно, чёрное пятно в поле зрения. Страдают глаз, на стороне поражённой сонной артерии.

II. Вертебрально-базилярная система кровоснабжения (артерии: позвоночные, основная, задние мозговые):

1. Головокружение: ощущение неустойчивости и вращения. Может сочетаться с нистагмом. Изолированное головокружение является частым симптомом ряда несосудистых заболеваний.

2. Зрительные нарушения: нечёткое зрение справа или слева, вовлекаются оба глаза одновременно.

3. Диплопия: ощущение двух изображений вместо одного. Может иметь место ощущение движения рассматриваемых предметов, нарушение движения глазных яблок в сторону (глазодвигательный парез) или несинхронное движение глазных яблок.

4. Двигательные нарушения: слабость, неловкость, тяжесть или дисфункция в кисти, ноге, руке или в лице. Может вовлекаться одна половина тела или (нечасто) все четыре конечности. Лицо может вовлекаться на одной стороне, конечности на другой (альтернирующие стволовые синдромы). Дроп-атаки (внезапное падение без утраты сознания) являются частым симптомом начала паралича всех четырёх конечностей без нарушения сознания.

5. Нарушения чувствительности: сенсорные нарушения, парестезии. Могут вовлекаться одна половина тела или все четыре конечности. Обычно встречается одновременно с двигательными нарушениями.

6. Дизартрия: смазанная и нечёткая речь, плохая артикуляция, произношение.

7. Атаксия: нарушение статики, неустойчивая походка, забрасывание в сторону, дискоординация на одной стороне тела.

Вслед за подтверждением основного диагноза наиболее сложной и ответственной задачей является точная и быстрая диагностика характера инсульта (ишемический, геморрагический), так как в острый период заболевания от этого в значительной степени зависит дальнейшая тактика лечения. Наряду с тщательным неврологическим осмотром для этого необходимо детально проанализировать анамнез, ход развития ОНМК.

Для ишемического инсульта (инфаркта мозга) характерны:

1) предшествующие ТИА или транзиторная монокулярная слепота;

2) выявленные ранее стенокардия или симптомы ишемии нижних конечностей;

3) патология сердца (нарушения ритма сердца, чаще всего в виде мерцательной аритмии, наличие искусственных клапанов сердца, ревматизм, инфекционный эндокардит, острый инфаркт миокарда, пролапс митрального клапана и др.);

4) развитие во время сна, после приёма горячей ванны, физического утомления, а также во время приступа мерцательной аритмии, в том числе на фоне острого инфаркта миокарда, коллапса, кровопотери;

5) постепенное развитие неврологической симптоматики, в ряде случаев её мерцание, то есть нарастание, уменьшение и вновь нарастание клинических симптомов;

6) возраст старше 50 лет;

7) превалирование неврологической очаговой симптоматики над общемозговой симптоматикой.

Для кровоизлияния в мозг характерны:

1) длительно существующая артериальная гипертензия, нередко с кризовым течением;

2) развитие инсульта во время эмоциональных или физических перенапряжений;

3) высокое АД в первые минуты, часы после начала инсульта;

4) возраст больных не является определяющим моментом, однако для инфарктов мозга более характерен старший возрастной диапазон по сравнению с кровоизлияниями;

5) бурное развитие неврологической и общемозговой симптоматики, приводящей нередко уже через несколько минут к коматозному состоянию больного (особенно это характерно для кровоизлияния в ствол мозга или мозжечок, хотя изредка наблюдается и при обширных инфарктах ствола мозга в связи с закупоркой основной артерии, однако для неё типичны предвестники – расплывчатость зрения, туман перед глазами, двоение, нарушения фонации, глотания, статики и др.);

6) характерный вид некоторых больных – багрово-синюшное лицо, особенно при гипертензивной конституции и при этом тошнота или неоднократная рвота;

7) редкость переходящих нарушений мозгового кровообращения в анамнезе и отсутствие транзиторной монокулярной слепоты;

8) выраженная общемозговая симптоматика, жалобы на головную боль в определённой области головы, предшествующие (за несколько секунд или минут) развитию очаговых неврологических симптомов.

Для субарахноидального кровоизлияния характерны:

1) относительно молодой возраст больных (чаще до 50 лет);

2) начало заболевания внезапное, среди полного здоровья, во время активной, особенно физической деятельности;

3) первоначальным симптомом является сильнейшая головная боль, часто описываемая больными как «непереносимая», с возможной потерей сознания;

4) частое развитие эмоционального возбуждения, подъёма артериального давления, в последующем иногда гипертермии;

5) наличие выраженного менингеального синдрома: ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Брудзинского и

Кернига, светобоязнь и повышенная чувствительность к шуму, нередко при отсутствии очаговой симптоматики;

6) всегда – наличие крови в ликворе (люмбальная пункция).

Ни один из приведённых признаков не может с абсолютной точностью указывать на диагноз геморрагического или ишемического инсульта. Имеет значение совокупность признаков и их выраженность.

Первичная догоспитальная дифференциальная диагностика инсульта

Важной задачей на догоспитальном этапе является проведение первой дифференциальной диагностики инсульта с другими патологическими состояниями, имеющими клиническое сходство с ОНМК. К их числу относятся: гипогликемия, судорожные состояния (эпилепсия, эпилептические синдромы), черепно-мозговая травма, нейроинфекции (энцефалит, абсцесс мозга), мигрень, объёмные образования (опухоли) головного мозга, ряд психических расстройств, коматозные состояния, экзогенные и эндогенные интоксикации (метаболическая или токсическая энцефалопатия), рассеянный склероз, острая гипертоническая энцефалопатия и др.

Основной алгоритм диагностики ОНМК на догоспитальном этапе

1. При опросе и сборе анамнестических данных:

1. В первую очередь установить точное время начала заболевания.

2. Когда и в какой последовательности появились клинические симптомы заболевания?

3. Имеются ли ФР (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, ИБС, уже перенесённые в прошлом ОНМК или черепно-мозговой травмы).

II. При объективном обследовании обязательны (уровень доказательности В):

1. Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня угнетения сознания по шкале комы Глазго (табл. 1), проходимость дыхательных путей и дыхания, кровообращения.

2. Визуальная оценка: внимательно осмотреть и пальпировать мягкие ткани головы (выявления возможной черепно-мозговой травмы), осмотреть наружные слуховые и носовые ходы (для выявления ликворо- и гематорреи). 3. Измерение частоты пульса, ЧСС, АД (на двух руках), частоты дыхания, аускультация сердца и лёгких, термометрия.

4. Электрокардиография.

5. Исследование глюкозы в крови.

6. Офтальмоскопия (уровень доказательности D).

7. При исследовании неврологического статуса необходимо: качественная оценка очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики с фиксацией в медицинской документации. Проявлениями нарушений могут быть изменения сознания, речи, двигательных функций (слабость в конечностях), асимметрия лица, нарушения чувствительности (онемение), судорожные синдромы и прочие симптомы.

Основные действия при оказании догоспитальной помощи больным с ОНМК

Инсульт является неотложным состоянием, поэтому все пациенты с ОНМК должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры или специализированные отделения многопрофильных стационаров для лечения больных с инсультом (уровень доказательности А). Врач общей практики, уточнив вопросы предварительного диагноза в пользу ОНМК, должен решить дополнительно две другие задачи: 1) имеются ли противопоказания для неотложной госпитализации в профильный стационар 2) имеется ли необходимость в неотложной медицинской помощи (в том числе в терапии) больному на догоспитальном этапе. При этом семейный врач для реализации этих задач использует услуги службы скорой медицинской помощи, которая немедленно вызывается по месту нахождения пациента с ОНМК (уровень доказательности А). К пациентам в критическом состоянии направляется реанимационная бригада скорой медицинской помощи.

Показания и противопоказания к госпитализации больных с ОНМК

Оптимальное время госпитализации – **первые 3-6 часов** от начала инсульта (уровень доказательности В). При более поздней госпитализации значительно возрастает количество осложнений инсульта и тяжесть последующей инвалидизации больных с ОНМК. В ситуации, когда врач общей практики видит больного в течение первых 1-2 часов от начала вероятного ишемического инсульта и первоначальная оценка состояния больного подтверждает возможность проведения тромболизиса, необходима максимально быстрая доставка его в соответствующий региональный сосудистый центр (уровень доказательности В).

Критерии первого (амбулаторного) этапа отбора пациентов для тромболитической терапии ишемического инсульта:

1) больные в возрасте от 18 до 80 лет;

2) они должны понимать обращённую речь,

допустимо угнетение сознания пациентов до уровня оглушения;

3) имеются «характерные» признаки инсульта: параличи конечностей или мимической мускулатуры, расстройства чувствительности, нарушения речи, походки или зрения;

4) отсутствует значительное клиническое улучшение;

5) симптомы инсульта развились не более 2 часов назад.

Показания к госпитализации:

1) целесообразна госпитализация всех заболевших с ОНМК, в том числе и с остро возникшими лёгкими очаговыми симптомами («малый инсульт»), а также с ТИА;

2) пациенты с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние подлежат срочной госпитализации в нейрохирургический стационар, даже при относительно лёгком течении заболевания;

3) предпочтительно направлять в многопрофильные стационары с нейрохирургическими отделениями и больных с вероятными кровоизлияниями в мозг;

4) обоснована перспективность для исходов инсульта госпитализации больных в первые 14 дней заболевания.

Транспортировку больных с инсультом любой степени тяжести необходимо проводить только в положении лёжа, с приподнятым до угла в 30° головным концом, независимо от тяжести состояния больного.

Противопоказания к госпитализации:

1. Относительные:

1) критические нарушения дыхания и кровообращения до их стабилизации;

2) психомоторное возбуждение и эпилептический статус до их купирования;

3) терминальная кома, деменция в анамнезе с выраженной инвалидизацией до развития инсульта;

4) терминальная стадия онкологических заболеваний;

2. Абсолютные:

1) письменно подтверждённый отказ пациента или его родственников от госпитализации.

В этих случаях дальнейшая симптоматическая неотложная помощь и лечение проводятся на дому под наблюдением персонала амбулаторно-поликлинических служб. Больным с ОНМК по различным причинам оставшимся на амбулаторное лечение в течение первых суток должна быть назначена базисная, симптоматическая и нейропротективная терапия. Необходимость в их стационарном лечении в более поздние сроки в течении (или после) инсульта, может быть обусловлена присоединением соматогенных осложнений или развитием повторных эпизодов. Посещение невролога поликлиники больного инсультом должно быть не реже двух раз в неделю.

Лечение ОНМК на догоспитальном этапе

Лечение больных с инсультами включает два основных направления: базисную и специфическую терапию.

Основные направления базисной терапии:

1. Коррекция дыхательных нарушений.

Для коррекции и профилактики нарушений дыхания необходима оценка проходимости дыхательных путей. У пациентов со сниженным уровнем бодрствования или угнетением сознания и обездвиженностью наиболее распространённой причиной развития гипоксических состояний является обтурация верхних дыхательных путей корнем языка, поэтому в таких случаях необходимо выполнение тройного приёма на дыхательных путях (запрокидывание головы, выдвигание нижней челюсти вперёд, открывание рта) или альтернативой этому приёму может служить введение носо- или рототлоточного воздуховода (уровень доказательности В).

2. Коррекция АД.

Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо (уровень доказательности В). Постепенное снижение АД при ишемическом или недифференцированном инсульте показано только при цифрах, превышающих 200/110 мм рт.ст. При подозрении на геморрагический характер ОНМК, АД необходимо снижать при цифрах более 170/100 мм рт.ст. Целевой уровень медикаментозной гипотензии – до цифр, превышающих обычное АД на 15-20 мм рт.ст. (уровень доказательности С). Следует избегать любого резкого падения АД, в связи с чем недопустимо применение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено. Предпочтение следует отдавать гипотензивным препаратам из группы ингибиторов АПФ – каптоприл, эналаприл и пр. (уровень доказательности D). Также необходимо ограничивать применение аминофиллина и других сосудорасширяющих препаратов из-за развития эффекта обратывания, если только нет других соматогенных причин их использования в конкретных случаях (уровень доказательности В).

3. Водно-электролитный обмен.

Основным инфузионным раствором следует считать 0,9% раствор хлорида натрия (уро-

вень доказательности D). Гипоосмолярные растворы (0,45% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы) при инсульте противопоказаны из-за риска увеличения отёка мозга (уровень доказательности D).

4. Отёк мозга и повышение внутричерепного давления. Все пациенты со снижением уровня бодрствования (угнетением сознания с уровня глубокого оглушения) должны находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи) (уровень доказательности D). При появлении и/или нарастании признаков нарушения сознания вследствие развития первичного или вторичного поражения ствола головного мозга показано введение осмотических препаратов. В условиях стационара вводят маннитол в дозе 0,5-1,0 г/кг каждые 6 часов внутривенно (уровень доказательности С).

5. Купирование судорожного синдрома.

Для купирования генерализованных судорожных припадков (тонические, клонические, тонико-клонические судороги во всех группах мышц с потерей сознания, недержанием мочи, прикусом языка) и фокальных судорожных пароксизмов (подёргивания в отдельных группах мышц без потери сознания) используют диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно (10 мг в/в) через 3-4 минуты (уровень доказательности D). Необходимо помнить, что максимальная суточная доза диазепама составляет 80 мг.

Нейропротективная терапия. Данное направление терапии может являться одним из наиболее перспективных, так как раннее использование нейропротекторов и антиоксидантов возможно уже на догоспитальном этапе, до выяснения характера нарушения мозгового кровообращения. Ряд нейропротективных препаратов, по данным отечественных публикаций, могут быть рекомендованы к применению уже на догоспитальном этапе:

1) по назначению врача общей практики: магния сульфат, глицин (уровень доказательности D);

2) по назначению врача скорой помощи или врача стационара: метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, цитофлавин, кортексин, церебролизин (уровень доказательности D).

В качестве нейропротектора, магния сульфат должен вводиться в/в медленно (10 мл 25% раствора в разведении на 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия) в течение 30 минут.

Глицин (для пациентов, находящихся в сознании) применяется субингивально или трансбуккально по 1 г (или 10 таблеток по 100 мг) в таблетках или в виде порошка после измельчения таблеток.

Согласно ведущим международным клиническим рекомендациям по лечению ОНМК и результатам большинства крупных рандомизированных исследований по изучению эффективности церебропротективных препаратов, в настоящее время пока не существует нейропротективной программы, продемонстрировавшей достоверное улучшение исхода инсульта. В частности, в клинических рекомендациях European Stroke Organization (ESO) от 2008 г. указано, что в настоящее время отсутствуют рекомендации по лечению острого ишемического инсульта при помощи нейропротективных препаратов (уровень доказательности А).

Часто встречающиеся ошибки терапии инсульта на догоспитальном этапе (уровень доказательности D):

1. Применение хлористого кальция, менадиона, аминокпроновой кислоты или аскорбиновой кислоты для остановки кровотечения при подозрении на геморрагический инсульт (данные препараты начинают действовать через несколько суток, при ОНМК не исследовались).

2. Применение гипотензивных препаратов, которые резко снижают АД (например, нифедипин).

3. Назначение ацетилсалициловой кислоты и других антиагрегантов (дипиридамол, пентоксифиллин) в первые часы развития инсульта может быть противопоказано, потому что на догоспитальном этапе часто невозможно исключить мозговые кровоизлияния.

4. Применение фуросемида для лечения отёка мозга не показано из-за возможного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга, а также из-за развития гемоконцентрации.

5. Активное применение на догоспитальном этапе ряда ноотропов в остром периоде инсульта (пирacetам, инстенон, никотиноил гамма-аминомасляная кислота и др.). Они стимулируют и истощают головной мозг, находящийся в условиях ишемического повреждения.

Немедикаментозная терапия инсульта включает мероприятия по уходу за больными, оценку и коррекцию функции глотания, профилактику и лечение инфекционных осложнений (пролежни, пневмония, инфекция мочевыводящих путей и др.).

(Продолжение следует.)

В «Энциклопедическом словаре» Брокгауза и Ефрона понятие «термин» объясняется в двух статьях. *Terminus* у древних римлян – «божество границ, под покровительством которого состояли пограничные камни и столбы, считавшиеся священными... кто выкопает пограничный камень, тот... подлежит проклятию». В честь этого божества устраивались так называемые терминалии – весёлые мирные праздники, во время которых жители соседних посёлков собирались «для общего пира, пели песни, посвящённые Термину, как установителю границ и примирителю вражды и споров».

Отсюда прокладывается путь к современному пониманию сути «термина» как «строго определённого понятия, одной из главных черт которого должна быть... устойчивая однозначность... необходимость выдерживать раз установленное значение термина, иначе неизбежна двусмысленность, которая делает речь непонятной».

Немного истории

Для преподавателя это очень важное положение. Мы неоднократно убеждались, что при обсуждении какой-то темы вдруг, по тем или иным признакам реакции аудитории, начинали улавливать: мы говорим на разных языках, мы не понимаем друг друга. Возможная причина этого – терминологическая путаница как следствие недостаточной теоретической подготовки студента (врача), так (и это не исключено) разного обозначения, казалось бы, одного и того же явления (предмета, вопроса) в учебниках, руководствах, монографиях, научных статьях.

К примеру, Э.Ванцян и И.Брегадзе, рассматривая понятия «свищ» и «стома» и чётко их различая, справедливо замечают, что «слишком часто терминологическими ошибками изобилуют как у нас, так и за рубежом книги, научные статьи, устные выступления в научных обществах и на съездах. К сожалению, сейчас некоторые неправильные термины почти узаконены».

Прошло много лет с того времени, когда были написаны эти слова, а понятия эти так и не разграничены. Нередко, только в процессе чтения возникает понимание того, что автор, говоря о фистуле, в действительности предполагает стому и наоборот.

Так, В.Черкес, описывая технику восстановительной операции при двустольной колостоме постоянно одно и то же называет то стомой, то свищом: первый этап операции – «ушивание кишечного свища», выделение «сегментов кишки, образующих колостому... вокруг колостомы рассекают (ткани) и сшивают над свищом».

Как-то, дискутируя на эту тему и не находя понимания со стороны оппонентов, мы задались вопросом о написании на Западе имени святого Константинопольского патриарха Иоанна Златоуста (340-407). Оказалось, «златоуст» – слово греческого происхождения и сохраняется в европейских языках, с незначительными вариациями, как *Chrysostome* (от греч. *khrysos* – золото и *stoma* – рот, уста) и смешения терминов *stoma* и *fistula* здесь никогда не бывает.

Не секрет, что «новые словечки» нередко появляются после очередной конференции или очередного съезда. Вот вдруг появляется «сетон». На желание узнать происхождение этого термина обычно отвечали незнанием или предполагали связь с английским глаголом «set on». Выясняется, однако, что это глагольное сочетание может переводиться и как «продвигаться вперёд», так и «поддучать, подстрекать, науськивать, натравливать» и, таким образом, не имеет никакого отношения к «сетону» как к медицинскому термину.

Интернет по этой части или молчит или даже определяет это слово как имя собственное (Сетон). Понятно, что по характеру действия, а значит и по смыслу оно означает устойчивое, длительное дренирование.

Ни в отечественных англо-русских и французско-русских общих и специализированных словарях,

Точка зрения

Вначале было слово...

О терминологии в медицине и не только

ни в английских и американских толковых словарях – «American Pocket Medical Dictionary» (1953), «Oxford Advanced Dictionary of Current English» (1978) этого слова нет. Нет его и в изданном в 1979 г. «The classic, standard, definitive Roget's International Thesaurus» (256 тыс. слов и выражений!). Встречавшийся ранее, правда редко, термин «сетон» воспринимался в качестве синонима к слову «дренаж».

«Сетон» пришёл к нам из французского языка. Действительно, в словаре «Larousse medical» (1952) этот термин представлен следующим образом: «сетон» (от лат. *seta* – шёлк; жёсткий волос, щетина) – почти не употребляющаяся сейчас процедура, предназначение которой – вызвать нагноение в более или менее удалённой от основного очага болезни точке. При этом под кожу (обычно на затылке) с помощью иглы проводят длинную полоску из марли, пропитанной воском и маслом.

В «Nouveau Petit Larousse» (1968), кроме того, говорится о «*plaie en seton*» – ране, нанесённой холодным оружием и находящейся только под кожей, без повреждения мышц и других органов.

В словаре «Dictionnaire du français moderne» (1969) и «Le Petit Robert» (1972) отмечается, что это слово впервые стало употребляться приблизительно с 1478 г., подчёркивается, что оба конца марлевой полоски (или пучка из конского волоса) должны выходить через отдельные отверстия для обеспечения постоянного дренирования и оттока раневого содержимого. В итальянском языке сохраняется оборот «*ferita a setone*» – касательное, поверхностное ранение. Первоначальный смысл «сетона», таким образом, заключается в искусственном создании тлеющего очага воспаления, предназначенного для излечения основного заболевания. Но, и это существенный момент, это – дренируемый очаг воспаления.

Конечно, со временем и в старом термине может вывиться новое содержание. И тогда интересной становится его историческая эволюция, которая может завершиться обретением нового качества (смысла) вроде бы уже давно устоявшегося понятия.

Бывает, и привычные слова или их сочетания, значение которых известно со студенческих лет, преобразуются во что-то замысловатое. Как понять, к примеру, выражение, встречающееся и в специальной литературе, – «тотальная резекция» (какого-либо органа)? Если «резекция» – это удаление части органа, а «то-

тальный, -ая» – полное иссечение такого, то, следовательно, указанная фраза может быть переведена как «полное частичное удаление» органа. Но ведь это явное «*contradictio in adjecto*» – логическое противоречие в определении («деревянное железо», «сладкая соль» и т.п.).

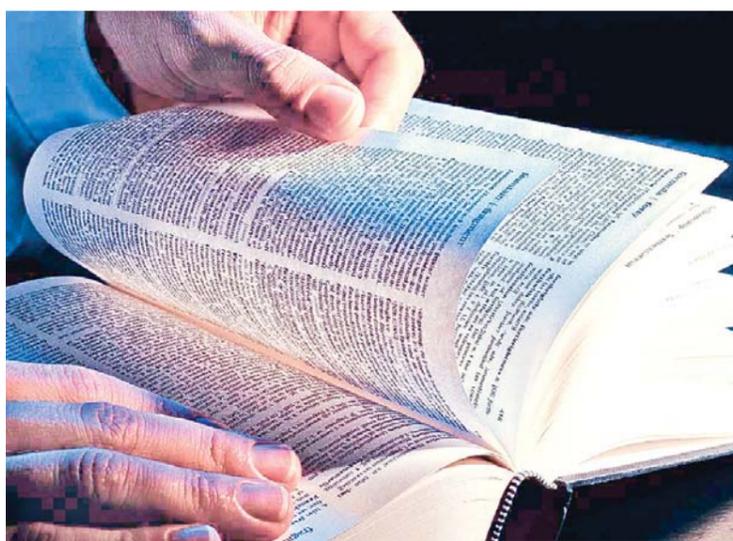
Строго говоря, и «резекция дивертикула Меккеля» предполагает иссечение только части дивертикула. Ясно, что речь идёт

литературы, считает, что в ней «разговора об освоении системы языка... о ценностной составляющей языка нет и в помине. При таком подходе понятие «русская речь» может перестать существовать».

И совсем пессимистический вывод: «...появился новый язык, который и языком назвать трудно и уж, тем более, языком русским» (В.Позволяев, российский писатель). Это же с чувством горечи

Есть для этого и необходимое устройство – морцеллятор. Аналогов этих слов в русском языке найти, конечно, было нельзя?

Названия некоторых заболеваний вызывают недоумение. Так, колопроктологи и гастроэнтерологи при воспалении выключенной из пассажа части толстой кишки широко используют понятие «Диверсионный колит». Оно, можно сказать, прижилось. Но причём здесь «диверсия»?



В поисках первоисточника

о том или ином варианте дивертикулэктомии или резекции подвздошной кишки вместе со всем дивертикулумом.

Не является ли тавтологией оборот «тотальная гастрэктомия» – «полное удаление всего желудка»? Может быть, достаточно одной «гастрэктомии».

С налётом иностранщины

Откуда появляются новые термины? Можно предположить, что их возникновение – это шаг (или шагок) в познании неизведанного. Однако, окружающая нас разнообразная действительность заставляет в этом усомниться.

«Я взглянул окрест меня – душа моя страданиями человечества уязвлена стала». То-то бы удивился и возмутился Пирогов увиденному в наше время – всему этому «новому», что встречается повсюду: и в вывесках, и в названии специальностей и должностей, и, к сожалению, в научной литературе. Иностранщина!

Филологи бьют в набат: «... Мы должны уметь выражать свои мысли по-русски, а не на каком-то слэнге, составленном из западных слов» (Т.Миронова, доктор филологических наук). Даже обсуждаемая «Концепция преподавания русского языка и литературы...» написана на языке, который «...очень далёк от научного и официально-делового стиля речи... и от нейтрального стиля речи, на котором общаются образованные носители языка... (а) некоторые фразы выглядят как «американизированный русский» (Н.Кутейникова, кандидат педагогических наук, профессор Московского института открытого образования). Критически рассматривая эту же «Концепцию...», О.Зайцева, лауреат конкурса «Лучший учитель года», учитель русского языка и

отмечал В.Распутин: «...русский язык переполнен мусором...».

Фото в научной статье с подписью «инсталляция аппарата». Конечно, это звучит лучше, чем «установка»... (?). В солидной монографии авторы пишут: «...болезнь протекает торпидно, аттенуировано...». Может быть, достаточно было сказать «без видимых (или явных, выраженных) клинических проявлений»? Ладно – «торпидно», но зачем-то ещё и «аттенуировано» (от французского глагола *atténuer* – смягчать, ослаблять, приглушать).

И в практической жизни «... заболтали всё и вся. Ведутся бесконечные разговоры о проблемах... в оборот запускается бесчисленное количество новых терминов. В результате, порой даже невозможно понять, о чём, вообще, идёт речь» (В.Еремеев, председатель колхоза «Маяк» Калужской области). Вопрос: а не делается ли это сознательно?

Возвышенный стиль научных статей предполагает использование соответствующих терминов – «комплаенс» и «комплаентность», «девиация» и «дефлексия», «акцидентальность» и «коморбидность», «имплементация» и «морцелляция» и т.д., и т.п.

Неужели права одна из чеховских персонажей, произнося в отчаянии: «Они хотят свою учёность показать и всегда говорят непонятное»?

Действительно, что, к примеру, значит «морцелляция»? В словарях находим источники: «*morsel*» (англ.) – кусочек, «*morcellement*» (англ.) – удаление по частям, кускование. То же и по-французски: «*morceau*» – кусок, «*morcelé*» – раздробленный, измельчённый, «*morcellement*» – дробление, крошение. Речь идёт о лапароскопической спленэктомии и об измельчении селезёнки перед её удалением из брюшной полости.

В современных отечественных толковых словарях этот термин означает только одно – отвлекающую военную (или идеологическую) операцию. В словаре В.Даля «диверсия» определяется как «отвод неприятельских сил ложной тревогой или заходом с иной стороны».

В европейских языках (лат., англ., фр.) термины «диверсия», «диверсионный» имеют и другое, необычное для нас, значение: *diversus* – 1) обращённый в другую сторону, 2) противоположный, 3) удалённый, отдалённый.

Так, латинское выражение «*diversa loca*» означает отдалённые места, а английское «*in divers places*» – в разных местах. Смысл французского «*divers, -e*» – что-либо существенно отличное (различное), когда что-то сравнивают.

Первое упоминание о воспалительных изменениях в отключённой части толстой кишки принадлежит В.Морсон (1972). Однако понятие «диверсионный колит» непосредственно связано со статьёй D.Glotzer et al. Здесь «*diversion*» переводится как «отвлечение, отклонение, отведение» чего-либо и к «диверсии» в нашем обычном понимании никак не относится.

Следует обратить внимание и на то, что указанные авторы различают понятия «проктит» и «колит» и не смешивают их, – ситуация заставляющая вспомнить «неспецифический язвенный колит»: хотя у большинства пациентов это заболевание начинается с прямой кишки, патология чаще всего определяется как только «колит». По умолчанию, все понимают, что речь идёт о «проктоколите».

В последнее время замелькало слово «гайдлайн». По-нашему, это – «руководство», «принцип» действий в научно-исследовательской работе, «директива», «руководящее указание». Используются такие, например, сочетания: «гайдлайнами рекомендуется», «гайдлайны и рекомендации». Так это одно и то же или между «гайдлайнами» и «рекомендациями» существует разница?

Тяга к «наукообразию»

Представим себе отлично организованную конференцию, посвящённую актуальным вопросам хирургического лечения колоректального рака.

Вот мастер-класс с демонстрацией выполнения правосторонней гемигектотомии разными хирургами.

А затем начинаются доклады. Один из докладчиков по ходу своего выступления говорит о необходимости при завершении оперативного вмешательства

(гемигепатэктомии) выполнить «клинап ремнАнта». Более чем вероятно, что в первоисточнике эта фраза выглядела так – «to clean up the rEmnant». Глагольное сочетание «clean up» в данной ситуации может быть переведено как: 1) убирать, приводить в порядок, 2) заканчивать начатую работу, 3) очистить территорию. А «remnant» (с ударением в начале слова) это, конечно, «остаток», «культя» (печени) – the remnant of the liver, то есть левая доля печени.

Неужели всё это нельзя сказать по-русски? Или это тяга к наукообразию?

Другой выступающий обращает внимание на необходимость мобилизации ободочной кишки «from medial to lateral». Не проще ли эту фразу произнести по-русски? Какую дополнительную смысловую информацию привносит эта фраза, произносимая по-английски среди текста на русском языке. Зачем?

Третий докладчик упоминает о «скомпрометированной печени». Тут одним значением глагола «скомпрометировать» (подрывать чью-либо репутацию, доброе имя, порочить) явно не обойтись. Современные французские толковые словари (Nouveau Petit Larousse, Petit Robert, Dictionnaire du français moderne par Maurice Remy) сообщают дополнительные значения глагола «compromettre»: ставить в критическую ситуацию, подвергать опасности, рисковать; уменьшать, снижать что-либо. Следовательно, хотя бы ориентировочно, «скомпрометированная печень» – это больной, неполноценный орган.

Известно, что как в прошлом, так и сейчас медицинская терминология создавалась и создаётся на основе латинского и греческого языков. Однако, в настоящее время встречаются удивительные примеры того, когда в основе медицинского понятия закладывается английское слово. Есть в колопроктологии операция – колэктомия с брюшноанальной резекцией прямой кишки (анальные сфинктеры сохраняются). Выполняется она чаще всего у пациентов неспецифическим язвенным колитом. С целью сохранения естественного пассажа кишечного содержимого и его удержания создаётся резервуар из анастомозированных между собой по типу бок в бок двух, трёх и даже четырёх петель терминального отдела подвздошной кишки с формированием илеоанального анастомоза.

У части оперированных таким образом пациентов возникает осложнение – воспаление резервуара. По-видимому, «воспаление резервуара» – слишком приземлённое понятие, а посему появляется термин «резервуарит». И не надо сомневаться: «компримированный» воздух будет всегда качественнее «сжатого». Точно так же, как все эти лайки, селфи, чииизы, вау и т.п. экзотические заимствования.

Согласимся с С.Замлеловой: «Сколько появилось и по сей день появляется ничего не значащих... слов, нагруженных вымышленным смыслом... Слов этих развелось такое количество, что впору составлять словарь».

В доказательство правоты отмеченного явления, проследим за дальнейшей судьбой «резервуара».

Бесплодная игра

В англоязычной медицинской литературе в последнее время почти всегда вместо «reservoir» используется другой термин – «pouch» (пауч), означающий «мешок, карман» (в анатомии это, например, – Douglas' pouch –

Дугласов карман, дугласово пространство; rectouterine pouch – прямокишечно-маточное углубление; uterovesical pouch или vesicouterine pouch – пузырьно-маточное углубление). А одним из наиболее устойчивых словесных сочетаний стало английское «ileal pouch – anal anastomosis», то есть подвздошно-кишечный резервуар с илеоанальным анастомозом. Воспалительный процесс в «pouch» стал называться «pouchitis» (паучит). И «паучит» пробрался в русскоязычное поле и был встречен с пониманием (как же – новые горизонты познания!).

История с «пауч» и «паучитом» имеет продолжение. В одной из научных работ воспаление резервуара обозначается как «поучит». Но английское «roach» (поуч) – браконьерствовать, а «roacher» – браконьер. Разница – в одной букве, но произношение разное и смысл иной.

При выполнении операций с созданием резервуара из петель подвздошной кишки и формированием илеоанального соустья для улучшения функциональных результатов рекомендуется сохранять часть прямой кишки на 1,5-2 см выше гребешковой линии. Но и здесь, как раз на этом участке, в послеоперационном периоде может произойти обострение воспалительного процесса. В англоязычной литературе для обозначения этого явления используется термин «cuffitis» (каффит) – от английского слова «cuff» – манжетка, обшлаг.

Наверно, действительно трудно подыскать для «каффита» соответствующий латинский или греческий термин. Но почему, в таком случае, не обратиться за помощью к специалистам, к языковедам-филологам и лингвистам, знатокам латинского и греческого языков. Без их помощи мы погрязнем в «акторах» и «аттракторах», «аутсорсингах» (аутсорсеры!) и «краудсорсингах» и тому подобных словесных излишествах.

По-разному можно рассматривать и оценивать эти терминологические новшества. Может быть, это более глубокое постижение какого-то явления? Прогресс в развитии науки? Мы же полагаем, что всё это отнюдь не приближение к истине, а своеобразное отвлечение ума, имитация и развлечение. Бесплодная игра!

В полемической статье «Создание биоинженерных органов, стволовые клетки и добросовестность научных исследований в хирургии» С.Дземешкевич, представив клиническое наблюдение и анализируя ситуацию, делает вывод о том, что «манипулирование современными терминами в хирургии даёт нашим пациентам необоснованные надежды и подрывает авторитет науки и медицины».

На примере колопроктологии

Возьмём, для примера, всё тот же «сетон» – современный модный термин, прямо-таки проктологический шибболет (см. далее). Но... все сетон да сетон, а о... Гиппократе ни полслова. Аннигиляция какая-то. Признаёмся, что и мы не против «сетона», мы просто хотим, чтобы не забывали Гиппократа.

Если исторически «сетон» означает поверхностную, на уровне подкожной клетчатки, рану с входным и выходным отверстием, то лигатурный метод Гиппократа предполагает поэтапное медленное рассечение мышечной (!) ткани – волокон анального сфинктера. Приходится только удивляться гению нашего учителя и заодно убедиться в принципиальном

отличии собственно «сетона» от лигатурного метода при лечении сложных параректальных свищей.

Метод Гиппократа нельзя ни «лишить его сущности, ни вытоптать о нём память».

В ещё большей степени сходная с «забвением» ситуация прослеживается при анализе широко пропагандируемой операции – тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ). Почему «тотальная», разве недостаточно одной «эктомии»?

Что же такое «мезоректум»? Как только мы коснёмся этой стороны вопроса, то сразу же попадаем в поле неопределённости, начиная с самого простого, как кажется, выяснения: где, с какого уровня, начинается прямая кишка? Ответов здесь несколько: с promontorium, то есть с места сращения V поясничного и I крестцового позвонков; в промежутке между II и III крестцовыми позвонками. Если с promontorium, то у начального отдела прямой кишки есть короткая, треугольной формы, брыжейка. Если с III крестцового позвонка, то этой брыжейки у прямой кишки нет (она относится к сигмовидной кишке). Некоторые анатомы эту конечную часть ободочной кишки (между сигмовидной и прямой) обозначают как colon pelvium – тазовый отдел ободочной кишки.

Вот точка зрения исследователей, не понаслышке, а детально и основательно разбирающихся в этой проблеме: «Понятие «мезоректум» имеет особое значение в онкопроктологии. Термин «брыжейка прямой кишки» в современной анатомической терминологии отсутствует. В практической онкопроктологии этим термином, введённым R.Heald, объединяется отграниченная от остального окружения висцеральной фасцией параректальная клетчатка с расположенными в ней нервами, кровеносными, лимфатическими сосудами и лимфоузлами первого порядка... (Это) относительно бескровный слой, так называемый «священный слой» (holy place), упомянутый R.Heald» (Т.Одарюк, Г.Воробёв, Ю.Шельгин).

А.Бутенко и В.Разбирин отмечают, что «техника выделения прямой кишки по межафасциальным пространствам ... была описана и ранее». Авторы упоминают В.Александрова с его методом мобилизации прямой кишки «в слое» и уточняют: «при внимательном рассмотрении описания ТМЭ и техники удаления кишки «в слое» можно только удивляться их схожести в мелких деталях. Также аналогичным было стремление к повышению доли сфинктеросохраняющих операций, первенство (!) в применении сшивающих аппаратов и даже сопоставимые отдалённые результаты... сшивающий аппарат, который использовал британский хирург на ранних этапах, был Советского производства». Авторы не умаляют значение работ R.Heald: «...разработка методов оценки качества ТМЭ и настойчивая пропаганда ТМЭ есть несомненное достоинство работ R.Heald».

J.Nicholls принципиально подчёркивает, что «тотальная мезоректумэктомия, описанная Хилдом, на самом деле была формализацией (!) с доказательствами того, что всегда делали хорошие хирурги, а именно – выделяли прямую кишку в анатомической плоскости (собственная фасция) между ней и окружающими тканями».

Вместе с А.Parks, J.Nicholls был начинателем нового этапа в развитии радикальных хирургических вмешательств на толстой кишке (колопроктэктомия) у больных неспецифическим язвенным колитом и диффузным полипозом. В 1978 г. они сообщили о

клиническом применении разработанного ими S-образного подвздошнокишечного резервуара с формированием илеоанального анастомоза.

В 1985 г. R.Nicholls и M.Pezim сконструировали W-образный резервуар (из 4 петель терминального отдела подвздошной кишки) и дали сравнительную клиническую характеристику J-, S-, W-резервуарам.

Учитывая опыт R.Nicholls в области хирургической колопроктологии, нельзя не прислушаться к его точке зрения относительно сущности тотальной мезоректумэктомии.

Что же умалчивается в этой концепции – ТМЭ? По сути, вся предыдущая история развития радикальной хирургии прямой кишки, включая основополагающие работы как клиницистов, так и анатомов.

Анатомия прямой кишки изучалась многими исследователями. Вспомним некоторых из них. Собственную фасцию этого органа описал J.Amussat (1796-1856). С ним встречался Н.Пирогов. В «Дневнике старого врача» он рассказывает о том, что в 1838 г. они навестили в Париже «старого Ларрея» (D.Larrey, 1766-1842), главного хирурга наполеоновской армии (la Grande Armée).

С именем Ch.Denonvillers (1808–1872) связано открытие брюшинно-промежностного апоневроза. Правда, В.Кованов и Т.Аникина считают, что французский анатом представил только часть этого образования, назвав его брюшинно-предстательным апоневрозом.

Впервые и полностью брюшинно-промежностный апоневроз был определён Э.Салищевым (1851-1901), «отцом сибирской хирургии», в его диссертации «Топографический очерк мужской промежности» (1885).

Немецкому анатому W.Waldeyer (1836-1921) принадлежит приоритет в открытии позадипрямокишечной фасции, расположенной непосредственно перед крестцовой костью. Разносторонний учёный, он одним из первых поддержал нейронную теорию Рамон-и-Кахаля (1852-1934) и предложил термин «нейрон». На принципиальное значение внефасциального удаления прямой кишки при раке этого органа указывали многие исследователи (L.Rehn, 1895, 1900; В.Брайцев, 1910, 1952; А.Старков, 1912). Поскольку эта сторона вопроса имеет непосредственное отношение к ТМЭ, позволим себе пространную выдержку из ставших классическими монографий С.Холдина.

«На хирургическое значение собственной фасции прямой кишки указывали Рен и особенно А.Старков, настаивавшие на неоспоримом теперь (1955 г. – Авт.) правиле обязательного удаления поражённого раком прямой кишки вместе с окружающим её фасциальным цилиндром, содержащим во внутренностной клетчатке отводящие лимфатические сосуды и ближайшие лимфатические узлы. Рен первый выставил для этих операций два положения, сохранившие своё значение и по сей день: 1) удаление прямой кишки при раке должно быть внефасциальным и 2) переход рака за пределы собственной фасции является противопоказанием для радикальной операции ввиду малых шансов на успех.

Если нельзя ограничить стремление хирурга к радикализму даже в некоторых далеко зашедших случаях при прорастании опухоли за пределы собственной фасции, то соблюдение первого правила следует признать обязательным (А.Старков, В.Брайцев)».

Следует добавить, что докторская диссертация одного из основоположников колопроктологии в нашей стране В.Брайцева (1878-1964) «Рак прямой кишки, оперативное его лечение» была признана лучшей работой по хирургии за 1910 г., а А.Старков (1874-1927) является автором опубликованного в 1912 г. фундаментального двухтомника по анатомии и хирургии таза.

Значительным шагом вперёд в развитии хирургии рака прямой кишки была разработанная W.Miles (1869-1947) техника брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и «конечного отдела тазовой части ободочной»: в 1908 г. он обосновывает необходимость удаления опухоли «единым блоком» вместе с лимфатическими коллекторами. Таким образом, W.Miles дополнил промежностный доступ, предложенный в 1896 г. E.Quenu (1852-1933), внутрибрюшным и значительно улучшил исходы радикальных вмешательств.

Сейчас брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Кеню – Майлсу стала стандартной операцией, техника которой и детали, если и изменились, то только в связи с возможностью применения новой аппаратуры.

Примечательно, но факт: многие видные современные хирурги не упоминали и не упоминают, не использовали и не используют в своих трудах эту аббревиатуру – ТМЭ. Особенно показательна в этом отношении позиция крупного колопроктолога нашей страны В.Александрова, прошедшего все этапы развития хирургии рака прямой кишки.

Сами с усами

В перерыве одной из хирургических конференций завязался спор на тему: что действительно нового содержится в понятии «тотальная мезоректумэктомия»? Один из участников дискуссии ответил на этот вопрос просто: это как символ, как знак, по которому мы узнаём своих.

И вновь мы встречаемся с тем, что известно как «шибболет» – термин в переводе с иврита означающий «колос» или «течение» (поток, река). В переносном смысле этот библейский термин обозначает характерную речевую особенность, по которой можно опознать группу людей. Это, таким образом, – своеобразный «речевой пароль».

В английском языке термин «шибболет» с XVII века приобрёл множество дополнительных значений, например, – тайный пароль, ходячее или модное словечко, примета для опознания и (неодобрительно) избитый лозунг, предрассудок, традиционное предубеждение.

«Тотальная мезоректумэктомия», кажется нам, является современным медицинским (хирургическим) «шибболетом», но претендующим на новые знания, на якобы продвижение вперёд, на прогресс. Действительное совершенствование в этой области деятельности базируется, как мы видели, на фундаментальных исследованиях наших предшественников – подлинных пионерах и первооткрывателях.

Вячеслав ИСАЕВ,
профессор кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
доктор медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
заведующий кафедрой и клиники
госпитальной хирургии, доцент,
доктор медицинских наук,

Павел АНДРЕЕВ,
ассистент кафедры и клиники
госпитальной хирургии.

Самарский государственный
медицинский университет.

Нынешний год оказался «урожайным» на появление новых идей в отношении сепсиса. Вышли в свет обновлённые редакции Европейской и Американской концепций сепсиса, а в новом международном консенсусе по сепсису и септическому шоку (Sepsis-3) пересмотрены терминология и критерии диагностики этого жизнеугрожающего состояния.

В канун Всемирного дня сепсиса мы обратились с просьбой прокомментировать суть и значение этих изменений к главному научному сотруднику отделения реанимации и интенсивной терапии Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского доктору медицинских наук Максиму Бабаеву.

Неизбежность встречи

– Максим Александрович, давайте начнём с главного – со статистики. Насколько она тревожная?

– Ежегодно сепсис поражает огромное число людей, унося больше жизней, чем рак молочной железы, колоректальный рак и СПИД, вместе взятые. В ходе европейского исследования были проанализированы результаты лечения 12 881 больного тяжёлым сепсисом в 37 странах мира, госпитальная летальность в среднем составила 49,6%.

В США тяжёлый сепсис занимает одно из ведущих мест в структуре причин летальных исходов у больных в критическом состоянии, а заболеваемость сепсисом в стране – около 300 случаев на 10 тыс. человек, это более чем 750 тыс. человек ежегодно. Затраты на лечение сепсиса составляют там почти 17 млрд долл. в год.

В Японии 28-дневная летальность среди больных сепсисом составляет 23%, в Новой Зеландии и Австралии – 18%. А при септическом шоке летальность повсеместно доходит до 50% и её снижение является одной из важнейших задач современной медицины.

– Вы не упомянули данных по России.

– К сожалению, имеющиеся в нашей стране данные нельзя считать полными и объективными. Об эпидемиологии сепсиса в Российской Федерации можно судить лишь по многоцентровому однодневному исследованию, которое проводил профессор В.Руднов. Участвовали 62 лечебных учреждения из 29 городов, группа пациентов немногочисленная – около 700 человек. Распространённость инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии составила 34,1%, из этого числа у 20,2% больных развился септический шок. Уровень летальности – 30,4%.

Сложность учёта сепсиса в нашей стране объясняется не только неоднозначностью интерпретации терминов и диагностических критериев, но и тем, что сама статистика септических состояний формируется крайне неохотно. Почему-то организаторы здравоохранения считают, что сепсис – это что-то постыдное. Но скажите, как может существовать живой человеческий организм в общей среде с бактериями, вирусами и грибами, чтобы не возникло инфекционного процесса? А какой это будет процесс – местное воспаление или сепсис – зависит уже от конкретного организма и его защитных резервов.

– Но ведь и в России такой диагноз ставится.

– Конечно. Но чаще вместо сепсиса состояние больного формулируется, как гнойно-инфекционное осложнение или что-то подобное, а причиной смерти указывается острая сердечная недостаточность. И в определённой степени это можно считать правдой: больной же умирает от остановки сердца. Только решению проблемы сепсиса такие хитрости не помогают.

– Желание избежать диагноза «сепсис» обусловлено

Авторитетное мнение

Сепсис: бороться или предупредить?

Чтобы научиться справляться с ним, необходимо... стать честными



стремлением клиники сохранить репутацию?

– Я считаю, что репутация лечебного учреждения должно определяться не числом септических больных, которые сюда поступили или у которых сепсис возник уже на фоне проводимого лечения, поскольку в большей степени это зависит от степени тяжести больных и их возраста, а не от погрешностей лечебного процесса. На репутацию клиники влияет как раз то, какое число пациентов с сепсисом там смогли вылечить или предотвратить его возникновение при полиорганной дисфункции.

Мы, например, можем предоставить статистику Центра хирургии им. Б.В.Петровского по сепсису и полиорганной недостаточности, и она абсолютно честная. Руководство центра – директор, академик РАН Юрий Белов и заведующий ОРИТ, профессор Александр Ерёмченко – в этом отношении рассуждают правильно: сепсис – состояние, которое было, есть и будет всегда, и потому мы не ставим несбыточную цель свести к нулю заболеваемость, а ставим целью снизить летальность при полиорганной недостаточности и сепсисе. А для этого необходим объективный аудит своих результатов.

Неправы те, кто пытаются скрыть сепсис, как истинную причину летальности и те, кто показывают летальность от сепсиса в среднем по стационару. Потому что, если развития полиорганной недостаточности и сепсиса после серьёзных реконструктивных операций и трансплантации органов вряд ли удастся полностью избежать, то такие осложнения при аппендэктомии или холецистэктомии – нонсенс и повод для серьёзного разбирательства. И если бы в нашей клинике, занимаясь хирургией аорты, говорили, что при от-

сутствии летальности – а у нас действительно не было летальных исходов в 2015 г. – здесь не было и случаев послеоперационной полиорганной недостаточности и сепсиса, это была бы заведомая неправда.

В РНЦХ смогли к 2010 г. снизить летальность при полиорганной недостаточности с 67 до 45%, это хорошие результаты не толь-

ко и использовать другую, менее апробированную, несвоевременно. Они предлагают продолжить обсуждение данной концепции с участием учёных, врачей из специализированных клиник и стационаров неотложной медицинской помощи. Поддерживаю эту идею и считаю, что в России также необходимы подобные исследования.

приводит к системному воспалению. Один организм может с ним справиться, а другой, у которого баланс про- и противовоспалительных интерлейкинов нарушается, не может. Если же на полиорганную недостаточность «садится» вдобавок ятрогенная инфекция – будь то причиной катетер-ассоциированная инфекция или вентилятор-ассоциированная пневмония, – то на фоне спровоцированного организма это может перерасти в сепсис, даже несмотря на проводимую интенсивную терапию.

Проще финансировать профилактику, включая элементарную дезинфекцию рук медперсонала и обеспечение личной гигиены пациента, чем лечить больного с сепсисом.

– Но разве усилия клинических эпидемиологов направлены не на это?

– Да, активность высокая, но сами подходы устарели: брать смывы, пробы воздуха, требовать наличия сменной обуви в отделениях реанимации. Ни в одной клинике Европы вы такого не видите. Там к пациенту после пересадки органа приходят посетители в обычной одежде и уличной обуви, даже без халата. Почему это возможно и безопасно? Потому что над кроватью больного есть специальная система вентиляции. И, кстати, наибольшую опасность для реанимационного пациента представляет инфекция не с обуви и не из дыхательных путей посетителей, а с рук медперсонала.

У нас же по-прежнему живучи стереотипы, хотя многие научные работы приводят убедительные доказательства действенности эффективных профилактических мер. К примеру, пациенты должны чистить зубы 4-5 раз в день последние 3 дня перед сложной операцией, чтобы при осложнённом послеоперационном течении рот не послужил источником инфекции. Элементарно? Да. Но кто-то об этом говорит пациентам? Вряд ли. И после операции в отделении реанимации больным должны постоянно проводиться гигиенические процедуры.

Мы строим новые клиники, в которых есть современные вытяжные системы только в операционной, но нет их в реанимации. А потом тратим миллионы рублей на антибиотики, которые в итоге не всегда работают, или на дорогостоящие препараты для стимуляции иммунитета.

Известно, что от материала, из которого изготовлен катетер, может зависеть вероятность тяжёлых инфекционных осложнений. На одном материале образуются биоплёнки, в которых живут микробы, а на другом их нет или образуются в меньшем объёме. Также известно, что инфекционная безопасность может зависеть от формы и материала манжеты интубационной трубки. Стоимость этих расходных материалов разная. И тот, кто экономит, потом тратит в сотни раз больше, чтобы спасти больного от инфекционных осложнений.

Но чтобы прийти к пониманию и правильному распределению расходов, нужно знать масштаб проблемы, а для этого необходима честная детализированная статистика. Если вспомнить слова профессора Преображенского, можно провести аналогию: сепсис, как и разлуха, начинается в голове. От того, что наука придумает новый антибиотик, мы ничего не выиграем: бактерии найдут способ к нему привыкнуть. Всё должно быть направлено на профилактику.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

ко для страны, но и для мира. К 2013 г. нам удалось уменьшить показатель ПОН после кардиохирургических операций с 4,6 до 2,5%. Но теперь наступил следующий период: количество случаев ПОН у нас сократилось в полтора раза, а летальность при них возросла до 76%. И это неизбежно. Причина очень простая: с развитием хирургии и реаниматологии мы осмелели, стали брать очень тяжёлых возрастных пациентов. Теперь следующая наша задача – не только сокращать количество случаев ПОН, но и найти методики, которые позволят вновь снизить летальность от данного критического состояния.

Эволюция представлений

– Вернёмся к изменениям терминологии и критериев диагноза «сепсис». Они называются консенсусом, но достигнут ли консенсус в реальности?

– Пока нет. В новом международном документе по сепсису и септическому шоку наибольшей критике подверглись критерии и концепция системного воспалительного ответа (СВО) и термин «тяжёлый сепсис».

Почему системную воспалительную реакцию попытались убрать из определения сепсиса? Потому что по критериям СВО у очень большого числа больных можно заподозрить сепсис. Например, в течение первых суток после кардиохирургических операций 60-70% пациентов можно подвести под активацию СВО. С чем это связано? С тем, что искусственное кровообращение, в условиях которого проводятся операции на сердце, – совершено чёткая и всем известная причина активации системного воспаления. Исследования, которые мы проводили в РНЦХ им. Б.В.Петровского, доказывают это на уровне всех клинических и лабораторных признаков. Поэтому, наверное, есть смысл более деликатно относиться к признакам СВО для постановки диагноза «сепсис».

Однако полный отказ от использования критериев СВО и ориентация только на органную дисфункцию могут отодвинуть начало терапии и ухудшить выживаемость больных. Вот почему многие зарубежные специалисты считают, что простое изменение толкования понятия «сепсис» не приведёт к существенному снижению смертности. Так, по мнению врачей из госпиталя Канзаса (США) отказываться от одной системы распознавания сепсиса, поскольку она несовершенна,

– Найден ли уже некий абсолютно точный биологический признак для постановки данного диагноза?

– Ввиду сложности патогенеза сепсиса маловероятно, что единственный подходящий биомаркер будет когда-то найден. Из-за схожести формирования ответа на рецепторы ассоциированных клеток ни один маркер не сможет со 100%-ной специфичностью и чувствительностью отличить неспецифическое повреждение клеток от инфекционного процесса. Возможно, вместо одного стоит использовать целую панель биомаркеров, но для этого необходимо определить, какие конкретно маркеры должны быть в неё включены.

Важнее – профилактика

– Вернёмся к ситуации в нашей стране. Достаточен ли уровень знаний врачей о сепсисе?

– Уровень знаний высок у всех, кто этого хочет. Существует Российский сепсис форум для врачей и медсестёр, в рамках которого обсуждаются и фундаментальные научные вопросы сепсиса, клиника, антибиотикотерапия, эпидемиологический контроль. Этот проект ведут заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Уральского ГМУ профессор Владимир Руднов и заведующий отделением анестезиологии и реанимации ожогового центра Института хирургии им. А.В.Вишневского, кандидат медицинских наук Владимир Кулабухов.

Также большое внимание теме сепсиса уделяется в рамках Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, а её руководители – академик РАН Борис Гельфанд и главный анестезиолог-реаниматолог Москвы Денис Проценко – являются признанными международными экспертами в теме сепсиса.

Одним словом, образовательные программы для врачей есть, но далеко не все вопросы, связанные с сепсисом, могут быть решены усилиями одних только специалистов. Многие зависят от организаторов здравоохранения.

– Вы имеете в виду формирование «красивых» отчётов или недостаток средств на лечение больных сепсисом?

– Я говорю в целом об отношении к проблеме. Эффективное лечение сепсиса и полиорганной недостаточности заключается в... их предупреждении. Искусственное кровообращение, политравма, массивная кровопотеря, кардиогенный шок при инфаркте, инсульт – всё это

Исследования

ВИЧ-инфекция не отступает

По данным исследования, несмотря на то, что смертность от ВИЧ/СПИДа постоянно снижается, число случаев заражения вирусом иммунодефицита человека за последнее десятилетие не изменилось — около 2,5 млн человек ежегодно по всему миру.

По данным нового исследования, представленного на Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Дурбане (Южная Африка), темпы снижения числа заразившихся ВИЧ-инфекцией значительно замедлились: ежегодный спад числа случаев заражения ВИЧ составил 0,7% в год с 2005 по 2015 г. по сравнению с 2,7% с 1997 по 2005 г.

Первый исполнительный директор объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и нынешний директор Лондонской школы гигиены и тропической медицины профессор Питер Пиот отмечает, что по результатам исследования эпидемия СПИДа не закончилась и остаётся одной из серьёзных угроз для общественного здравоохранения нашего времени. Сохранение уровня распространения ВИЧ-инфекции угрожает разрушить планы ЮНИСЕФ по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 г.

Стоит отметить: количество людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, значительно увеличилось во всём мире за счёт проведения антиретровирусной терапии. По данным Института показателей здоровья и эволюции (Сиэтл), на 2015 г. около 39 млн человек живут с ВИЧ. В 2000 г. этот показатель составлял 28 млн.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам The Lancet.

Однако

Паразит «ПОД НОСОМ»

Паразитические бактерии полностью зависят от других организмов. И недавно такие бактерии были впервые обнаружены в слюне человека.

Есть основания полагать, что они связаны с болезнями дёсен, муковисцидозом и лекарственной устойчивостью. Известен только один штамм бактерий, инфицирующий другие бактерии — это *Vdellovibrio*, свободно живущая клетка, которая просто охотится на своих жертв.

У недавно открытого организма совсем немного генов и он полностью зависит от организма-хозяина (живёт на поверхности других бактерий). Итог — заражённый организм становится ещё опаснее для человека. Плюс его трудно выявить. Но учёные смогли выделить образец РНК, характерный для этого микроорганизма. Живёт он, как оказалось, на бактериях *Actinomyces odontolyticus*. Это классический пример паразитизма.

Причём, данный паразит уникален. Он разрушает своего хозяина постепенно. У него 700 генов (для сравнения — у *A.odontolyticus* их 2200) и это первый вид бактерий, который не способен сам производить аминокислоты. Поэтому он берёт их из других бактерий. Не исключено, что выявленный паразит присасывается и к другим бактериям. Также важно: следы открытого паразита находили у людей с болезнями дёсен и муковисцидозом. *A.odontolyticus* обычно вызывает болезни дёсен, но белые кровяные клетки (макрофаги) прекрасно справляются с этими бактериями. Однако наличие паразита подрывает защитную схему, усугубляя течение болезни.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам New Scientist.

Для работы в районной больнице в пгт Междуреченский Кондинского района, ХМАО — Югра (местность приравнена к району Крайнего Севера) требуются специалисты

с высшим медицинским образованием:

ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ, ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ, ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ, ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: <http://kondazdrav.ru>, e-mail: muz-mrb@rambler.ru, приёмная 8 (34677) 32-110.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера) приглашает на постоянное трудоустройство Терапевта участкового.

Предоставляются:

► единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО — Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО — Югре» № 53-оз от 16.06.2016.

► служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 — заместитель главного врача по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: sovhospital@sovbolnica.pf
Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

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

требуется для постоянного трудоустройства АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 — заведующий хирургическим отделением.

Официальный сайт: sovbolnica.pf

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

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovbolnica.pf
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovbolnica.pf

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

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

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

Контактные телефоны:

8 (922) 433-93-03 — главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом.

Официальный сайт: sovbolnica.pf

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

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovbolnica.pf
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovbolnica.pf

Идеи

Восстанавливая дентин

Новый синтетический биоматериал, разработанный британскими учёными из Ноттингемского университета, может регенерировать дентин — твёрдое вещество, составляющее основную часть наших зубов. Примечательно, что в нынешнем году разработка заняла второе место в категории «материалы» ежегодного конкурса новых химических технологий, походящего под эгидой Британского королевского общества химических технологий.

Так же как и обычная пломба, синтетическая биопломба служит для заполнения образовавшихся в зубах полостей, в которых обычно заселяются бактерии. Так же как и обычная пломба, материал закрепляется с помощью ультрафиолетового облучения. Но, в отличие обычного, он стимулирует стволовые клетки пульпы зуба самообновляться, регенерируя дентин.

Как известно, зуб состоит из четырёх основных компонентов. Пульпа, представляет собой соединительную ткань с нервными окончаниями и кровеносными сосудами, заполняющая полость

зуба. Дентин — твёрдое вещество, служащее основой зуба. Эмаль защищает дентин, а цемент закрывает корневую часть зуба. Из пульпы через всю толщу дентина проходят одонтобласты, в состав которых входят нервные образования, они проводят в мозг болевые ощущения при механическом, физическом и химическом воздействии на дентин.

Патологические процессы разрушения зуба начинаются с эмали и, если их вовремя не остановить, приводят к разрушению пульпы. Стоматологи всячески стараются сохранить её, ведь «живая» пульпа служит барьером для проникновения микроорганизмов из кариозной полости через канал корня за пределы зуба в периодонт. Кроме того, она способна вырабатывать заместительный дентин. Для сохранения пульпы используются технологии pulp capping.

Пульпа покрывается специальными веществами и только поверх неё ставится зубная пломба. Новый материал, по мнению его создателей, может существенно усовершенствовать методы «спасения пульпы». Существующие материалы, используемые для её

покрытия (в основном вещества на основе гидроксида кальция или МТА — минерального триоксида), способны только защитить пульпу от дальнейшего разрушения, к тому же они не всегда эффективны и в 10-15% случаев не срабатывают.

Новый материал, по словам его авторов, не только на 100% защищает пульпу, но и помогает ей выполнять свои функции по восстановлению дентина, способствуя более активной регенерации стволовых клеток. Исследования in vitro подтвердили эти результаты.

Как отмечают учёные, многие важные подробности о новом материале пока неизвестны, в частности, его стоимость. Тем не менее, лечение зубов, может быть и не самая глобальная проблема человечества, но одна из самых неприятных. Когда дело доходит до пломбировки каналов, почувствовать можно как ощущениям пациентов, так и их кошмарам.

«Если новая технология поможет уменьшить страдания пациентов — это уже большая победа», — заключили исследователи.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации sciencealert.com

Почему бы и нет?

В бесконечных сражениях с раком

Исследователи из Калифорнийского университета (США), похоже, нашли способ справиться с трижды негативным раком молочной железы. Известно, что эта форма рака наиболее сложно поддаётся лечению.

Препаратов, специфически действующих на раковые клетки, до сегодняшнего времени не существовало — для лечения трижды негативного рака молочной железы использовались химиотерапевтические препараты предыдущего поколения, не обладавшие селективностью. Учёным, впрочем, удалось найти сред-

ство, уничтожающее опухолевые клетки — в экспериментах было показано уменьшение опухолей у лабораторных мышей.

Дэниел Номура и его коллеги изучили, какие ферменты в опухолевых клетках обладают повышенной активностью и создали препарат, способный ингибировать их активность, влияя таким образом на метаболизм раковых клеток. Таким ферментом, специфичным для трижды-негативного рака молочной железы, оказалась глутатион-S-трансфераза Pi1 (GSTP1).

Синтезированный исследователями препарат LAS17 действовал на GSTP1. Связываясь с фермен-

том, препарат снижал активность трансферазы. Это влияло на процесс обмена глюкозы в клетках и, в результате, замедляло общий метаболизм и подавляло опухолевый рост. Исследователям не удалось обнаружить каких-либо побочных эффектов, связанных с введением LAS17 мышам. Пока влияние препарата было протестировано на животных, которым подсаживали опухоли, выращенные в лабораторных условиях. Следующий этап — пересадка грызунам опухолей молочной железы, взятых у человека.

Ян РИЦКИЙ.

По информации medicalxpress.com

Взгляд

Результаты нового исследования, проведённого учёными из Вашингтонского университета (США), свидетельствуют о том, что даже после наступления смерти гены продолжают работать в течение двух суток.

До последнего гена

Учёные исследовали активность генов в органах мышей и рыб данио-рерио после смерти этих животных. Они измеряли уровень мРНК, увеличение концентрации которой свидетельствует о том, что гены функционируют. Авторы сравнили концентрация мРНК сразу после смерти животных и в разные периоды в течение 4 дней после этого.

Оказалось, что более полутысячи генов мышей и рыб данио-рерио продолжали экспрессироваться, несмотря на то, что животные были мертвы. Учёные заметили, что концентрация мРНК изменялась циклически, а не бессистемно. Некоторые гены, в основном это касалось генов эмбрионального развития, затихающих после рождения, вновь «включались» после смерти. Подобным образом работали и онкогены.

Учёные считают, что такая же картина может быть характерна и для людей. Ранее уже было показано, что в течение 12 часов после смерти людей, получивших множественные травмы, или тех, кто скончался от инфаркта, удалось зафиксировать работу генов, связанных с сокращением сердца и заживлением ран.

Авторы полагают, что тот факт, что гены продолжают работать или активируются после смерти, необходимо учитывать при планировании операций по пересадке органов. Возможно, изучение этого процесса поможет сократить частоту возникновения рака у людей, перенёсших трансплантацию.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации newscientist.com

Как известно, питание является далеко не последним фактором, обеспечивающим физическое здоровье человека. Учёные из Университета Майами (США) пришли к выводу, что в мясе акул содержится немало токсинов, потребление которых может спровоцировать развитие нейродегенеративных заболеваний. Причина появления таких болезней не всегда ясна, во многих случаях пациенту ставят диагноз уже после того, как болезнь начинает активно прогрессировать.

Авторы во главе с Деборой Мэш, в свою очередь, считают, что вызывать болезнь Альцгеймера и другие подобные заболевания может ртуть и β-N-метиламино-L-аланин, которые в большом количестве обнаруживаются в мясе акул. Считается, что β-N-метиламино-L-аланин может вызывать возникновение бокового амиотрофического склероза. Эффективной терапии нейродегенеративных заболеваний пока нет, чаще всего проводится симптоматическое лечение.

В ходе своего исследования учёные проанализировали состав плавников и мышц акул 10 видов – токсины были обнаружены во всех

Эксперименты

Мясо акул вызывает болезнь Альцгеймера?

изученных образцах, причём их концентрация была довольно высока. Авторы отмечают, что и ртуть, и β-N-метиламино-L-аланин представляют опасность для человека, а вместе они ещё более вредны.

Акулье мясо, а также плавники и хрящи акул широко употребляются в Азии: они используются в пищу, а также в качестве компонента традиционных восточных лекарственных препаратов. Биодобавки на основе акульих хрящей активно распространяются по всему миру.

Наряду с этим американские учёные уверены, что относиться к препаратам из акул и к мясу этих рыб стоит с осторожностью, так как употребление их большого количества может нанести непоправимый вред здоровью.

Об этом предупреждает доктор

Вильям Грант. По его словам, данный фактор объясняет, почему в США высок риск дегенеративного заболевания мозга. Вредная пища приводит к тому, что холестерин и белки, связанные с болезнью Альцгеймера, создают блокады в мозгу.

А вот средиземноморская диета, как известно, снижает риск болезни Альцгеймера. Также полезен традиционный рацион, характерный для Индии, Японии, Нигерии, в котором мало мяса. И подобные диеты дают 50%-е снижение риска болезни.

Доктор Грант исследовал распространённость болезни Альцгеймера в Бразилии, Чили, Кубе, Египте, Индии, Монголии, Нигерии, Республике Корея, Шри-Ланке, США. Статистику сопоставили с

официальными рекомендациями по питанию в этих странах.

К примеру, в Японии 1985 г. показатель распространённости болезни равнялся 1%. В 2008 г. показатель был уже 7%. При этом исследовался рацион за 5, 10, 15 лет до этого. Оказалось, именно переход в сторону западной диеты давал повышение показателей распространённости. И значительный вклад сюда сделало потребление мяса, яиц, жирной молочной продукции. Рацион, богатый злаками, фруктами, овощами и рыбой даёт, напротив, снижение риска болезни. Высокий уровень витамина D тоже позитивно влияет.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicalxpress.com,
[The Daily Mail](http://TheDailyMail.com).

Дословно

Последние несколько лет в США и других экономически развитых странах набирает популярность карбокситерапия – закачивание углекислого газа в область нижнего и верхнего век. Сторонники этой терапии считают, что после таких инъекций организм «решает», что в месте введения углекислого газа возникает недостаток кислорода, это стимулирует кровообращение и ведёт к исчезновению тёмных кругов под глазами.

Сомнительная эффективность

Стоят такие процедуры немало (от 75 до 200 долл. за сеанс), а вот в их безопасности и эффективности медики сомневаются. Так, Молли Уоннер из Массачусетской больницы общего профиля (США) поясняет, что карбокситерапия могла бы работать, если все круги под глазами были бы связаны с нарушением циркуляции. В большинстве же случаев они заметны просто из-за того, что кожа под глазами довольно тонкая и капилляры через неё просвечивают.

Это, кстати, научно доказано – в одном из исследований, результаты которого были опубликованы в 2015 г., было показано, что никакой разницы в кровоснабжении области глаза среди людей с синяками под глазами и без них обнаружено не было.

К счастью, никаких побочных эффектов, связанных с карбокситерапией, пока не обнаружено, но всё равно, это не означает, что процедура полностью безопасна. Кроме того, введение газа может привести к появлению морщин, а это вовсе не то, на что рассчитывают клиенты.

Бретт Котлас, пластический хирург из Нью-Йорка, пояснил, что он изучил множество фотографий «до и после» тех, кто прошёл карбокситерапию для удаления тёмных кругов под глазами. Единственное, что ему удалось заметить – существенное изменение освещённости на фото. Всё это указывает на сомнительную эффективность процедуры.

Борис БЕРКУТ.

По информации statnews.com

Случай

Сердце отца

Как известно, на традиционных американских свадьбах, которые проходят в церкви, невесту к алтарю обычно ведёт отец, а если он по каким-то причинам не может – то брат или дядя. Отца гражданки США Джени Степиен от частичного исполнения своей роли не остановило даже то, что он погиб за 10 лет до свадьбы дочери – девушку к алтарю вёл Артур Томас, которому в 2006 г. пересадили сердце Майкла Степиена. Бывший пациент кардиолога специально для этого приехал в Пенсильванию из Нью-Джерси.

Отец Джени, возвращавшийся домой с работы в сентябре 2006 г., был застрелен темнокожим грабителем. Когда мужчину привезли в больницу, что-либо сделать для его спасения было уже невозможно и семья Степиен приняла решение передать его органы для трансплантации. Список людей, нуждавшихся в новом сердце, в то время возглавлял Артур Томас, отец 4 детей, в течение 16 лет страдавших желудочковой тахикардией. Его состояние оценивалось как очень тяжёлое, без донорского органа больной умер бы в течение нескольких дней.

Организация, которая занималась передачей сердца, даёт возможность пациентам общаться с семьями их доноров. После пересадки мистер Томас написал семье Степиен письмо с благодарностью, получил ответ – и с тех пор он и Бернис Степиен, жена покойного, регулярно переписывались и перезванивались, поздравляя друг друга с праздниками и давая друг другу советы в нелегком деле родительства. Лично они не виделись – пока уже 33-летняя Джени не обручилась с 34-летним Полом Мэннером и не задалась вопросом, кто же исполнит роль ее отца в церкви. После недолгих раздумий она обратилась к Артуру Томасу. Он посоветовался со своей дочерью и ответил согласием – та назвала идею Джени чудесной и порекомендовала отцу попрактиковаться таким образом перед ее собственной свадьбой.

Артур Томас приехал в церковь и сделал всё, что от него требовалось. И он, и невеста, по их словам, очень волновались. Пожилой мужчина сказал: «Я очень рад, что смог приехать сюда с сердцем её отца. Если было бы нужно, я бы пришёл пешком».

Алина КРАЗУБЕ.

По информации nytimes.com

Тенденции

Число незапланированных случаев повторной госпитализации жителей сельской местности, в которой затруднён доступ к аптекам, значительно превышает аналогичный показатель среди городских жителей. Таковы данные исследования, проведённого американскими учёными Университета здравоохранения и науки штата Орегон.

Всего незапланированные случаи повторной госпитализации пожилых по государственной страховке Medicare обходятся штату в 17 млрд ежегодно. При этом, в сельской местности таких случаев зарегистрировано больше, чем в городах: 15,3 против 14,7%, соответственно. Таковы результаты исследования, опубликованного в научном журнале Journal of the American Pharmacists Association.

Эту тенденцию авторы работы связывают с недоступностью аптек в сельской местности. В ходе исследования учёные собрали статистику по госпитализациям пациентов старше 65 – участни-

О пользе аптек

ков программы предоставления медпомощи пожилым Medicare, а также данные от 507 аптек и 58 больниц штата Орегон. Как пояснили исследователи, в городах, где пожилые пациенты могут в любое время найти открытую аптеку, число случаев незапланированных повторных госпитализаций значительно меньше, чем в сельской местности, где иногда в радиусе 160 км есть только одна аптека.

Например, приводит данные ведущий автор исследования Дэвид Ли, в некоторых селах аптека открыта только 54 часа в неделю, тогда как в городах в шаговой доступности можно найти сразу несколько аптек, общее рабочее время которых достигает 3800 часов в неделю.

«В современном мире профессия фармацевта всё больше обсуждается в качестве важной составляющей системы здравоохранения. Наше исследование показывает, что повышение доступности аптек

может помочь предотвратить повторные госпитализации. Особенно это важно для людей преклонного возраста, для которых частые госпитализации становятся очень утомительными», – пояснил Ли. Согласно данным, приведённым в исследовании, несоблюдение предписаний врача по применению лекарств (включая отклонения в дозировке) встречается в 25-50% случаев (конкретные показатели отличаются в разных штатах), что приводит к росту заболеваемости и смертности в США.

По мнению экспертов, если содержание большого числа аптек в посёлке нерентабельно, стоит задуматься о развитии телемедицины, в рамках которой пациенты смогут получить персональные консультации от профессиональных фармацевтов.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации eurekalert.org

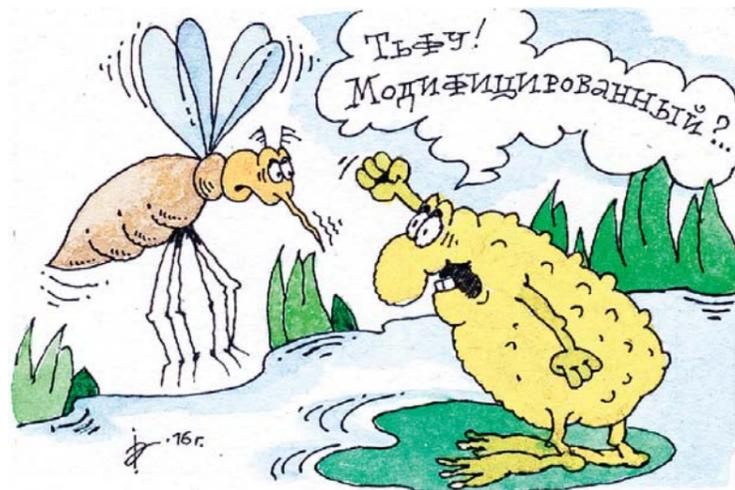
Санитарная зона

Буквально накануне открытия Олимпиады из Бразилии пришла обнадеживающая новость – появились первые свидетельства спада заболеваемости острозаразным вирусным заболеванием после выпуска в окружающую среду генетически модифицированных комаров. Об этом сообщила британская биотехнологическая компания Oxitec.

В бразильском городе Пирасикаба, где применяли обычные методы контроля численности кровососущих насекомых, случаи поражения вирусом Денге сократились на 52% с середины 2015 до середины 2016 г. Однако в окрестностях, где в качестве дополнительного средства контроля были выпущены генетически модифицированные комары вида Aedes aegypti, число случаев лихорадки Денге уменьшилось на 91% – с 133 до 12.

Биотехнологи внесли в геном комаров ген «саморазрушения», унаследовав который новые поколения насекомого гибнут, не достигнув половозрелого возраста. Этот синтетический ген кодирует белок (tetracycline repressible activator variant, tTAV), который, связываясь с ключевыми элементами клеточного синтеза, препятствует работе жизненно важных генов. Выпуск в окружающую среду партий мо-

Забодай меня комар



дифицированных самцов всё ещё способных спариваться с самками дикого вида Aedes aegypti, приводит к тому, что у новых поколений не бывает продолжения, и в результате сокращаются популяции насекомых, способных переносить опасный вирус. Очевидно, что эта же технология избавит Бразилию от распространения лихорадки Зика. Ранее компания уже со-

общала о результатах выпусков генетически модифицированных комаров в Бразилии, при которых в каждом случае за 6 месяцев популяция сокращалась на 90%. Но сейчас речь идёт о первом зарегистрированном снижении заболеваемости, которое стало следствием снижения численности кровососущих комариных самок. Новые данные о влиянии выпуска

генно-инженерных комаров на заболеваемость, хотя и не являются результатами полноценного эпидемиологического исследования, могут быть приняты во внимание при решении вопроса о выпуске генетически модифицированных комаров Oxitec на островах Флорида-Кис. Эту заявку сейчас рассматривает Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) США. Между публикацией результатов первых бразильских испытаний и разрешением FDA должен пройти период общественного обсуждения.

Продвижению разработки компании, опасаясь укусов самок комаров, которые «случайно могут попасть на волю вместе с модифицированными самцами и окажутся при этом модифицированными», активно противостоят члены организации GMO Free Florida. В Бразилии, где отмечены вспышки лихорадки Зика и Денге, применение генетически модифицированных комаров сопротивления обществу не вызывает.

Наум ДАВЫДОВ.

Название Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом несколько раз менялось и определяло приоритетное направление работы фтизиатров столицы. Не менялось одно – цель: победить туберкулез. Всего за 90 лет здесь было 8 руководителей. Четверо из них – лидеры фтизиатрии и российского здравоохранения.

А всё начиналось в 1926-м...

В свои 30 лет энергичный и грамотный врач Владимир Эйнис, убежденный, что в молодой Советской республике надо активно бороться с туберкулезом, смог открыть в 1921 г. в Краснодаре один из первых в стране научно-исследовательский «Поликлинический туберкулезный институт».



В. Эйнис

Начинание имело успех. Но был непредсказуем ход российской истории. Начался красный террор, от которого В.Эйниса спас один из руководителей здравоохранения Краснодар в последние минуты перед расстрелом, буквально выдернув из колонны смертников. Он приказал коллеге немедленно покинуть город и, чудом спасенный, 35-летний Эйнис перебрался в Москву.

Организаторскую энергию истинного врача утаить невозможно. В 1926 г. благодаря Владимиру Львовичу на Стромынке, дом 10 открылось туберкулезное отделение больницы имени профессора А.А.Остроумова на 248 коек. Проблема туберкулеза стояла в те годы так остро, что отделение почти сразу расширили до Института профилактики и терапии туберкулеза (1926-1932), поставив В.Эйниса директором. Забегая вперед, скажу, что до 1955 г. здесь был городской научно-исследовательский туберкулезный институт, после – городская центральная клиническая туберкулезная больница № 1, а с 1975 по 1997 г. – противотуберкулезный диспансер № 1.

90 лет назад, благодаря Эйнису, на Стромынке начали активно бороться с туберкулезом. Сначала консервативно. В 1932 г. организовали хирургическое отделение на 30 коек, расширенное в 1960 г. до 110 коек.

Борьба с туберкулезом в начале XX века включала и обучение врачей фтизиатрии. Ещё в 1926 г. при активном участии В.Эйниса и содействию М.Кончаловского фтизиатрию включили в вузовский курс. А спустя 3 года – в 1929 г. – Эйнис возглавил первую в стране кафедру фтизиатрии во 2-м Московском медицинском институте.

Набирая научно-клинический опыт, фтизиатрия постепенно стала мощным медицинским направлением, приносящим огромную пользу жителям столицы. Разрабатывались и сразу внедрялись в практику методики консервативного и оперативного лечения туберкулеза не только лёгких, но и брюшной полости и костей. Совершенствовались анестезиологическая помощь при хирургических вмешательствах и система ухода за послеоперационными больными. Начали формироваться и развиваться научно-клинические отделы фтизиатрии, фтизио-хирургии, бронхологии, патоморфологии. Руководил всем этим неутомимый

В.Эйнис – крупный организатор и учёный, первооткрыватель истории московской фтизиатрии, редактор журнала «Проблемы туберкулеза», бесменный председатель Московского научного общества фтизиатров, председатель Всероссийского общества фтизиатров, заслуженный деятель науки РСФСР. Сам он изучал патогенез и клинические особенности туберкулезного процесса, активно участвовал в создании классификации, в усовершенствовании методов диагностики, специфической и патогенетической химиотерапии лечения туберкулеза.

дел такого титана-руководителя не перечислить.

После ухода Соркина был сложный период и в Центре, и в стране. За короткий период в руководстве клиникой сменилось несколько человек: Александр Нагорный, Иосиф Лисагор, Николай Адамович, Надежда Рыбакова.

Реорганизация и переименование

С 1997 г., после создания на Стромынке, 10 Московского городского научно-практического центра

фтизиатрии. Диспансеры столицы оснастили диагностической техникой, им стали доступны многие микробиологические и молекулярно-генетические исследования. И, что самое важное, несмотря на сложное время в стране, Виталию Ильичу удалось сохранить коллектив.

В.Литвинов был директором МНПЦ борьбы с туберкулезом 15 лет. Он и сегодня остается научным руководителем центра, и его идеи – в основе изучения генов микобактерий туберкулеза и их мутаций, а также нетуберкулезных микобакте-

рели. Академик В.Литвинов – лауреат премии Правительства России в области науки и техники за 2011 г.

стала в 2 раза ниже, распространённость его – в 3,7 раза меньше, чем в среднем по России. За 3 года число больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, состоящих на учёте, уменьшилось на 31,7% – на 199 человек. Показатель распространённости туберкулеза с бактериовыделением с 2012 г. уменьшился на 34,8%, составив в 2015 г. 11,8 на 100 тыс. населения.

В последние годы противотуберкулезная работа в столице направлена, в первую очередь, на группы риска по заболеванию туберкулезом.

Вехи

«Так было, есть и будет!»

Страницы 90-летней истории МНПЦ борьбы с туберкулезом

В память о корифее фтизиатрии сотрудники МНПЦ борьбы с туберкулезом (далее – Центра) установили в холле первого этажа здания на Стромынке, 10 памятную доску В.Эйнису с его барельефом.

Эпоха Соркина

Целую эпоху составили годы руководства ученика и внимательного последователя В.Эйниса, талантливого хирурга и организатора Марка Соркина. Несколько лет он был заместителем, а в 1971 г. сменил Эйниса, став главным врачом (должность руководителя менялась в зависимости от названия учреждения). «Нам нужны порядочные люди, а профессии мы научим», – говорил он, лично беседуя с каждым поступающим на работу. Коллеги называли его «новатором с отзывчивой душой». Соркин безупречно организовал лечебный процесс. Любую свою идею и задумку он спокойно, быстро и успешно претворял в

жизнь. «Из-под земли» доставал самое современное оборудование и материалы для клинических служб. Организовал реконструкцию на объекте культурного наследия: к зданию на Стромынке, 10 с двух сторон пристроили так необходимые клинике «крылья». Были созданы централизованная бактериологическая лаборатория, выполняющая до 90 тыс. исследований в год, централизованная стерилизационная, отделение патоморфологии, эмпиемный кабинет, консультативно-диагностический центр для больных костным туберкулезом, отделение для больных туберкулезным менингитом, стоматологическое отделение, зубо-протезная лаборатория.



В. Литвинов

жизнь. «Из-под земли» доставал самое современное оборудование и материалы для клинических служб. Организовал реконструкцию на объекте культурного наследия: к зданию на Стромынке, 10 с двух сторон пристроили так необходимые клинике «крылья». Были созданы централизованная бактериологическая лаборатория, выполняющая до 90 тыс. исследований в год, централизованная стерилизационная, отделение патоморфологии, эмпиемный кабинет, консультативно-диагностический центр для больных костным туберкулезом, отделение для больных туберкулезным менингитом, стоматологическое отделение, зубо-протезная лаборатория.

Так получилось, что в годы руководства М.Соркина в клинику переехала кафедра хирурга с мировым именем Л.Богуша. В то время Соркин сумел добиться выделения торакальной хирургии из общей. Чуть позже профессор стал главным фтизиатром Москвы и успешно организовал флюорографическую службу в столице. Вклад М.Соркина в развитие и успехи московской фтизиатрии огромен. Всех

Центр в XXI веке

организаторский талант. Одно из его важнейших дел – возрождение в Центре интереса к науке, старт которому дал ещё В.Эйнис. Научная жизнь при Литвинове вышла на новый виток: был открыт научный отдел. Под его неустанным руководством начали разрабатываться и внедряться в практику новые методы диагностики туберкулеза, проводиться молекулярно-генетические исследования по определению лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. На базе клиники с 2007 г. стала работать кафедра фтизиатрии Российской медицинской академии последипломного образования, готовящая фтизиатров в современной Москве.

В период руководства В.Литвинова перед ним стояла задача скоординировать деятельность фтизиатрической службы столицы, и эта задача была выполнена, а кроме этого был сделан ряд значимых научных открытий. Одно из них – разработка и внедрение аллерегена туберкулезного рекомбинантного – Диаскинтеста®.

В.Литвинов и группа учёных Центра несколько лет работали над созданием этого рекомбинантного белка, присутствующего только в размножающихся микобактериях туберкулеза и отсутствующего в вакцинном штамме БЦЖ. Сегодня это один из важнейших диагностических тестов, используемых фтизиатрами России в ежедневной практике. За разработку и внедрение в практику этого теста В.Литвинов вместе с группой учёных в 2014 г. стал лауреатом международной премии Галена.

Большую работу провёл В.Литвинов по реконструкции Центра, продолжил начинания М.Соркина. При Литвинове был установлен первый мультиспиральный компьютерный томограф, открывший эру КТ в московской

не только фтизиатры, фтизиопедиатры и хирурги, но и врачи смежных специальностей. Недавно создана психологическая служба, так необходимая пациентам с туберкулезом. «Фтизиатры столицы – это команда единомышленников», – считает Е.Богородская. – Так было, есть и будет!» Это работоспособный коллектив, научные лидеры которого – академики РАН В.Литвинов, профессора С.Борисов, П.Сельцовский, О.Зубань. Сложная административно-хозяйственная работа возложена на главного врача Л.Туктарову. Коллектив объединяет не только врачи, но и медицинских сестёр, санитарок, административно-хозяйственные службы. Здесь работают любящие своё дело люди, нацеленные на результат.

Сделано много. В 2015 г. заболеваемость от туберкулеза в Москве

в Центре разработана и внедрена методика профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц. В Московском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом открыт кабинет раннего выявления туберкулеза, а в стационарах центра – отделения для больных с сочетанными инфекциями ВИЧ/туберкулез. Все пациенты, живущие в столице с ВИЧ, обязательно проходят флюорографию и Диаскинтест®.

За последнее время в Центре организована установка и бесперебойная работа восьми компьютерных томографов, тесно взаимодействуют все филиалы и клиники. Под руководством главного фтизиатра Департамента здравоохранения Москвы Елены Богородской обеспечено полное взаимодействие между Центром, Туберкулезной больницей № 3 им. Г.А.Захарьина и Туберкулезной больницей им. А.Е.Рабухина. Все сложные клинические случаи туберкулеза в столице директор Центра берёт под свой контроль. Большую роль здесь отводят работе со СМИ и социальными сетями, что помогает фтизиатрам в профилактической работе с населением. Воплощённой идеей руководства стало создание первого специализированного фтизиатрического сайта in-tub.ru.

В своём поздравлении сотрудников Центра с его 90-летним юбилеем главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева сказала: «Московский городской центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения Москвы завоевал ведущие позиции в нашем обществе: сформировалась слаженная команда учёных, врачей, исследователей по различным направлениям науки – как фундаментальной, так и прикладной, работает группа высококлассных специалистов, оказывает помощь не только жителям столицы, но и тем, кто приезжает в Москву».

Традиции Центра, начатые 90 лет назад гениальным организатором здравоохранения В.Эйнисом, его учеником М.Соркиным и поднявшим Центр на новую высоту академиком В.Литвиновым, продолжаются.

Татьяна МОХРЯКОВА, врач.



Е. Богородская проводит очередной консилиум

Добравшись с работы до дома родного не совсем в приподнятом настроении, половину которого он оставил в «пиковом автобусе», «потомственный бюджетник» Александр Спиридонович Васючанский первым делом включил телевизор и, плюхнувшись в тяжело вздохнувшее кресло, вдруг услышал, что «в целях дальнейшего улучшения продовольственной корзины повышается стоимость её содержимого».

– Во дадут!.. Чушь собачья! – обиженно воскликнул Александр Спиридонович, на душе которого «заскребли кошки» и тут же, ткнув пальцем в пульт, выключил телевизор.

– И это вовсе не чушь! – сказал, как отрезал... своего хозяина от всего хорошего, включившийся сам по себе телевизионный ящик.

«Потомственный бюджетник» снова автоматически выключил его и почему-то пропел всплывшую в его уставшем на трудовом посту мозге строчку из почти забытого романа: «Уж не жду от жизни ничего я!..».

Телеящик тут же снова включился без помощи Александра Спиридоновича и в ответ ему пропел странным голосом Игоря Корнелюка: «Подожди!.. Дожди!.. Дожди!..».

– Ну, вот, уже и хорошую погоду никто не обещает! – машинально разозлился «потомственный бюджетник», вспомнив, что и на его работе в последнее время никто ничего хорошего, кроме увольнений, не обещает ввиду кризиса, санкций и антисанкций. Ещё больше разозлившись, А.С.Васючанский ткнул пальцем в пульт и вырубил песенный телеящик.

А сам почему-то запел: «Уж не жду от жизни ничего я...».

Но это как-то не очень помогло, поскольку обнаглевший телек снова включился и песенно сообщил: «А снег идёт, а снег идёт!..»

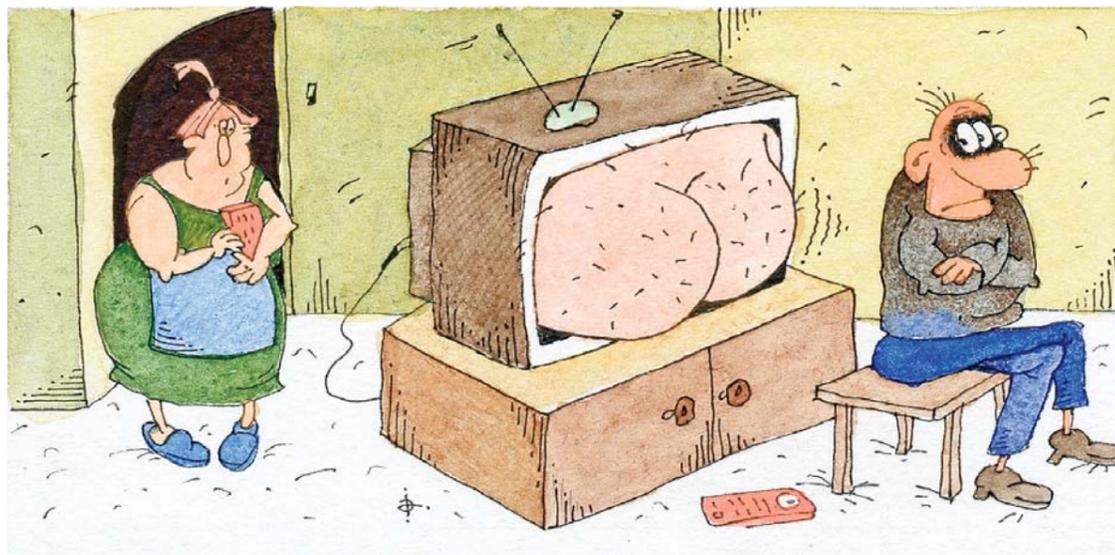
– Что?! – ахнул «бюджетник» и попытался выглянуть в окно. – Снег?!.. И это в августе?!..

Но уже через несколько секунд Александр Спиридонович сообразил, что к чему и, снова надавив на кнопку выключения

На литературный конкурс

Игорь АЛЕКСАНДРОВ

Важней всего погода...



телепульт, сумрачно пробормотал: «Как бы действительно ничего не свалилось, как снег на голову!.. Наобещают же такое!..»

Но тут же он услышал из самореганимировавшегося «ящика» песенное сообщение: «У природы нет плохой погоды! Всякая погода – благодать!..».

А.Васючанский подумал, что это, пожалуй, действительно так, но тут же уже чисто автоматически зачем-то вырубил «ящик».

Вот только в тот же момент телевизионный экран снова вспыхнул и томно-ресторанным женским голосом категорически потребовал: «Не обещай последний вечер!.. Не обещай меня любить!.. Не обещай последней встречи!..».

– А обещай тебя убить! – «Ванькой-Встанькой» выскочил из своего давно обжитого им кресла А.Васючанский.

«Не обещай!..», – в ту же секунду пропел телевизор.

– Да не обещаю я никому и ничего! – рыкнул А.Васючанский и, снова ткнув кнопку выключения, попытался вспомнить, на каком канале сегодня будут показывать матч его любимой команды.

И тут телевизионный ящик проснулся и из него донеслось давным-давно знакомое: «Жди меня и я вернусь!.. Только очень жди!..».

– Ну, ладно, ладно, буду ждать, – пообещал «потомственный бюджетник», вспомнивший вновь о давно ожидаемом им повышении зарплаты.

«Ящик» замолк, но тут же снова зажёгшись, уже далеко не музыкально сообщил, что следует ожидать дальнейшего похолодания в районах Дальнего и не очень Севера.

– Вот, даже как?! – ахнул А.Васючанский, тут же выключив это ужасно негативное и где-то даже страшное сообщение. – Это что же – там уже начинается этот

самый, как его, «голодомор»?!

Может, нужно начать собирать какие-то продуктовые наборы в помощь северному населению?

«Телеящик» тут же ожил и разъяснил, что сено и другие корма уже начали завозить в эти «оголодавшие районы».

– Чего-чего?!.. – ахнул «потомственный бюджетник». – Это какой же там начался голод, если население начинают подкармливать сеном?!

Но телевизор его успокоил, пояснив, что туда будет отправляться ещё и солома.

– Во, блин! – снова ахнул А.Васючанский. – И даже солома?!

– Олени и прочий местный рогатый скот уже оценили этот щедрый кормовой дар центральных областей страны, – резюмировал «телеящик».

«Бюджетник» облегчённо вздохнул и снова начал поиски спортивного канала.

Однако телевизор воспротивился этому и вкрадливо сообщил голосами «Самоцветов»: «Такого снегопада, такого снегопада давно не помнят здешние места...».

– Да что же это такое?! – ахнул А.Васючанский и грохнул кулаком по кнопке выключения пульта.

И тут откуда-то из тёмного угла комнаты, с диванчика, как чёртик из табакерки, выскочила супруга Васючанского Алёна Вениаминовна.

– Ты чего это над нашим телевизором измываешься, гад ползучий?! – почти взвизгнула она.

– А чего это он?... – растерянно осипшим голосом попытался объяснить «бюджетник» что-то своей супруге. – На что-то всё намекает... и даже перечит! Может, мастера нужно вызвать, а?

– Перечит? – переспросила дражайшая и дрожащая от гнева супруга.

– Ну!.. Включается... сам... – пояснил Александр Спиридонович.

– Ах, вот в чём дело... Это же я просто, наконец-то, купила новый бесконтактный пульт, – показала «спутница жизни» ему какую-то миниатюрную коробочку. – А сейчас, как только я включу новости или музыкальную программу, так ты сразу всё это почему-то выключаешь. – И тут же трижды щёлкнув в воздухе пальцами, супруга переключила телевизор уже на очередной женский сериал.

– Вот как?!.. Ну, тогда всё ясно, тогда понятно всё... – вздохнул А.Васючанский и решил, что пора, уже давно пора приобрести второй телевизионный приёмник. – А пока... пока придётся опять набиваться в гости к соседу, тоже футбольному болельщику...

Москва.

Двуцен				Размолотые зерна	Эгирин	СКАНВОРД										Город, Коми		Порода круп. рог. скота		Город, Рязан. обл.			
Конура	Родственник трески		Шотл. живописец			Пири-бедил										Трагедия Корнеля		"Прод. невеста", перс.	Франц. дерматолог		Скелет		
Кеторлак				Часть чайника	Горы на Луне	Бог из асов	Испан. футб. клуб	Драма Ибсена	Растение, масло		Топирамат										Деньги, Литва		
Нджамена, река	Князь, Индия		Панцирный динозавр						Венец в срубе										Приток Дуная				
			Сорт яблоки	Горная выр-ботка		Фольклор	Рус. поэт	Бензо-колонка		Древне-греч. философ	Картина Мане												
	Очарование		Сооружение у стены		Белоголовый		Берег (устар.)	Де Монморанси	Шаман в Сибири	Винт. конвейер									Проверка качества				
			Стало быть				"Черная беда"	Галерка															
	Домашний холст		Вулкан, Филиппины		Ибн Сина																		
Автор Валерий Шаршуков			"Васаби", актриса	Довод, причина		Карлик																	
										Ш В Е Й К К Г Е Р Е В И Т А Ц Е Т А Т А О И Р А В Р О Р А О Б И К У Ш У Л У К К А Л Д Б У Т У Р Л И Н А К О С И Л О Н В И Р И Ш И М П А Т О К Л И О А Р А И Л О Н А Д О Ф И С Р А К А О Л Ч Р Е Я Р О Т О М Е Г А А Л О З А У Р М А Н Р У Р А Л Б О Д Я К И Д У Л А А Г А В А А Н Ф А С													

Ответы на сканворд, опубликованный в № 65 от 31.08.2016.

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

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

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

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 «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-08-00386 Тираж 28 481 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (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 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.