

Медицинская

23 августа 2017 г.
среда
№ 62 (7780)

Газета®

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

Тенденции

Врачебный долг зовёт в полёт...

Ежедневно хакасские медики отправляются на вертолёте к тяжелобольным



В Республике Хакасия начала работать служба санитарной авиации. Наряду с другими 33 субъектами РФ этот регион вошёл в соответствующую федеральную программу, в рамках которой ему выделено 128 млн руб. на оплату авиационных услуг в нынешнем году. И вот на днях вертолёт МИ-8, оснащённый медицинским модулем, прибыл в распоряжение хакасских медиков.

Как сообщают в Министерстве здравоохранения республики, интенсивность использования крылатого госпиталя высокая: вертолёт с брига-

Пилоты и врачи санитарной авиации в любой момент готовы прийти на помощь

дой медиков на борту совершает вылеты из Абакана в сельские районы ежедневно, включая выходные. Для того чтобы эвакуация тяжелобольных из районных больниц в республиканские учреждения проходила максимально эффективно, Минздравом Хакасии заранее отработан механизм движения машин скорой помощи при доставке пациентов к вертолёту.

Начало реализации проекта по развитию службы санавиации заставило регион не просто принять помощь

федерального центра по расчётам с авиакомпанией, но и вложить собственные деньги в строительство круглосуточной вертолётной площадки в Ширинском районе. Работы на этом объекте уже начались. В настоящее время ведутся переговоры по обустройству вертолётных площадок ещё в 2 районах республики.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Наталья СТАДЧЕНКО,
председатель
Федерального фонда ОМС:

Мы обсуждаем, как выстроить работу, благодаря которой СМО станут полноценными и эффективными защитниками прав застрахованных граждан.

Стр. 2



Алексей РЕШЕТНИКОВ,
директор территориального
фонда ОМС Ростовской области:

По итогам экспертиз первого полугодия санкции составили всего 0,87% от размера оплаченных по ОМС счетов.

Стр. 5

Сергей КРИУШИН,
главный врач курского госпиталя
для ветеранов войн:

Администрация области выделила более 15 млн руб. на приобретение медицинского оборудования для госпиталя.

Стр. 6



Решения

Вакцинация пройдёт по плану

Минздрав России разъясняет, что наблюдаются общемировые трудности с инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ), которые объясняются возросшей мировой потребностью в данном препарате. Эта потребность связана с поэтапным полным переходом на использование ИПВ к 2019 г. согласно Глобальному плану Всемирной организации здравоохранения по эрадикации полиомиелита.

В результате искусственного дефицита объёмы моновакцины, поступившей в нашу страну, снизились в 13,6 раза с 2,3 млн доз до 169 тыс.

В этой связи Минздравом России совместно с Минпромторгом в срочном порядке были предприняты все необходимые организационные меры. Прежде всего – ускорение начала импортозамещения ИПВ за счёт локализации производства на базе комплекса Нанолек и внесение изменений в нормативные правовые акты, позволяющие использовать пятивалентную вакцину с полиокомпонентом.

Правительством РФ также было дополнительно выделено из резервного фонда почти 1,2 млрд руб. До конца августа Минздрав России заключит контракты на поставку 1 млн

74 тыс. доз поликомпонентной вакцины, и до 15 октября 60% от этого количества будут направлены в регионы.

Как показывает проведённый Роспотребнадзором анализ выполнения плана прививок, принятые меры позволили за 6 месяцев 2017 г. выполнить план по вакцинации и ревакцинации против полиомиелита на 50,8 и 51,5% соответственно и гарантировать проведение вакцинальной кампании до конца года в соответствии с планом.

Уже в 2018 г. Нанолек выйдет на объём производства ИПВ, позволяющий полностью покрыть потребность нашей страны в вакцине.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Перемены

В селе будет новая больница

Новая участковая больница откроется в селе Гурбуки Карабудахкентского района Республики Дагестан.

Ход строительных работ проинспектировал министр здравоохранения республики Танка Ибрагимов. В трёхэтажном здании больницы смогут

лечиться как взрослые, так и самые маленькие пациенты. Уже проведены все необходимые работы по озеленению двора, установили беседки, а также проложили новую дорогу.

Во время обхода министр сделал ряд замечаний, которые поручил устранить в обязательном порядке.

«Ход строительных работ находится на постоянном контроле руководства республики, и мы надеемся, что к новому году сделаем жителям района такой подарок», – отметил Т.Ибрагимов.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА.

Махачкала.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ

Лампы фототерапии и «лучистое тепло»

- Светодиодные и УФ лампы фототерапии новорожденных
- Обогреватели для новорожденных «Лучистое тепло»
- Выгодное ценовое предложение, наличие на складе

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

Новости

Допингом займётся МГУ

Правительство РФ внесло изменения в устав Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова». Устав МГУ дополнен положениями о новом структурном подразделении – национальной антидопинговой лаборатории, в которой будут осуществляться мероприятия по антидопинговому обеспечению спортивных сборных команд России, проведению независимого объективного анализа проб и образцов биологических материалов для допинг-контроля с использованием современных методов, проведению исследований, направленных на предотвращение допинга в спорте и борьбу с ним.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Придерживаясь графика

Мэр Москвы Сергей Собянин призвал контролировать своевременное соблюдение графиков строительства объектов здравоохранения. Об этом глава столичного правительства заявил в ходе заседания коллегии строительного комплекса Москвы.

«Будем продолжать серьёзно заниматься больницами, поликлиниками, так как это одна из самых проблемных сфер в Москве. Мы строим целый ряд крупнейших клиник – такие как Морозовская, новая больница в Коммунарке, инновационные клиники в Сколково – в Международном медицинском кластере, здесь тоже есть чем заняться. Необходимо считать, что эти стройки являются приоритетными, и нужно уделять им предметное внимание для того, чтобы графики строительства соблюдались», – сказал С.Собянин.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Новый диализный центр

Полномочный представитель Президента РФ в Приволжском федеральном округе Михаил Бабич посетил Чувашскую Республику. Он побывал в отделении амбулаторного гемодиализа ООО «Б.Браун Авитум Руссланд» в городе Канаш, медицинскую помощь в котором получают пациенты с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

Строительство этого гемодиализного центра стало одним из наиболее значимых проектов государственно-частного партнёрства в сфере республиканского здравоохранения, непосредственно влияющего на качество жизни пациентов. Раньше медицинская помощь оказывалась в амбулаторном центре диализа в Чебоксарах, а также в отделении гемодиализа Республиканской клинической больницы.

На первом этапе в отделении Канаш обеспечены условия для приёма 24 пациентов ежедневно. Далее планируется увеличение до 36 человек.

Анна УРАЛЬСКАЯ.

Чувашская Республика.

В жару нельзя расслабляться

Больше гулять, соблюдать питьевой режим, следить за давлением – такие рекомендации получили от врачей-профилактологов сотрудники Управления социальных программ Надымского района Ямало-Ненецкого автономного округа.

Своё здоровье проверили 40 членов трудового коллектива и несколько посетителей управления в ходе выездного обследования специалистов Ямальского центра медицинской профилактики. Большинство обследованных – женщины в возрасте 35-45 лет. Их показатели здоровья оказались в целом в пределах нормы, однако климат северных широт плюс установившаяся жара являются поводом для опасения.

– Не секрет, что наши жители постоянно страдают от недостатка кислорода, тем более в летний период и особенно в жаркую погоду, – объясняет терапевт окружного центра медицинской профилактики Мария Горбулёва. – Этот факт лишний раз подтвердили результаты проведённого нами обследования: у многих пациентов отмечено низкое насыщение крови кислородом. Кроме того, недостаток жидкости в организме и повышенное артериальное давление, что тоже спровоцировано жарой и долгим пребыванием в душном помещении.

Для коллектива и клиентов управления социальных программ, врачи оставили комплект информационных материалов – буклетов, памяток и листовок, которые помогут людям научиться правильно следить за своим самочувствием в летний период и вести здоровый образ жизни круглый год.

Инна ВЕРЕТИНА.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Уже есть результаты

В Воронежской области за первое полугодие 2017 г. доабортное консультирование в центрах и кабинетах медико-социальной поддержки беременных прошли 1882 женщины. Из них 304 отказались от медицинского аборта. Для сравнения - в первом полугодии 2016 г. изменили своё первоначальное решение о прерывании беременности 218 женщин.

В настоящее время на территории Воронежской области работают 5 центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и 32 кабинета медико-социальной помощи беременным, в которых консультативную помощь бесплатно оказывают 35 психологов, 8 социальных работников и 25 юристов. Центры поддержки беременных также способствуют снижению числа отказов от новорождённых. Согласно статистике, после того как в области начала действовать комплексная программа поддержки беременных, количество отказов от новорождённых снизилось с 44 в 2012 г. до 19 в 2016 г.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

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

События

Усиливая взаимодействие

Как совершенствовать механизмы защиты прав застрахованных

Институт страховых представителей направлен на регулирование взаимодействия пациентов с медицинской средой. Об этом заявила председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко в ходе пресс-конференции по итогам расширенного заседания Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

Заседание проходило в столице Чеченской Республики – городе Грозный. Говоря о выборе места его проведения, Н.Стадченко отметила: «Надо помнить о том, в каких тяжёлых условиях происходило восстановление Чечни. И период развития обязательного медицинского страхования в этой республике на треть короче того пути, который прошли другие регионы. Мы намеренно остановили свой выбор на Грозном. Во-первых, успехи развития здравоохранения в Чечне, всей социальной сферы, заслуживают внимания и рассмотрения всеми без исключения руководителями нашей отрасли. А во-вторых, мы надеемся, что такое представительное мероприятие федерального масштаба придаст новый импульс внедрению инновационных подходов к совершенствованию институтов защиты прав граждан в сфере ОМС, как в самой республике, так и в других субъектах Российской Федерации».

Рассказывая журналистам о нововведениях в работе страховых медицинских организаций, Н.Стадченко сообщила: «Мы обсуждаем, как выстроить работу, благодаря которой СМО станут полноценными и эффективными защитниками прав застрахованных граждан. В рамках создания



Наталья Стадченко вручает благодарственное письмо главе республики Рамзану Кадырову

пациентоориентированной модели страхования введён в действие институт страховых представителей, которые взаимодействуют с пациентами на всех этапах оказания медицинской помощи. Приняты нормативные правовые акты, регламентирующие обязанности этих представителей, внедрены программы по их подготовке».

Руководитель ФОМС заметила, что уже сегодня СМО непосредственно влияют на работу медицинских организаций, изменяют логику лечебно-диагностического процесса, делают маршрут пациентов в лечебно-профилактических учреждениях понятным, удобным и комфортным. Говоря о взаимоотношениях медицинских организаций, страховщиков и территориальных фондов ОМС, Н.Стадченко подчеркнула, что только в условиях сотрудничества обеспечен успех. «Уровень взаимодействия участников ОМС значительно вырос. Единые информационные системы в регионах позволяют в большинстве из них уже в онлайн-режиме решать вопросы учёта и прикрепления граждан, госпитализации,

диспансеризации, лекарственного обеспечения, выводить на новый уровень экспертную работу, – констатировала она. – А единый регламент взаимодействия устанавливает унифицированные требования к этой работе, обязательные для любого региона».

Председатель ФОМС заявила, что территориальные фонды и страховые медицинские организации должны активнее участвовать в борьбе со смертностью населения: анализировать каждый смертельный случай, готовить соответствующие положения для органов управления здравоохранения. Говоря о результатах заседания, Н.Стадченко отметила, что одной из задач Межрегионального координационного совета было рассмотрение на примерах региональной практики оптимальных механизмов защиты прав застрахованных, чтобы наиболее успешные из них затем внедрить в масштабы всей страны.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Чеченская Республика.

Фото ИА «Грозный-информ».

Память

Медицинский работник на пьедестале

В Ульяновской области, на территории областной клинической больницы установлен памятник медицинскому работнику. Проект инициирован губернатором Сергеем Морозовым и реализован Медицинской палатой региона при поддержке областного Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия и всего профессионального сообщества.

«Люди в белых халатах прошли вместе со страной весь её исторический путь. Медики делили с Родиной радость побед и горечь потерь, даже в самых трудных условиях самоотверженно боролись за человеческую жизнь, особенно в тяжёлые военные и послевоенные годы. Наша земля является родиной талантов, в том числе и медицинских. Таких людей объединяет безграничная предан-

ность своему призванию. Пусть их имена навсегда останутся в памяти народа, являясь для коллег примером высочайшего профессионализма и человеколюбия. Уверен, что и молодые люди, которые здесь сегодня присутствуют, будут достойно продолжать их славные и героические традиции», – сказал С.Морозов во время открытия памятника.

Право открыть памятник медицинскому работнику было предоставлено представителям известных медицинских династий, заслуженным врачам РФ, почётным гражданам Ульяновска Валентину Земскову и Светлане Сватенко.

«Это долгожданное событие для всего медицинского сообщества; признание работы наших уважаемых ветеранов и практикующих работников здравоохранения. Выбор места размещения монумента не случаен, Ульяновская областная клиническая

больница является старейшим и ведущим в области учреждением здравоохранения, где работают несколько поколений семейных династий врачей. Медицинские технологии обновляются, появляется много современных направлений, но самое важное – это человек: врач и медицинская сестра. Именно им и посвящён этот памятник», – отметил министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области Рашид Абдуллов.

На создание скульптуры направлено более 2 млн руб. Большую часть расходов на его изготовление взяла на себя Медицинская палата Ульяновской области.

«Эта скульптура – дань громадного уважения людям, которые выбрали своей профессией защиту и спасение человеческой жизни. Ассоциация организовала сбор добровольных взносов и пожертвований. Средства на его создание собирали всем миром, но большую часть внесли сами медики. Очень рад, что благодаря поддержке губернатора, Министерства здравоохранения и всех неравнодушных граждан это событие состоялось», – прокомментировал председатель Медицинской палаты области Виктор Корнев.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Ситуация

Проблему дефицита кадров решать по программе

Темой очередной встречи руководителя Минздрава Калининградской области Александра Кравченко в ходе «круглого стола» с представителями регионального отделения Общероссийского народного фронта, стали итоги мониторинга доступности и качества оказания медицинских услуг в поликлиниках Черняховска, Гусева, Нестерова, Краснознаменска и Славска в рамках реализации проекта ОНФ «Народная оценка качества».

В ходе общения организаторы мониторинга спрашивали пациентов о плюсах и минусах оказания медицинской помощи. И как отметили активисты ОНФ, общая проблема для всех поликлиник, где они побывали, – нехватка врачей. Из-за этого пациентам бывает трудно записаться на приём к специалистам как через интернет, так и в регистратуре.

Вместе с тем, многие пациенты отметили, что в случае необходимости врачи идут навстречу и принимают без записи и талонов до последнего больного. К примеру, по словам главного врача Нестеровской ЦРБ Нины Китлинской, поликлиника старается принимать всех в день обращения: «И это несмотря на то, что у нас по штату должно быть 4 терапевта, а фактически нет ни одного, приём ведёт заместитель главного врача».

В беседе с активистами ОНФ руководители лечебных учреждений

отметили, что стараются решать кадровые проблемы, приглашая специалистов из других регионов. И желающие приехать есть, хотя не все муниципалитеты могут обеспечить их жильём.

Помимо кадровой среди основных проблем, выявленных общественниками в разговоре с пациентами и с помощью проведённого анонимного анкетирования, отсутствие инфраструктуры, обеспечивающей доступную среду для маломобильных граждан, а также лекарственное обеспечение льготных категорий.

А.Кравченко отметил, что очередь – это проблема не только калининградского здравоохранения, но и России в целом, и не всегда они зависят от организации медицинской помощи в лечебном учреждении: «К примеру, сегодня люди записываются на приём к врачу или получают направление к узкому специалисту, а сами не приходят. Будем разбираться, каковы причины неявки, и что лежит в основе этой ситуации».

Глава Минздрава также добавил, что проблему очередей во многом позволит нивелировать реализуемый в первичном звене проект «Бережливая поликлиника», который уже упорядочил и продолжает оптимизировать многие процессы, разгрузил регистратуры, создал комфортные условия для посетителей и медперсонала.

«Мы уже начали активно решать проблему кадров, – подчеркнул А.Кравченко. – У нас открыты двери для всех, и новые специ-

алисты сейчас приезжают к нам почти каждую неделю». На стадии проработки нормативно-правовой базы находится новая кадровая программа, которая поддержана главой региона. В ней предусмотрено много эффективных мер соцподдержки, для того чтобы медицинские работники закрепились в регионе и им был обеспечен профессиональный рост.

Глава ведомства с сожалением отметил всё ещё имеющуюся проблему лекарственного обеспечения льготников: «Она действительно есть, и сегодня мы стараемся использовать ручной режим – насколько это возможно. Но хочу сказать, что благодаря недавним торговым недостающим препаратам постепенно начали поступать в медицинские организации, и мы приложим все усилия, для того чтобы нормализовать ситуацию».

Также руководитель ведомства рассказал о работе по формированию первоочередных задач для обеспечения доступной среды в лечебных учреждениях, чтобы своевременно подать в региональный бюджет заявки по проведению необходимых работ.

Участники «круглого стола» подчеркнули важность совместной работы, необходимость и в дальнейшем конструктивно взаимодействовать в вопросах улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи на территории региона.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Утра

Трагически погиб

Министерство здравоохранения РФ с прискорбием сообщает, что трагически ушел из жизни советник министра Игорь Львович Ланской.

Начав работу в медиа-отрасли в 1997 г., Игорь Львович быстро зарекомендовал себя как знающий, инициативный специалист. Его опыт и знания были востребованы не только на государственной службе, но и в бизнесе: до прихода в министерство Игорь Львович работал в целом ряде ведущих информационных и аналитических агентств.

Как сообщается в пресс-релизе министерства, «в нашей памяти Игорь Львович навсегда останется добрым, отзывчивым и высокопрофессиональным человеком. Коллектив министерства и лично министр Вероника Скворцова искренне соболезнуют родным и близким Игоря Львовича».

Как сообщили близкие и знакомые И.Ланского, он погиб от удара молнии во время разгула стихии в Крыму.

Инициатива

Медицинский городок Холм-Жирковской центральной районной больницы пополнился добротным двухэтажным особняком, который ранее принадлежал местному казначейству. Вскоре в здании будет размещена поликлиника, сейчас ютящаяся в приспособленном помещении, притом в двух километрах от ЦРБ.

имущественных и земельных отношений, Роспотребнадзором, другими ведомствами на федеральном и региональном уровнях и состоялось подписание акта о передаче теперь уже бывшего здания казначейства в административно-хозяйственное ведение ЦРБ.

Как сообщил корреспонденту «МГ» депутат Смоленской областной Думы Николай Дементьев,

Из казначейства — в поликлинику

Решить вопрос о передаче на баланс Департаменту здравоохранения помещения, расположенного в шаговой доступности от основных корпусов больницы и от автовокзала, что удобно для приезжающих из села пациентов, помог заместитель председателя Государственной Думы РФ Сергей Неверов, представляющий в законодательном собрании страны Смоленский избирательный округ № 175. После консультации и согласований депутата с Министерством

активно помогавший С.Неверову, в ближайшее время начнутся работы по внутреннему перепрофилированию особняка в связи с его новым функциональным назначением. Значительных средств они не потребуют.

Так что новоселье холмжирковские медики могут планировать уже на этот год.

Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Накануне

В особом режиме

Последние недели августа у родителей традиционно связаны с подготовкой к новому учебному году их детей. В том числе возникает необходимость оформить медицинские справки о состоянии здоровья ребёнка – как для посещения школы и детского сада, так и для допуска к занятиям в спортивных секциях.

Чтобы избежать возникновения очередей и потерь времени при посещении врача, Департамент здравоохранения Москвы уже не первый год заблаговременно пе-

реводит столичные поликлиники на особый режим работы, позволяющий максимально облегчить процесс получения необходимых документов. Сделать это можно в кабинетах выдачи справок и направлений и у дежурного врача в детских поликлиниках по месту жительства.

Особое внимание на эту возможность следует обратить родителям дошкольников. Все дети дошкольного возраста должны получить справку о состоянии здоровья, а также пройти обследование на педикулёз и чесотку. «Усиленный режим работы,

на который перешли наши детские медицинские организации в преддверии нового учебного года, позволит принять всех желающих пройти медицинский осмотр, – заявил заместитель руководителя департамента Алексей Погонин. – Мы делаем всё необходимое для того, чтобы вся процедура оформления справок занимала минимум времени. Записаться для получения справок можно через ЕМИАС и по телефону».

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

Перспективы

Проекты оптимизации одобрила общественность

Общественный совет при Департаменте здравоохранения Кемеровской области одобрил проекты оптимизации медицинских организаций в ряде территорий Кузбасса.

Ожидается, в частности, что объединение трёх медучреждений Осинников (городской и детской больниц и станции скорой медицинской помощи) позволит централизовать лабораторную службу города. В результате повысится эффективность использования оборудования, расширится спектр и сократятся сроки выполнения исследований, уменьшатся оче-

реди на лабораторные анализы в детской больнице и роддоме. А объединение служб лучевой и ультразвуковой диагностики позволит не только рационально использовать аппаратуру различных учреждений, но и обеспечить взаимозаменяемость персонала во время учёбы, отпуска или болезни. По предварительным расчётам, оптимизация позволит сэкономить более 10,5 млн руб. за год.

В Березовском решено объединить городскую больницу, поликлинику и станцию скорой помощи. Суммарное сокращение расходов на содержание административно-хозяйственного звена

обещает экономию более чем в 5 млн руб.

Реорганизация противотуберкулёзной службы нацелена на создание в Кузбассе областного фтизио-пульмонологического центра. В ближайших планах – слияние Кемеровского областного противотуберкулёзного диспансера и областного противотуберкулёзного санатория (город Анжеро-Судженск). Ожидаемая экономия от сокращения управленческого аппарата – порядка 1 млн руб. в год...

Валентина АКИМОВА, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Статистика

Пить уже надоело?



Абсолютное большинство россиян (80%), опрошенных Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ), уверены в негативном влиянии на здоровье всех видов алкоголя. С этим согласна и большая часть тех, кто употребляет спиртное, – 65%.

В существование безвредного для организма алкоголя верят лишь 15% опрошенных. Такими напитками они считают вино, пиво и коньяк. А 39% россиян вообще не пьют спиртные напитки.

За последний год почти половина россиян (44%), по их словам, стала меньше употреблять алкоголь. Время от времени выпивают 59% граждан, однако в подавляющем большинстве случаев – не чаще нескольких раз в месяц. В целом 2-3 раза в месяц употребляют алкогольные напитки 16% респондентов.

Среди мужчин – 23, среди женщин – 11. При этом выше всего эта доля среди 25-34-летних и 35-44.

Более половины россиян (58%) не смогли определить: лучше пить маленькими порциями, но часто, либо редко, но много. К первому методу приёма алкоголя склоняются 28%, а ко второму – 14%.

Лишь 4% потребителей спиртного признались, что стали пить больше.

Эксперты ВЦИОМ отметили устойчивое снижение на протяжении последних лет потребления так называемых бытовых наркотиков, к коим относится не только алкоголь, но и табачные изделия. Всё больше распространяется здоровый образ жизни как самостоятельная ценность. Наиболее ярко эти тенденции проявляются в молодёжной среде.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Ежедневно бригады скорой помощи в столичном регионе выезжают по 12 тыс. адресам. Без перерывов и выходных работает единый городской диспетчерский центр, 58 подстанций и 97 постов. В чрезвычайных ситуациях решающей для спасения жизни человека может стать каждая секунда.

Чтобы момент не был упущен, работают экстренные службы, всегда готовые выехать к пациенту и оперативно доставить его в профильное медицинское учреждение.

Покой им только снится

С каждым годом совершенствуется работа бригад скорой медицинской помощи. Сегодня с момента вызова до приезда медиков в среднем проходит 12,1 минуты. Это меньше, чем в прошлом году: тогда врачи приезжали за 12,8 минуты. А по скорости прибытия к месту ДТП медицинские бригады демонстрируют результаты на уровне крупнейших столиц мира: среднее время приезда не превышает 8 минут. Современное оборудование и информационные системы позволили сократить и среднее время ожидания ответа оператора при звонке на номер 103. В 2010 г. позвонивший ждал примерно 45 секунд, а в нынешнем – 6.

Всего же при ДТП и тяжёлых травмах с момента вызова до доставки больного на операционный стол проходит не более 60 минут. При инсультах и инфарктах это занимает 60–65 минут. Таких результатов удалось добиться благодаря эффективной маршрутизации пациентов в специализированные центры, оснащению бригад системой ГЛОНАСС, улучшению работы диспетчерской службы.

Все бригады «скорой» в столице сегодня оснащены планшетами. В случае необходимости прямо с места вызова врач может передать данные электрокардиограммы на кардиопульт станции для расшифровки. Это позволяет намного быстрее установить диагноз и начать необходимое лечение. Планшет может работать и как навигатор, помогая водителю найти оптимальный маршрут.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова является крупнейшей медицинской организацией в Москве. Всего здесь работают около 10 тыс. человек. Каждый день сотрудники данного учреждения выполняют до 12 тыс. выездов.

По земле и по воздуху

В конце прошлого года Московский научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здра-

Итоги и прогнозы

Когда всё решают секунды...

Преобразования экстренной медицинской помощи в столице



«Скорой» на московских улицах всегда дают зеленый свет

воохранения Москвы отметил своё 25-летие. Во время различных чрезвычайных ситуаций именно он становится главным медицинским штабом столицы. Центру подчиняются все медицинские организации и подразделения города. В распоряжении службы есть не только специализированные автомобили и автобусы, но и три медицинских вертолёта.

Москва стала первым в стране городом, где появилось учреждение такого рода и где медицинские вертолёты регулярно вылетают на помощь пострадавшим. Их используют в экстренных случаях, когда другой транспорт не может быстро добраться до места происшествия, а счёт идёт на минуты. Санитарную авиацию задействуют при ДТП, взрывах, пожарах, техногенных катастрофах и других ЧП, а также при инсультах, инфарктах и сильных кровотечениях. Использование вертолётов особенно актуально для доставки пациентов из Троицкого и Новомосковского округов (ТиНАО).

Так, например, время в пути до пациента, который находится в ТиНАО, составляет 11–15 минут. После оказания необходимой медицинской помощи через 7 минут пострадавший оказывается в ближайшем стационаре. В среднем с момента

поступления вызова до доставки человека в больницу проходит 47 минут, то есть соблюдается правило золотого часа. Это время, когда помощь будет наиболее эффективной.

На вертолётах летают два пилота, врач и фельдшер. С помощью современного оборудования медики могут оказывать помощь прямо в воздухе. В зависимости от состояния пострадавших они перевозят одного-двух человек. Вертолёты оснащены специальным оборудованием: аппаратом искусственной вентиляции лёгких, дефибриллятором, инкубатором для транспортировки новорождённых, спинальным щитом, кислородными баллонами.

Санитарную авиацию для оказания экстренной помощи используют всё чаще. В позапрошлом году было 517 вылетов, а за первые 6 месяцев этого года – 500. Значительная часть этих полётов связана с перевозкой пациентов из отдалённых территорий ТиНАО. Во многих случаях это был единственный способ, как за считанные минуты доставить человека в больницу.

Центр экстренной медицинской помощи работает круглосуточно. Его диспетчеры принимают информацию обо всех нештатных, кризисных и чрезвычайных ситуациях в го-

роде. 24 часа в сутки дежурят и выездные бригады центра. А во время массовых мероприятий работают передвижные пункты медицинской помощи. В прошлом году бригады центра выезжали по вызовам более 10 тыс. раз.

В экстренном порядке

Помощь пациенту начинают оказывать ещё в машине скорой помощи или в вертолёте, однако важнее всего – доставить его в стационар, где есть всё необходимое оборудование и высококлассные специалисты. На оказании экстренной помощи специализируются столичные клинические больницы им. С.П.Боткина, С.С.Юдина, Н.И.Пирогова, Ф.И.Иноземцева, А.К.Ерамишанцева, Г.Н.Сперанского и др. Куда именно попадёт пациент, решают исходя из его состояния и близости стационара.

Одним из ведущих медицинских учреждений для экстренных случаев считается Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. В его структуру входит 5 общегородских центров: региональный сосудистый центр, ожоговый, острых отравлений, радиохирургии, трансплантации печени.

В институте работает 571 врач, в том числе академики и члены-корреспонденты РАН, профессора, доктора и кандидаты медицинских наук. В прошлом году в «Склифе» получили помощь 68,4 тыс. пациентов. В стационарах Москвы открыто 47 отделений анестезиологии и реанимации для взрослых и 33 отделения для детей и новорождённых. Всего в них находится более 2,6 тыс. реанимационных коек.

Самый большой центр реанимации и интенсивной терапии открыт в городской клинической больнице им. С.С.Юдина. Он состоит из 12 отделений на 144 койки с 16 операционными. Пациенты в крайне тяжёлом состоянии поступают непосредственно в реанимацию, минуя приёмное отделение. Это особенно важно при крупных чрезвычайных ситуациях. Например, после урагана 29 мая в данный стационар доставили 15 пострадавших.

Акватория безопасности

Особое внимание в последние годы оказывают пациентам с инфарктами и инсультами. Чтобы помощь им оказывалась максимально оперативно, в московских больницах развернуто 29 сосудистых центров. При инфарктах с момента приезда скорой помощи до операции проходит не больше часа. Пациента стремятся быстро доставить в ближайший центр, где свободен ангиограф. В итоге операция по открытию артерии завершается в среднем через 39 минут с момента поступления человека в больницу.

Автоматизированная система «Стационар» помогает врачам скорой помощи видеть, в каких центрах на данный момент свободны ангиографические операционные. А в стационаре узнают, что к ним везут пациента с инфарктом, и готовятся заранее. Каждая сэкономленная минута увеличивает шансы на успешный исход операции. Эффективность инфарктной сети доказывают цифры: за последние 5 лет количество умерших от острого инфаркта миокарда в Москве уменьшилось в 3 раза.

В феврале нынешнего года начали создание инсультной сети. В её 8 стационарах внедрена тромбэкстракция – хирургическое удаление тромбов. Этот метод применяют при лечении самых тяжёлых пациентов с закупоркой крупных мозговых артерий. С начала года врачи провели 130 таких операций, а первые итоги работы инсультной сети планируют подвести к концу года.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Новости

Электронная медицинская карта (ЭМК) амбулаторного пациента – один из самых действенных сервисов Единой медицинской информационно-аналитической системы, призвана значительно облегчить работу персонала медицинских организаций.

Поликлиники Тюмени и области уже перешли на электронную карту, следующий этап – разработка ЭМК пациента стационара и переход областных учреждений второго типа, оказывающих консультативную помощь.

История болезни «в цифре»

У консультативно-диагностического центра «Эндос» – сотни пациентов, и на сегодняшний день все их карты помещены в архив медицинской организации. Бумажный носитель будет храниться 25 лет. Нет причины паниковать, если доктору понадобится какая-либо информация – карту ему предоставят по первому требованию.

Все электронные карты под-

тверждаются специальной подписью, и за ними ведётся строгий контроль.

Для работы в новой информационной системе с сентября по декабрь прошлого года все медицинские работники центра прошли обучение в рамках усовершенствования подготовки специалистов по заполнению электронных медицинских карт пациентов.

В «цифре» результаты осмотров, диагнозов, анализов, истории болезней, назначения будут доступны любому врачу, и пациенту не нужно будет приносить свой архив, это очевидный плюс. Кроме того, информация о состоянии здоровья пациента всегда будет оперативно доступна, к примеру, когда в считанные минуты нужно будет узнать, есть ли аллергия на медикаменты или

перенесённые заболевания. Ещё один плюс: пополнение истории медицинской карты на протяжении всей жизни пациента.

По последним данным, в электронной картотеке центра открыто более 13 тыс. электронных карт.

Елена ПРОСВИРЯКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Тюмень.

Внедрение электронного документооборота в здравоохранении, создание института страховых уполномоченных в системе ОМС приносит свои плоды. О том, какие изменения происходят в обеспечении прав застрахованных граждан обозревателю «МГ» Алексею ПАПЫРИНУ рассказывает директор территориального фонда ОМС Ростовской области Алексей РЕШЕТНИКОВ.

– Алексей Валентинович, Ростовская область – одна из первых в стране начала внедрять электронный документооборот в здравоохранении. Как обстоят дела сегодня: удаётся ли поликлиникам перейти к выписке электронных рецептов, листов нетрудоспособности, ведению электронных амбулаторных карт?

– Это направление в медицинских организациях всё более утверждается. Уже несколько лет врачам доступен информационный сервис поиска необходимого лекарственного средства в аптеках, расположенных недалеко от места выписки рецепта. Если аптечный пункт, в котором имеется в наличии данное лекарственное средство, подключён к единой информационной системе, то выписка осуществляется в электронном виде, без оформления на бумажном носителе.

2017 г. привнёс ещё одно новшество в электронный документооборот медицинской организации. Он вышел на межведомственный уровень – с первого июля 2017 г. появилась возможность выписывать электронный больничный лист пациентам, информация о котором передаётся в фонд социального страхования (ФСС) для дальнейшей обработки. Первая успешная демонстрация такого информационного взаимодействия прошла в поликлинике № 10 Ростова-на-Дону. Уже десятки электронных больничных листов реально поступили в ФСС и по ним произведена оплата. До конца года эту возможность предполагается обеспечить повсеместно.

Что касается электронных амбулаторных карт, ваша газета уже писала об опыте наших медицинских организаций ещё 4 года назад («Нужен ли врачу планшет», см. «МГ» № 49 от 05.07.2013). Сегодня подобная технология доступна уже многим поликлиникам области.

– А что происходит в стационарах?

– Здесь главный вектор движения связан с внедрением электронной медицинской карты пациента в рамках Единой государственной информационной системы здравоохранения, к которой на сегодняшний день в регионе подключены 44 лечебных учреждения, оказывающие помощь в стационарных условиях. В этом случае сведения обо всей оказанной пациенту медицинской помощи, (не только в стационарах), связаны воедино.

– Можно ли уточнить, какая часть тарифа ОМС уходит на содержание инфраструктуры, поддерживающей информатизацию лечебных учреждений?

– Тарифы на оказание медицинской помощи по ОМС утверждаются тарифным соглашением без разбивки по статьям затрат. Медицинские организации являются самостоятельными хозяйствующими субъектами, и их руководители сами заключают необходимые договоры для обеспечения жизнедеятельности организаций: на все виды услуг, коммунальные, связи, транспортные. Таким же образом оплачиваются расходы, обеспечивающие функционирование информационных систем лечебных учреждений: программное обеспечение, лицензирование, приобретение расходных материалов, доступ в сеть Интернет и т.д. Несколько лет назад эти затраты не относились к числу базовых и регулярных. Сегодня



А. Решетников

– С какими жалобами и предложениями чаще всего обращаются к представителям страховых компаний жители области?

– На первом месте – организационные недостатки работы лечебных учреждений, на втором – вопросы качества, на третьем – взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС, то есть о правомерности оплаты из личных средств тех или иных услуг.

Граждане часто обращаются к представителям с вопросами справочно-консультационного характера.

– Стали ли страховые компании серьёзнее заниматься защитой прав пациентов?

– Нормативными документами Минздрава России и Федерально-

– Ростовская область – южный регион России, в который летом на отдых приезжают достаточно много иногородних. Что можно сказать об оказании медицинской помощи им, есть ли проблемы с этой группой застрахованных? Как осуществляются взаиморасчёты?

– Сейчас ФОМС Ростовской области получает по межтерриториальным расчётам от фондов других субъектов Российской Федерации средств больше, чем оплачивает по их счетам за лечение ростовчан. Так, в 2016 г. баланс взаиморасчётов составил более 73 млн руб. плюс, но не только за счёт летнего отдыха жителей других территорий. В повышении привлекательности лечения в наших медицинских учреждениях сыграло свою

компаниями должны проверяться также истории болезни и амбулаторные карты при летальных исходах.

Такой подход действительно привёл к снижению сумм финансовых санкций. По итогам первого полугодия 2017 г. сумма санкций в целом (снижение оплаты и штрафы) по больницам и поликлиникам области снизилась на 6,8 млн руб. по сравнению с первым полугодием 2016 г., хотя сумма оплаченных по ОМС счетов совокупно по всем медицинским учреждениям увеличилась на 653 млн.

То есть, несмотря на расхожее мнение о якобы неподъёмных санкциях, применяемых СМО, сумма их по итогам экспертиз первого полугодия 2017 г. составила всего 0,87% от размера

ОМС: реальность и перспективы

По новым правилам

В центре внимания страховых компаний должен быть пациент

без них представить работу больниц и поликлиник невозможно. Если даже не говорить о капитальных затратах (на прокладку линий связи, приобретение вычислительной техники), то и без их учёта регулярные расходы на нужды информатизации достигают нескольких процентов во всех тратах на хозяйственные нужды. Но эти траты не напрасны: информатизация позволяет серьёзно экономить.

– Если говорить о сбалансированности территориальной программы ОМС по доходам и расходам, то удаётся ли это на практике в непростом для экономики году?

– Конечно, мы хотели бы направить в этом году в здравоохранение области больше средств. Но согласно требованиям Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (статья 36) территориальная программа ОМС обязательно должна быть сбалансирована по доходам и расходам. Так же как и в предыдущие годы, стоимость утверждённой территориальной программы ОМС в регионе не превышает размер бюджетных ассигнований на её реализацию. Это установлено законом о бюджете территориального фонда. Исполнение территориальной программы идёт в строгом соответствии с планом.

– Сегодня в систему ОМС активно задействованы страховые поверенные. Как идёт становление этого института на Дону?

– Ещё в начале года в 5 страховых медицинских организациях территории работало 133 страховых представителя первого и второго уровней, из них 68 специально обученных. А уже к концу первого полугодия их стало 226, из них прошли обучение – 181. Их деятельность находится на постоянном контроле территориального фонда ОМС.

В области, в отличие от многих субъектов РФ, уже был опыт работы представителей СМО (с 2007 г.) и консультантов-представителей фонда (с 2011 г.) в медицинских организациях. Но после разработки и утверждения федеральным фондом серьёзной нормативной базы, расширившей обязанности страховых представителей и установившей регламент взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц, их работа вышла на совершенно иной уровень. Количество переходит в качество.

го фонда ОМС, конкретизированы обязанности участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц. Это и дало новый импульс этому направлению деятельности СМО.

Радикально изменился принципиальный подход к защите прав застрахованных. Если раньше СМО «вступали в дело» тогда, когда права застрахованного уже были нарушены – получена жалоба, поступил на оплату счёт за медпомощь, оказанную некачественно, – то теперь их работа нацелена на предотвращение жалоб и нарушений.

Главная роль в новой модели защиты прав застрахованных, принадлежит страховым представителям, осуществляющим информационное действие во всех этапах оказания им медицинской помощи. Сопровождение осуществляется персонализировано. При плановой госпитализации представитель СМО проводит мониторинг очередности и доступности медицинской помощи после выдачи направления. В случае выявления нарушений, например превышения сроков ожидания (не более месяца), СМО обязана взаимодействовать с медицинской организацией и добиваться госпитализации в установленные территориальной программой ОМС сроки.

Ещё более активизировалась работа СМО по второму направлению информационного сопровождения – при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий. Страховые представители всеми возможными способами осуществляют индивидуальное информирование граждан, подлежащих диспансеризации, о возможности её прохождения.

На сегодняшний день в Ростовской области из числа индивидуальных проинформированных граждан диспансеризацию прошли 54%, что является неплохим результатом. А нуждающиеся в проведении второго этапа, но не прошедшие его, также получают информацию от страховых представителей. Кроме того, ведутся телефонные опросы граждан с целью выяснения причин отказа от осмотров.

Усилен и экспертный контроль диспансеризации, что уже принесло свои плоды, – увеличилась выявляемость заболеваний. Если в 2016 г. 50% прошедших диспансеризацию были признаны здоровыми, то в 2017 г. – лишь 40%, что свидетельствует о более серьёзном, не формальном подходе к раннему выявлению заболеваний.

роль развитие высокотехнологичной медицинской помощи на Дону. Проблем с госпитализацией или в консультативном приёме у приезжих практически не возникает. Так, в первом полугодии зафиксирована всего одна жалоба на отказ в оказании медицинской помощи вне территории страхования. Но и её, конечно, не должно было быть, поскольку полис ОМС действует по всей стране. С медицинскими учреждениями проводится регулярная разъяснительная работа на эту тему. Оснований для отказов жителям из других регионов, конечно, при наличии медицинских показаний для лечения по ОМС нет и быть не может – счета медицинским организациям области за лечение иногородних пациентов фонд оплачивает без задержек.

– Недавно на встрече председателя ФОМС Натальи Стадченко и президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля говорилось, что за некоторые нарушения санкции СМО к лечебным учреждениям стали меньше. Как вы оцениваете принятое полгода назад решение об изменении порядка проведения контроля качества медицинской помощи?

– Последняя редакция Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи была разработана ФОМС с учётом реального опыта работы субъектов РФ и установила единые для всей страны размеры финансовых санкций, введённые правилами ОМС с начала 2016 г. Данные по регионам стали сопоставимы. Можно сказать, что изменения, внесённые ФОМС в порядок полугода назад, действительно, назрели. Были актуализированы поводы для проведения целевых экспертиз, уточнены формулировки ряда нарушений, уменьшены нормативы количества экспертиз и реэкспертиз амбулаторной помощи. Выражаясь бытовым языком, больше стало экспертиз «по делу», при этом меньше придирок к незначительным погрешностям в оформлении медицинской документации.

СМО теперь должны сосредоточиться (и это действительно происходит) на тематических экспертизах качества медицинской помощи, в первую очередь при онкологической, серьёзной сосудистой патологии, включая инфаркты и инсульты. Эксперты должны выявлять факты несоблюдения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, напрямую влияющих на результат лечения. В 100% случаев страховыми

оплаченных по ОМС счетов. Справедлив ли такой минимальный процент «уценки» медицинских услуг, так ли высоко их фактическое качество, оставляю без комментариев.

Принципиально важен и другой момент. С 2016 г. часть финансовых санкций, удерживаемых с медицинских организаций, стала направляться страховыми организациями в нормированный страховой запас территориального фонда. Средства из него направляются на устранение причин ненадлежащего качества медицинской помощи, а именно – на приобретение и ремонт медицинского оборудования, и повышение квалификации специалистов. За первое полугодие фондом было перечислено на эти цели 61,5 млн.

– Как известно, составляется рейтинг страховых медицинских организаций. Какие позиции он включает в этом году? Насколько он востребован населением?

– Рейтинг СМО как по субъектам РФ, так и в целом по России размещает Федеральный фонд ОМС на своём официальном сайте. Рейтинг составляется с 2012 г. В прошлом году он был дополнен рядом актуальных показателей по деятельности страховых представителей, в том числе активности их участия в организации профилактических мероприятий для населения. Ещё одно направление – экспертная деятельность, в частности экспертизы при летальных исходах, непрофильных госпитализациях. Всего 21 показатель, рейтинг указан по каждому отдельно, что позволяет гражданам оценить работу СМО именно по тем направлениям деятельности, которые важны для конкретного человека. Периодически, хотя и нечасто, вопросы от граждан по горячей линии о том, какая страховая компания лучше, поступают. При этом одним интересует обеспеченность пунктами выдачи полисов, других – результативность судебной деятельности СМО или объём экспертиз качества медицинской помощи, третьих – наличие обоснованных жалоб на работу СМО. В этих случаях операторы контакт-центра советуют гражданину самому посмотреть рейтинг и определиться, какие сферы деятельности приоритетны для него при выборе СМО. В любом случае, рейтинг зависит от того, насколько компании ответственно выполняют свои обязанности перед застрахованными гражданами.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Одной из главных задач для российского общества и нашего государства является социальная защита и поддержка ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам, важнейшей частью которой является медицинское обеспечение.

Эту задачу во многом решают в госпиталях для ветеранов войн. В этом ещё раз убеждаешься, побывав в Курском областном госпитале для ветеранов войн. Комплексную диагностику, лечение и реабилитацию здесь получают проживающие (а их более 40 тысяч) на территории Курской области инвалиды, участники войн, ветераны боевых действий и лица, приравненные к ним по льготам. С главным врачом госпиталя заслуженным работником здравоохранения РФ Сергеем Криушиным – наша беседа.

– **Сергей Иванович, кто составляет основной контингент ваших пациентов?**

– На сегодня, больше всего у нас находятся участники боёв в Афганистане, других горячих точек, ветераны локальных боевых действий, люди пережившие блокаду, труженики тыла. При наличии свободных мест мы госпитализируем и ветеранов труда. Хочу отметить, что нагрузка на госпиталь выпадает большая. Мы постоянно выполняем государственное задание.

– **Ваш госпиталь не раз отмечался за отличную работу в лечении и реабилитации ветеранов. Исходя из вашего опыта, такие лечебные учреждения должны развивать, прежде всего, технологии комплексной диагностики и эффективной реабилитации?**

– Несомненно! Это не только на мой взгляд, но и на взгляд всех специалистов госпиталя. В любом аналогичном лечебном учреждении должна оказываться специализированная медицинская помощь, которую пациентам следует получать в полном объёме. В нашем госпитале, эта помощь оказывается по терапевтическому профилю, кардиологии, неврологии. Имеем лицензию более чем на 30 видов медицинской деятельности. Приоритетным направлением в нашей работе является повышение качества оказываемой лечебно-профилактической помощи пациентам на основе современных медицинских технологий, чтобы продлить активные годы жизни, при максимальной социальной адаптации и улучшения качества жизни.

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных конкретных целей, соблюдаются основные принципы реабилитации: раннее начало проведения таких мероприятий, комплексность использования всех доступных и необходимых мероприятий, индивидуализация программ, этапность, непрерывность и преемственность на протяжении всего периода, социальная направленность, использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности, раннее начало, индивидуальный подход, активное участие больного в процессе.

В нашем отделении восстановительного лечения есть всё необходимое лечебно-реабилитационное оборудование. Оно позволяет в полном объёме выполнять все виды лечебных манипуляций, реабилитационных мероприятий согласно задачам каждого подразделения госпиталя. Мы имеем соляную пещеру, различные виды ванн, души, залы ЛФК оборудованы современными тренажёрами. Есть парафино- и грязелечение, озокеритовое лечение, электро-светолечение, массаж и многое другое. Реабилитацию можем оказывать более чем на 80 различных аппаратах.

– **Можно немного подробнее об оборудовании, которое вы приобрели за последнее время для госпиталя?**

– Данная работа проводится в тесном взаимодействии с администрацией области, Комитетом здравоохранения.

Ориентир

Добрый дом на берегу Сейма...

В Курском областном госпитале ветеранов войн самое серьёзное внимание уделяется не только диагностике, лечению, но и реабилитации пациентов



Главный врач госпиталя С. Криушин

Несмотря на трудное экономическое время, в прошлом году администрацией области госпиталю были выделены более 15 млн руб. на приобретение медицинского оборудования для отделения восстановительного лечения, лаборатории, а также покупки аппаратов УЗИ, приборов для отделения функциональной диагностики, стоматологического и эндоскопического кабинетов.

Добавлю, что на базе госпиталя работает кафедра Курского государственного медицинского университета, где обучаются студенты более чем из 40 стран мира – это хорошая база для учебного процесса.

– **Известно, что работа с людьми пожилого возраста и участниками боевых действий часто требует большого терпения. Как удаётся медицинскому коллективу создавать доброжелательную атмосферу в лечебном учреждении?**

– Наши сотрудники прекрасно понимают, что к каждому пациенту надо подходить очень внимательно. Мы используем индивидуальные программы по лечению, как групп пациентов, так и каждого отдельно. Могу сказать не без гордости, отзывы пациентов за десятки лет работы в госпитале таковы, что от них нет ни одной обоснованной жалобы. У нас высокопрофессиональный персонал. В настоящее время в госпитале работают 27 врачей, 22 из которых имеют первую и высшую квалификационные категории, 77 медицинских сестёр, из них квалификационные категории имеют 64 человека. Старшие медицинские сёстры с высшим образованием.

На базе госпиталя осуществляют свою деятельность кафедры Курского государственного медицинского университета и базового медицинского колледжа. Врачебным коллективом проводится научно-исследовательская работа по изучению особенностей течения, клиники, диагностики и лечению заболеваний у пожилых пациентов и ветеранов боевых действий, издано 15 научных работ.

В год мы пролечиваем около 5 тыс. человек. Особое внимание уделяется жителям сельских районов – они составляют примерно

65-70% от всех пролеченных больных. На долю ветеранов войн приходится около 25%. В структуре госпиталя – стационар, который оказывает специализированную медицинскую помощь по кардиологии – 60 коек, неврологии – 60, два терапевтических отделения – 80, отделение восстановительного лечения, клинично-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, лечебно-диагностическое отделение.

– **Расположению госпиталя могут позавидовать многие стационары – он находится на окраине Курска в живописном месте на берегу реки Сейм, окружён великолепной природой. В комплексе зданий проведена полная реконструкция и поддерживается идеальный порядок. Создать такие усло-**

дует с пациентами и медицинским персоналом. Хочется отметить и тесную преемственность с областным Комитетом здравоохранения, который, несмотря на трудное время, помогает развитию учреждения в части обновления оборудования, проведении ремонтных работ, благоустройстве территории. В госпитале были Президент РФ Владимир Путин, министр обороны Сергей Шойгу, председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко. Все они дали высокую оценку нашей работе.

Мы тесно сотрудничаем с областными и районными лечебными учреждениями. Так как госпиталь не может оказывать медицинскую помощь при хирургической патологии, отправляем пациентов в специализированные клиники. То же касается и потребностей в высоких технологиях, их рекомендуем пройти в Курске, Москве или Санкт-Петербурге – куда нам выделяются квоты.

– **Как ветераны могут обратиться для лечения?**

– Разработан обычный стандарт – пишется направление в любом медицинском учреждении, госпитализация согласовывается с приёмным отделением нашего учреждения, которая у нас плановая. В каждом ЛПУ врачи знают, какой контингент пациентов можно направить к нам, а в соответствии с законом о ветеранах у нас обычно очереди нет.

– **Есть ли в госпитале платные услуги?**

– Нет. При небольшом количестве коек это было бы не очень тактично по отношению к остальным пациентам.



Медицинская сестра О.Новикова проводит исследование на тренажёре

вия, наверное, невозможно без поддержки со стороны администрации области?

– Безусловно, так оно и есть. И ещё надо хорошие слова сказать об областном Совете ветеранов войны и труда, вооружённых сил и правоохранительных органов.

Госпиталь пользуется большой поддержкой губернатора Курской области Александра Михайлова, он часто приезжает к нам, бесе-

– **В чём, на ваш взгляд, отличие курского госпиталя от аналогичных лечебных учреждений других территорий?**

– В первую очередь, я думаю, надо гордиться высококвалифицированным медицинским персоналом. А это 220 человек, и каждый из них, считаю, достойно выполняет свои обязанности. Будь то представитель административно-хозяйственной части или младшего медицинского персо-

нала. Хороший костяк сложился из врачебного коллектива – все заведующие отделениями имеют высшие категории, большой стаж работы и постоянно повышают свой профессиональный уровень. Госпиталь занимается научной работой совместно с кафедрой нашего медицинского университета, участвует в различных конкурсах. В этом году у нас прошёл межрегиональный конкурс на звание «Лучшая старшая медицинская сестра», где мы получили первое место. Можем мы похвастаться и своим высокотехнологичным оборудованием в области УЗИ и эндоскопии, лабораторными методами исследования.

– **Вы работаете главным врачом госпиталя со дня его основания. Можно ещё чуть подробнее рассказать о становлении медицинского учреждения?**

– Раньше, здесь была медицинская часть одного из заводских санаториев. Когда в 2000 г. приняли решение открыть госпиталь, то, прежде всего, был разработан проект, по которому 80% лечебного учреждения – это отдельные палаты с ванными, душами и санузлами. Палаты оборудованы сигнализацией. Медсестринские посты, помещения для лечебных процедур, лабораторный комплекс, отделение восстановительного лечения, пищеблок, вспомогательные подразделения – всё в соответствии с санитарными нормами. Постоянно идёт обновление медицинского оборудования, благодаря этому увеличен объём медицинской помощи по стоматологии. В 2016 г. более чем на 1,5 млн руб. было закуплено оборудования для лор-кабинета.

Развиваемся и в других направлениях – есть свои обученные специалисты в области гериатрии, что даёт новый подход для получения медицинской помощи нашим пациентам, которые в основном люди пожилого возраста.

Стараемся, чтобы шло обновление коллектива. Буквально в этом году приняли двух молодых специалистов – врача-ординатора в отделение неврологии и врача приёмного отделения. В 2016 г. пригласили на работу и молодых специалистов среднего медицинского звена – здесь они обучаются, проходят специализацию и повышают свою квалификацию.

– **Помогает ли лечебное учреждение решать жилищный вопрос своим сотрудникам?**

– Большинство сотрудников стараются жить поближе к госпиталю. Но есть и те, кто проживает на расстоянии в 20-30 км. Это ещё раз подчёркивает, что они ценят работу в своём лечебном учреждении. Некоторым администрация области помогла выкупить квартиры по льготным ценам. В Курске много строят многоквартирных домов – в них, при желании, сотрудники всегда могут купить квартиру по доступному кредиту. Так что и с жилищными условиями всё обстоит неплохо.

Беседу вёл
Вячеслав СВАЛЬНОВ,
спец. корр. «МГ».

Москва – Курск.

Фото Александра ХУДАСОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 59 (2089)

Термин «кривошея» («torticollis» от лат. tortus – извитый и collum – шея) включает в себя группу врождённых и приобретённых заболеваний, ведущими симптомами которых являются деформации шеи и неправильное/порочное положение головы.

Среди них выделяют (здесь и впоследствии приводится рубрикация нозологических форм в соответствии с классами заболеваний Международной классификации болезней десятого пересмотра – МКБ-10):

- Кривошеей, причиной которой являются изменения в мышцах: врождённая (грудино-сосцевидная) кривошея (Q 68.0), врождённая кривошея при аномалиях развития трапециевидной мышцы и мышцы, поднимающей лопатку, кривошея при врождённых крыловидных складках шеи (Q 68)

- Костные формы кривошеи (Q 76.4) – врождённые аномалии (пороки развития) позвоночника: добавочный позвонок, клиновидный позвонок, аномалии развития атланта

- Приобретённые формы кривошеи: могут быть следствием родовой травмы (P 15.8), деформирующей дорсопатии (M 43.8), обширных повреждений кожи шеи и хронических воспалительных процессов грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Клинические проявления кривошеи, тактика лечения и прогноз определяются этиологией заболевания, степенью заинтересованности костных структур, в том числе черепа, функциональным состоянием мышц, мягких тканей, нервной системы. Диспансерному наблюдению у детского ортопеда в амбулаторно-поликлинических условиях подлежат все формы кривошеи.

Врождённые мышечные формы кривошеи составляют 12,4% врождённой патологии опорно-двигательного аппарата. Этиология и патогенез заболевания до настоящего времени окончательно не установлены. Предложено несколько теорий, объясняющих развитие врождённой грудино-ключично-сосцевидной кривошеи: травматическое повреждение мышцы в родах, ишемический некроз мышцы, инфекционный/интерстициальный миозит, наклонное положение головы плода в полости матки во время беременности и др.

У трети детей с врождённой мышечной кривошеей выявляются другие аномалии развития (врождённый вывих бедра, аномалии развития стоп, кисти, органа зрения и т.д.), а более чем у половины – отмечено патологическое течение беременности и осложнения во время родов. Диагностика заболевания основывается, в первую очередь, на знании клинической картины заболевания, результатах осмотра ребёнка и исключении иных причинных факторов, приводящих к тортиколлису (костные формы кривошеи, десмогенная, постуральная кривошея и др.).

С учётом анатомических особенностей формирования скелета в постнатальном периоде информативность рентгенологической диагностики на первом году жизни невысока. В большинстве современных публикаций в качестве безальтернативного и надёжно закрепившего свои позиции метода диагностики рассматривается ультразвукография: доступный, не травматичный, позволяющий получить объективное представление о состоянии грудино-ключично-сосцевидной мышцы, как на этапе первичного диагностического скрининга, так и в ходе лечебного процесса и динамического наблюдения за ребёнком. Модернизация ультразвуковой аппаратуры с внедрением в клиническую практику метода эластосонографии позволяет характеризовать эластические свойства поражённой мышцы и, соответственно, прогнозировать эффективность консервативных лечебных мероприятий.

Основу консервативного лечения при врождённой мышечной кривошее составляют редрессирующие упражнения, направленные на выведение головы в среднее положение и положение гиперкоррекции, физиотерапия и массажные процедуры. При своевременной диагностике заболевания вышеуказанные консервативные лечебные мероприятия обеспечивают стойкий положительный эффект у преобладающего числа пациентов (более 90%).

В отдельных публикациях указывается на эффективность и целесообразность комбинирования стандартной консервативной схемы лечения с инъекционным введением в поражённую мышцу ботулотоксина типа А. При неэффективности консервативных мероприятий выставляются показания к оперативному лечению.

Диагностические принципы

В зависимости от сроков проявления клинической картины различают две формы врождённой кривошеи: раннюю и позднюю. При ранней форме, которая наблюдается у 4,5-14% больных, уже с рождения и в первые дни жизни обнаруживают укороче-

Врождённая мышечная кривошея

Клинические рекомендации



Рис. 1. Пациентка Л., 4 года. Диагноз: «врождённая левосторонняя мышечная кривошея»

ние ГКМ, наклонное положение головы, асимметрию лица и черепа. При поздней форме, которая отмечается у подавляющего большинства больных, клинические признаки нарастают постепенно. В конце второй – начале третьей недели жизни у больного в средней или в средней и нижней частях мышцы появляется утолщение плотной консистенции.

Утолщение и уплотнение ГКМ прогрессируют и достигают максимальной величины к 4-6 неделям. Размеры утолщения могут колебаться от лесного ореха до грецкого. Иногда мышца приобретает вид легко смещающегося веретена. Кожа над ней не изменена, признаки воспаления отсутствуют. Одновременно становится заметным наклон головы в сторону изменённой мышцы и поворот лица в противоположную сторону, ограничение свободы движений в шейном отделе. В процессе лечения уплотнение уменьшается в размерах и через 2-12 месяцев исчезает. Мышца приобретает нормальную эластичность и толщину, явления кривошеи исчезают.

У 11-20% больных по мере уменьшения толщины мышцы происходит её фиброзное перерождение. Мышца становится менее растяжимой и эластичной, отстаёт в росте от мышцы противоположной стороны. При внешнем осмотре и пальпации отмечается натяжение одной или всех ножек ГКМ, их истончение, повышенная плотность. Кожа

над напряжённой мышцей приподнята в виде «кулисы». Вследствие сближения точек прикрепления ГКМ голова наклоняется в сторону поражения и поворачивается в противоположную (рис. 1). Развиваются и постепенно прогрессируют вторичные деформации черепа, позвоночника, надплечий. Тяжесть сформировавшихся вторичных деформаций находится в прямой зависимости от степени укорочения мышцы и возраста пациента.

Врождённая кривошея с укорочением обеих ГКМ встречается крайне редко. Вторичные деформации лица у этих больных не развиваются. Отмечается резкое ограничение объёма движений головы и искривление позвоночника в сагиттальной плоскости. С обеих сторон отмечаются напряжённые, укороченные, плотные и истонченные ножки ГКМ.

Обследование ребёнка начинают с изучения анамнеза и выявления факторов, которые могут быть расценены как факторы риска:

- Наличие ортопедических заболеваний у ближайших родственников
- Нарушения состояния здоровья роди-

тельного пояса, деформации ключицы, боковому перемещению головы в сторону укороченной мышцы. В тяжёлых случаях развивается сколиоз в шейном и в верхне-грудном отделе позвоночника выпуклостью в сторону неизменённой мышцы. В дальнейшем формируется компенсаторная дуга в поясничном отделе позвоночника.

Для предупреждения формирования вышеуказанных вторичных изменений при неэффективности консервативного лечения в возрасте 1 1/2 лет и старше выставляются показания к хирургическому лечению.

Дифференциальная диагностика

Кривошея при врождённых крыловидных складках шеи

В основе развития деформации лежит неравномерное расположение шейных складок, это редкая форма крыловидной шеи (pterygium colli). Характерным клиническим симптомом заболевания является наличие кожных складок в виде треугольника, распространяющихся от боковых поверхностей головы до надплечий и короткая шея. Встречаются аномалии развития мышц и

позвоночника. Пластика кожных складок встречными треугольными лоскутами позволяет получить хороший косметический результат.

Костные формы кривошеи

Кривошея при врождённых клиновидных позвонках и полупозвонках обычно диагностируется с рождения. Обращает на себя внимание наклонное положение головы, асимметрия лица, ограничение движений в шейном отделе позвоночника. При пассивной коррекции аномального положения головы изменений со стороны мышц не наблюдается. С возрастом искривление обычно прогрессирует до тяжёлой степени. Лечение только консервативное и заключается в пассивной коррекции и удержании головы в вертикальном положении повязками типа Шанца.

Кривошея при аномалиях развития атланта

Редко встречающиеся аномалии развития атланта могут привести к развитию тяжёлой прогрессирующей кривошеи. Основными клиническими проявлениями заболевания являются наклон головы и её ротация, выраженная в той или иной степени, асимметрия черепа и лица. У детей младшего возраста голова пассивно выводится в среднее физиологическое положение, с возрастом деформация прогрессирует, приобретает фиксированный характер и пассивно не устраняется. Грудино-ключично-сосцевидные мышцы не изменены, иногда отмечается гипоплазия мышц на задней выпуклой поверхности шеи. Характерна неврологическая симптоматика: головная боль, головокружение, симптомы пирамидной недостаточности, явления компрессии мозга на уровне затылочного отверстия.

Рентгенограммы шейного отдела позвоночника и двух верхних позвонков, выполненные «через рот» позволяют уточнить диагноз. Консервативное лечение заключается в иммобилизации на период сна воротником Шанца с наклоном головы в противоположную сторону, проведении массажа и электростимуляции мышц шеи с противоположной стороны. При прогрессирующих формах заболевания показан задний спондилодез верхнего шейного отдела позвоночника. В тяжёлых случаях коррекция деформации предварительно осуществляется галло-аппаратом, а вторым этапом выполняется окципитоспондилодез трёх-четырёх верхних позвонков костными ауто- или аллотрансплантатами.

Показания к применению клинических рекомендаций

Консервативное лечение проводится у детей до 1 1/2 лет.

(Окончание на стр. 8-9.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

Показания к хирургическому лечению:
– кривошея, не поддающаяся консервативному лечению в течение первых 1,5 лет жизни;
– поздняя диагностика;
– рецидив кривошеи после хирургического лечения.

Противопоказания к применению клинических рекомендаций

Противопоказанием к проведению полного объёма консервативных мероприятий у детей первого года с врождённой мышечной кривошеей является сочетание данной патологии с грубыми пороками развития внутренних органов, проявляющихся их функциональной недостаточностью (сердечно-сосудистой, дыхательной и др.)

Противопоказанием к хирургическому лечению является:

– возраст детей младше 1,5 лет;
– наличие соматических заболеваний, исключающих возможность проведения хирургического вмешательства.

Степень потенциального риска применения клинических рекомендаций:

– класс 3 – медицинские технологии с высокой степенью риска, включающий в себя медицинские технологии, оказывающие прямое (хирургическое) воздействие на органы и ткани организма; пластические реконструктивные операции.

Описание клинических рекомендаций

Консервативное лечение

Консервативное лечение в поликлинике по месту жительства должно быть начато сразу после установления диагноза, оно проводится детям в возрасте до 1,5 лет. Кратность осмотров при консервативном лечении в первый год – каждые 2 месяца, при благоприятном течении на втором году – 2, а в дальнейшем – 1 раз в год до достижения ребёнком 15 лет.

Консервативному лечению врождённой грудно-ключично-сосцевидной кривошеи принадлежит ведущая роль.

Редрессирующие упражнения направлены на восстановление длины ГКСМ. При проведении упражнений необходимо избегать грубых насильственных движений, так как дополнительная травма усугубляет патологические изменения мышечной ткани. Взрослый, проводящий корригирующие упражнения, одной рукой удерживает плечо ребёнка на стороне изменённой мышцы, а другой – наклоняет голову в сторону неизменённой мышцы (первый этап), а затем поворачивает его в сторону изменённой мышцы (второй этап). В этом положении максимальной коррекции голову удерживают в течение 10-15 секунд. Занятия проводят 4-5 раз в день по 10-15 минут. Манипуляции лучше проводить руками мамы, после её обучения и при периодическом контроле медицинского персонала.

Пассивная коррекция изменённой мышцы проводится постоянно в течение дня, для чего маму обучают приёмам ухода за пациентом. Ребёнка укладывают здоровой стороной к стене, а неизменённой – к свету. При кормлении и ношении ребёнка следят за тем, чтобы его голова была наклонена в сторону неизменённой мышцы и повернута в противоположную сторону.

Массаж мышц шеи направлен на улучшение кровообращения изменённой мышцы и повышение тонуса здоровой перерастянутой мышцы. Его используют как дополнительный метод лечения, а также как подготовку к корригирующим упражнениям. Массаж начинают со здоровой мышцы. Круговыми движениями вторым, третьим и четвёртым пальцами левой руки производят лёгкие круговые движения в направлении от уха к ключице в течение 5 минут. Массаж поражённой мышцы начинают с лёгкого поглаживания от уха к ключице. Затем поглаживание начинают от середины изменённой мышцы, при этом второй палец скользит вверх, а третий – вниз. Напряжённую мышцу нельзя разминать и растирать (!). Во время массажа голове придаётся положение, в котором достигается максимальное расслабление мышцы.

Интенсивность и продолжительность упражнений и массажа должны проводиться с учётом происходящих процессов в мышце, они должны быть щадящими, их интенсивность должна нарастать по мере уменьшения выраженности патологического процесса.

После проведённого массажа и редрессирующих упражнений для достижения достигнутой коррекции рекомендуется удерживать голову мягким воротником типа Шанца.

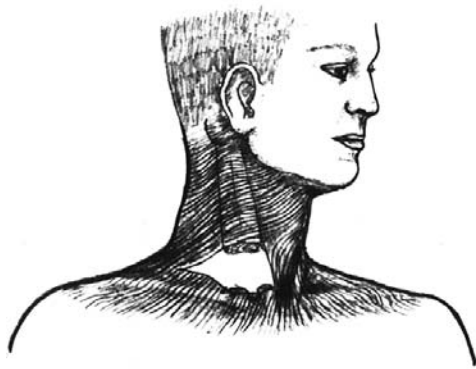


Рис. 2. Схема операции пересечения грудно-ключично-сосцевидной мышцы при врождённой мышечной кривошее

Физиотерапевтическое лечение проводится с целью улучшения кровоснабжения поражённой мышцы, рассасывания рубцовых тканей. С момента выявления кривошеи назначают тепловые процедуры: солюкс, парафиновые аппликации. В возрасте 6-8 недель назначают электрофорез с лидазой. Курс ионогальванизации состоит из 10 сеансов, проводимых через день. Через 4-6 месяцев курс лечения повторяют.

В течение года проводится курсовое лечение:

– электрофорез с лидазой – 2 курса в год по 10 сеансов;
– массаж – в течение года 4 курса массажа шеи по 10 сеансов;
– ЛФК – обучение родителей приёмам лечебной гимнастики, занятия с ребёнком проводятся ежедневно в течение года;
– «сухое» тепло;
– аппликации озокерита – курс состоит из 10 сеансов, повторять курсы один раз в 3 месяца.

Со стороны родителей должен проводиться постоянный контроль за положением головы ребёнка: малыша укладывают здоровой стороной к стене, а неизменённой – к свету. При кормлении и ношении ребёнка необходимо следить за тем, чтобы его голова была наклонена в сторону неизменённой мышцы и повернута в противоположную сторону. Массаж и ЛФК должны проводиться ежедневно в домашних условиях по методике поликлиники после освоения её родителями.

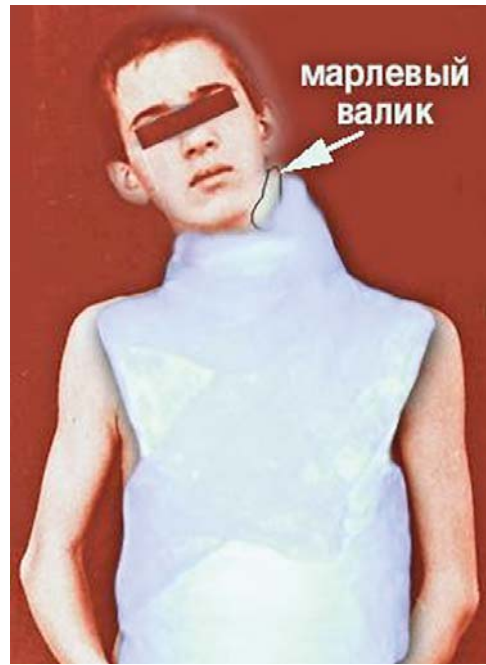
Хирургическое лечение

В настоящее время наиболее распространённой методикой, широко применяемой для устранения врождённой кривошеи, является открытое пересечение ножек изменённой мышцы в нижней её части (операция Микулича – Зацепина).

Техника операции. Больного укладывают на спину, под надплечья подкладывают плотную подушку высотой 7,0 см, голову отклоняют назад и поворачивают в противоположную операции сторону. Го-



А



Б

Рис. 3. Внешний вид торакочервикальной гипсовой повязки (А) и коррекция положения головы пелотом (Б)

ризонтальный разрез кожи производят на 1,0-2,0 см проксимальнее ключицы в проекции ножек укороченной мышцы. Послойно рассекают мягкие ткани. Под изменённые ножки мышцы подводят зонд Кохера, над которым их поочерёдно пересекают. При необходимости рассекают тяжи, дополнительные ножки, задний листок поверхностной фасции шеи. Рассекают поверхностную фасцию в боковом треугольнике шеи (рис. 2). Рану зашивают. В редких случаях, когда устранить контрактуру изменённой мышцы, как рекомендует С.Зацепин – путём её пересечения в нижнем отделе, не удаётся, операцию дополняют пересечением грудно-ключично-сосцевидной мышцы в верхнем отделе, дистальнее сосцевидного отростка (по методике Lange).

Ряд авторов для предупреждения рецидива кривошеи рекомендуют одновременно выполнять вмешательства на проксимальном и дистальном отделах изменённой мышцы. Так, Ferkeletal (1983) сочетал пересечение грудно-ключично-сосцевидной мышцы по Lange в проксимальном отделе с её удлинением по Förderl в дистальном и у 92% пациентов получил хорошие результаты.

Послеоперационное лечение. Основными задачами послеоперационного периода является сохранение достигнутой гиперкоррекции головы и шеи, предупреждение развития рубцов, восстановление тонуса перерастянутых мышц здоровой половины шеи, выработка правильного стереотипа положения головы.

Для профилактики рецидива кривошеи и предупреждения вегето-сосудистых расстройств необходима функциональная методика ведения больных в послеопераци-

онном периоде. Первые 2-3 дня после операции голова в положении гиперкоррекции фиксируется мягкой повязкой типа Шанца. На 2-3-е сутки после операции в положении максимально возможного наклона головы в сторону непоражённой мышцы накладывается торакочервикальная гипсовая повязка. На 4-5-е сутки после операции назначаются упражнения направленные на увеличение наклона головы в сторону неизменённой мышцы. Достигнутый в процессе занятий увеличенный наклон головы фиксируется пелотом подводимыми под бортик повязки на стороне поражённой мышцы (рис. 3).

На 12-14-е сутки на область послеоперационного рубца назначается электрофорез с лидазой. Срок иммобилизации гипсовой повязкой зависит от степени выраженности деформации и возраста больного и в среднем составляет 4-6 недель. Далее гипсовую повязку заменяют воротником Шанца (асимметричная выкройка) и проводят консервативное лечение, включающее в себя лечебную физкультуру, массаж, тепловые/физиотерапевтические процедуры на область поражённой мышцы. Редрессирующие упражнения направлены на восстановление длины грудно-ключично-сосцевидной мышцы. При проведении упражнений необходимо избегать грубых насильственных движений, так как дополнительная травма усугубляет патологические изменения мышечной ткани (!).

Проводящий корригирующие упражнения одной рукой удерживает плечо ребёнка на стороне изменённой мышцы, а другой – наклоняет голову в сторону неизменённой мышцы (первый этап), а затем поворачивает её в сторону изменённой мышцы (второй этап). В этом положении максимальной

Возможные исходы консервативного лечения и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития исхода	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Выздоровление с полным восстановлением движений в шейном отделе	От 80 до 85%	Полное восстановление движений в шейном отделе позвоночника, отсутствие асимметрии черепа и вторичных изменений грудного и шейного отделов позвоночника	1 год	Диспансеризация пациента до 15 лет
Отсутствие эффекта от лечения	От 15 до 20%	Несмотря на проведённое лечение движения в шейном отделе позвоночника ограничены, развиваются и постепенно усугубляются вторичные деформации лица, черепа, позвоночника	1 год	Показания к хирургическому лечению

Возможные исходы оперативного лечения и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития исхода	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Выздоровление с полным восстановлением движений в шейном отделе	90%	Голова в среднем положении. Полное восстановление движений в шейном отделе позвоночника, отсутствие асимметрии черепа и вторичных изменений грудного и шейного отделов позвоночника	6 месяцев после операции	Диспансеризация пациента до 15 лет
Отсутствие эффекта от лечения	10%	Несмотря на проведённое лечение движения в шейном отделе позвоночника ограничены, развиваются и постепенно усугубляются вторичные деформации лица, черепа, позвоночника	6 месяцев после операции	Повторное оперативное вмешательство

коррекции голову удерживают в течение 10-15 секунд.

Занятия проводят 4-5 раз в день по 10-15 минут. Манипуляции лучше проводить руками мамы после её обучения и при периодическом контроле медицинского персонала. Массаж мышц шеи направлен на улучшение кровообращения изменённой мышцы и повышение тонуса здоровой/перерастянутой мышцы. Соответственно, на стороне поражения применяются расслабляющие приёмы, на здоровой – тонизирующие. Массаж используют как дополнительный метод лечения, а также в качестве подготовки к корригирующим/редрессирующим упражнениям.

Процедуру начинают со здоровой мышцы. Круговыми движениями вторым, третьим и четвёртым пальцами левой руки производят лёгкие круговые движения в направ-

лении от уха к ключице в течение 5 минут. Массаж поражённой мышцы начинают с лёгкого поглаживания от уха к ключице. Затем поглаживание начинают от середины изменённой мышцы, при этом второй палец скользит вверх, а третий – вниз. Напряжённую мышцу нельзя разминать и растирать. Во время массажа голове придаётся положение, в котором достигается максимальное расслабление мышц.

Для предупреждения развития рубцов рекомендуют физиотерапевтическое лечение – электрофорез с лидазой. Показаны также грязелечение и озокеритотерапия. Задача лечения на этом этапе – увеличение амплитуды движений головой, восстановление тонуса мышц и выработка новых двигательных навыков. Диспансерное наблюдение за детьми в течение первого года после оперативного вмешательства

осуществляется с периодичностью один раз в 3 месяца, затем – один раз в год. Пациенты подлежат диспансерному наблюдению до окончания роста скелета.

Возможные осложнения и способы их устранения

Ранний вид осложнений:

– ранения крупных сосудов и нервов – шов сосудов и нервов.

Поздний вид осложнений:

– рецидив заболевания – повторное оперативное вмешательство.

Эффективность использования клинических рекомендаций

Результаты лечения зависят от комплекса причин, которые должны быть учтены при анализе: возраст, в котором было начато лечение, анатомические особенности

патологии, способ лечения, соблюдение ортопедического режима самим больным и его родителями, гнойно-воспалительные осложнения и ошибки в технике и тактике лечения.

Эффективность консервативного и оперативного лечения оценивается по косметическому и функциональному результатам.

Александр ПОЗДЕЕВ,
главный научный сотрудник,
доктор медицинских наук,
профессор.

Николай ЧИГВАРИЯ,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

**Научно-исследовательский детский
ортопедический институт
им. Г.И.Турнера.**

Микробы человека изначально рассматривались как отдельные разновидности и их окружение. С развитием культуральных технологий было показано колоссальное разнообразие, функциональные возможности и возрастная динамика микробиома человека. Огромное число различных микроорганизмов населяют дистальный отдел гастроинтестинального тракта, и микробный дисбаланс в составе и функции кишечных микробов ассоциирован с широким кругом болезней – от локальных нарушений органов ЖКТ до неврологических, респираторных, метаболических, кардиоваскулярных и др. В настоящее время усилия учёных сконцентрированы на изучении возможной роли и связи, опосредованных с микробами болезней, в надежде на то, что улучшение понимания патогенеза поможет реализовать новые терапевтические и превентивные стратегии.

Отдельно и в совокупности

До сих пор наше восприятие микробиологии человека было сосредоточено на изучении культуры отдельных микробов (бактерий, грибов и вирусов), выделенных из человека во время острых или хронических заболеваний. Однако несколько десятилетий назад изучение экологии микробов дало возможность распознать, что разнообразие микроорганизмов, наблюдаемое в микроскоп, намного шире, что выздоровление происходит при применении традиционных, основанных на данных культурального исследования лечебных подходов.

Различные культуральные молекулярные исследования по определению и классификации микроорганизмов (микробиота) и изучение кодирующих генов (микробиом) и генных продуктов показали, что микробы редко существуют в изоляции. Напротив, они существуют в комплексе, интерактивны, создают «королевства», коммуны с тем, в ком обитают. В дальнейшем стало очевидно, что каждый человек, каждый организм имеет свою собственную микробиоту. Это включает холобионт (holobiont) человека, множества млекопитающих и самые разнообразные микробные клетки в пространстве выделенных экосистем, геномный контент которых находится под воздействием как топографии, так и биологической индивидуальности человека.

В желудочно-кишечном тракте человеке представлено большое число микробных экосистем, около триллиона микробных клеток. Интегрированный каталог фекального микробного метагенома, основанный на данных от 1200 лиц в США, Китае и Европе, идентифицировал совокупность 9,9 млн микробных генов в фекальных микробиомах. Более чем за миллион лет взаимовлияние млекопитающих и микробов привело к взаимозависимости. Как результат, кишечная микробиота играет существенную роль в созревании и продолжающемся восстановлении иммунного ответа хозяина, создаёт защиту от роста патогенов, оказывает влияние на пролиферацию клеток хозяина и васкуляризацию, регулирует эндокринные функции кишечника, неврологические, сигнализацию и плотность костной ткани, служит источником энергии путём биосинтеза (5-10% потребности человека в энергии ежедневно), осуществляет биосинтез витамина B12 и нейротрансмиттеров и многих других компонентов неизвестного пока назначения, осуществляет метаболизм билиарных кислот, реагирует или модифицирует лекарственные средства и элиминирует экзогенные токсины.

Отношение этой микробной активности к здоровью может варьировать внутри человеческой популяции. Этот разнообраз-

Кишечная микробиома человека — здорового и больного

ный функциональный репертуар кишечной микробиоты производит настолько значительное впечатление, что вызывает научный интерес при широком круге хронических заболеваний, таких как рак, воспалительные, аутоиммунные, кардиоваскулярные, метаболические, неврологические и психиатрические.

Микробиота кишечника в разные возрастные периоды

Экология матки до недавнего времени считалась стерильной. Однако исследования микробиоты на основе изучения ДНК определили бактерии в плаценте здоровых матерей, в амниотической жидкости при недоношенной беременности и в меконии. Характер родов оказывает влияние на постнатальную микробную экспозицию. Исследования образцов кала, собранного в 4 дня, 4 месяца и 12 месяцев после рождения от пары мать-ребёнок в Швеции, показал, что микробиота кишечника при влагалищных родах таксономически сходна с вагинальной и кишечной материнской микробиотой, хотя потребовался анализ рода микроорганизмов, чтобы подтвердить ожидаемый источник неонатальной микробной контаминации кишечника новорождённого.

Это исследование также показало, что состав кишечной микробиоты у младенцев изменяется сходным образом с изменением микробиоты взрослых при прекращении грудного вскармливания (но до введения в питание твёрдой пищи). В течение первых лет после рождения бактериальное разнообразие и функциональная способность расширяется; показано, что улучшается метаболизм цистеина и улучшается механизм ферментации (процесс кодируется лактаcidной бактерией acetolactate decarboxylase и 6-phosphogluconate dehydrogenase), а также более существенным бактериальным поглощением интестинального муцина слизистой оболочки кишечника (способность, которая поддерживает продвижение колонизации).

Быстрое распространение бактериального разнообразия, которое наблюдается в младенчестве, замедляется в раннем детском возрасте (между 1 и 5 годами жизни), и разнообразие кишечной микрофлоры остаётся низким в детском возрасте, по сравнению со взрослыми. В детском возрасте состав кишечной микробиоты является более стабильным, с большим числом бактериоидов, таких, которые продуцируют бутират.

У детей в возрасте 7-12 лет, хотя число бактериальных разновидностей и функционирующих генов представлены микробиомом таким же, как у взрослых, возрастные отличия микробных сообществ таксономически и функционально будут значительными. В предпубертковом возрасте по сравнению со взрослыми микробиома кишечника будет богата апаеогогах, бифидобактериями, faecalibacterium и lachnospiraceae, и поражать биосинтез витамина B12 и фолатов. Биосинтез фолатов также заметно увеличится у младенцев по сравнению с

таким у взрослых. У здоровых взрослых в микробиоте доминируют Bacteroidetes и Firmicutes, но также имеет место небольшое количество Actinobacteria, Proteobacteria и Verrucomicrobia, и метанпроизводящая Archaea – древнейшая бактерия (первично Methanobrevibacter smithii), Eucarya (преимущественно дрожжи) и много фагов. Микробиота у взрослых по сравнению с таковой у младенцев более постоянная, но микробные виды, подвиды и их пропорции характеризуются большим разнообразием у людей. Фактически коллекция микробов каждого индивида уникальна.

Несмотря на эту таксономическую индивидуальную вариабельность, функциональная способность кишечной микробиоты у взрослых сравнительно постоянная у здоровых лиц, относительно метаболизма, ферментации, метаногенезиса, оксидативного фосфорилирования и биосинтеза липополисахаридов. У пожилых людей кишечная микробиота композиционно становится непостоянной и менее разнообразной, что вызвано сопутствующими заболеваниями и обусловленной возрастной сниженной иммунокомпетентностью.

Влияние на кишечную микробиоту

Эндогенные и экзогенные факторы влияют на кишечную микробиоту, в том числе характер рождения новорождённого, генетика хозяина, генетический ответ хозяина, диета (включая диетические добавки, грудное вскармливание и пищевые смеси), ксенобиотики (в том числе и антибиотики), другие лекарственные субстанции, инфекции, дневной режим и контакт с микробами, некоторые из которых обуславливают риск патологий, таких как ожирение и аллергия.

Влияние этих факторов на состав и функцию микробиоты человека, а также на наличие этих эффектов, весьма разнообразно. Пол, возраст, диета, контакт с антибактериальными агентами и консистенция стула, как было показано, оказывают значительное воздействие по кишечную микробиоту. Также было показано, что геном хозяина ассоциирован с наследственностью специфических бактериальных семейств, таких как Christensenellaceae, которые формируют сеть с другими бактериями. Ассоциированный с болезнью через одиночный нуклеотид полиморфизм человеческого генома приводит к накоплению бактериального пула в кишечной микробиоте человека при воспалительном заболевании кишечника. Однако не генные специфические факторы, такие как антимикробные препараты и иммунодепрессанты, а также участки кишечной биопсии, имели значительное воздействие на состав кишечной микробиоты, что говорит в пользу необходимости контроля за этими факторами.

Иммунитет

Исследования, проведённые на мышах с дефицитом специфических генов, показали, что чувствительность микробов к регуляторным T (Treg) клеткам повышает толерант-

ность слизистой оболочки и предотвращает избыточный рост сегментированных нитеобразных бактерий как посредством синтеза Treg клеток, так и секрети антибактериальной IgA. Недавно были описаны три композиционных, функциональных и метаболических отличия статуса кишечной микробиоты у младенцев приблизительно 1 месяца; одно из них показало значительно высокий относительный риск аллергии в 2 года и бронхиальной астмы в 4 года. В анализе ex vivo продукты, ассоциированные с высоким риском для статуса микробиоты, продуцировали повышенное количество CD4+ клеток, что увеличивало продукцию IL-4 и уменьшало число CD4+CD25+FOXP3+ клеток, что указывало, что пертурбацию кишечной микробиоты в раннем возрасте может способствовать субклиническому воспалению, которое предшествует развитию болезни в более старшем детском возрасте.

Влияние диеты и факторов окружающей среды

Диетические предпочтения оказывают значительное влияние на кишечную микробиоту. Исследование кратковременных интервенций на здоровых взрослых путём назначения мясной или овощной диеты показало, что имеет место быстрый ответ микробиоты кишечника; при потреблении мяса селективно накапливается желчь-метаболизирующая микробиота, экспансия которой ассоциирована с воспалительной болезнью кишечника, а овощная диета увеличивает рост полисахарид-ферментирующих микроорганизмов.

Имеются также сообщения, что различные лица по-разному отвечают на изменение диеты. Результаты машинного определения указывают на интеграцию уровней глюкозы, характер диеты и кишечной микробиоты как факторов, влияющих на персональную постпрандиальную гипергликемию, тем самым показывая, что персонализированную диету можно использовать для успешного модифицирования уровня глюкозы в крови. Имеются данные, указывающие, что микробиота домашней пыли или защищает от аллергии, или способствует её развитию у детей. Более того, доказано, что экспозиция микробов из окружающей среды (с пищей или из воздуха) изменяет иммунитет слизистой оболочки. Другие влияния на кишечную микробиоту оказывает патогенная флора.

Например, Vibrio cholerae первоначально доминирует в фекальном пейзаже в течение заболевания холерой, но клиническое выздоровление ассоциируется с восстановлением микробного состава кишечника, бывшего до заболевания, сходного с таковым, имевшим место в младенчестве. Даже если индуцированная лекарством супрессия ВИЧ окажется успешной, кишечная микробиота лиц с ВИЧ-инфекцией часто остаётся изменённой, что является признаком, связанным с определённой степенью активации периферического иммунитета.

(Окончание на стр. 10.)

(Окончание. Начало на стр. 9.)

Дисбиоз кишечной микробиоты

Объединённые исследования у человека и грызунов показали связанный с болезнью дисбиоз по широкому спектру распространённых хронических болезней, таких как атеросклероз, бронхиальная астма, аутизм, различные нарушения метаболизма. Некоторые из этих исследований проводились в комбинации с экспериментальными проспективными исследованиями исходя из предположения, что кишечная микробиота производит молекулярные медиаторы патогенеза. Выполнено ряд исследований, целью которых было секвенировать 16S рибосомальную РНК (rРНК), это хоть и экономичнее, но ограничено в оценке бактериальной таксонометрии.

Однако данные полигенного исследования с использованием алгоритма PICRUST, дало возможность предсказывать сохраняющуюся функциональную способность бактерий посредством метагеномного анализа на силиконе. Исследования расширили каталог новых генов микробов человека, драфт геномов и скопления новых генов, детализировав тем самым функциональные аннотации микробных сообществ. Такие инновационные подходы сделали возможным применение машинных алгоритмов для идентификации микробных генов или основанной на таксонометрии сигнатур в качестве биомаркёров болезней.

Исследование кишечной микробиоты у здорового человека и при болезни порождают новые вызовы, такие как большая вариабельность микробиома от индивида к индивидууму при изменении качества и образа жизни, репродуктивность и применение при статистическом исследовании группы контроля, плюс фенотипическую, этиологическую и микробиологическую гетерогенность групп контроля и основной.

Эти проблемы связаны с недостатками стратификации по группам лекарственных веществ, которые потенциально спутывают анализ результатов, и недостатками статистической достоверности параллельных и интервенционных исследований, проводимых на участниках с достоверно диагностированными болезнями или относящимися к группе риска, что затрудняет оценку результата.

Вопреки доказательствам связи дисбиоза микробиоты кишечника с проявлениями болезни в местах далёких от кишечника, большая часть исследований не объясняет механизма побочных эффектов, не рассматривает эффект микробиома и его различных продуктов на множественные молекулярные механизмы, вызванные ими. Стул часто используется как подход к определению состава микробов всего желудочно-кишечного тракта, который составляет более 30 м² поверхности и составляет различные макро- и микро-экосистемы.

Более того, так как исследования бактериального генома не завершены, большое число генов кишечного микробиома не могут быть функционально обозначены. Эта проблема свидетельствует о недостаточном знании как динамической транскрипции и трансляции активности кишечной микробиоты, так и и биологическом эффекте полиморфизма и других структурных вариаций микробиома. Наконец, большинство исследований сфокусировано в первую очередь на бактериях, вирусах, грибах и эукариотах по всему гастроинтестинальному тракту человека.

Имеется немного данных о причинной связи того, что микробный дисбиоз у людей коррелирует с определённым клиническим статусом. Эти исследования проводятся при ожирении, квashiорке, бронхиальной астме у детей, массивной потере веса после бариатрической операции, при инсулинрезистентном статусе в третьем триместре беременности. Кроме того, комбинированный анализ чувствительности к инсулину человека, сывороточного метаболома и кишечного микробиома в сопоставлении с экспериментальными находками на мышах – позволяет полагать, что специфическая бактерия может быть причиной резистентности к инсулину.

Также показано, что трансплантация фекальной микробиоты от здорового донора больному ожирением улучшает чувствительность к инсулину у реципиента. Подтвердить эти соображения, что микробиота-ассоциированные фенотипы могут быть переданы и репродуцированы, по крайней мере, в определённой мере к чувствительным реципиентам, которые будут тщательно обследованы, поможет решить

вопрос – являются ли нарушения баланса кишечной микробиоты следствием или причиной хронических полигенных болезней.

Эта гипотеза предполагает, что, во-первых, различные эндогенные или экзогенные факторы или комбинация этих факторов представляет собой пусковой механизм увеличения проницаемости кишечника («прохудившаяся слизистая оболочка») или её воспаление, как в прямом смысле, так и через селективное давление на кишечную микробиоту; во-вторых, что у лиц, которые имеют генетическую predisposition к одной или нескольким хроническим болезням, субклинические кишечные аномальности способствуют экспансии оппортунистических микробов и транзиту к патобиотам; в-третьих, что микробный ген продуцирует из дисбиотического патобионта в кишечную флору, вызывая местные или системные морфологические или функциональные изменения, которые являются патологическими; наконец, что возникшая ассоциированная с болезнью кишечная микробиота экспрессируется в генетически восприимчивый организм, что может передаваться от этого организма генетически восприимчивому реципиенту, действуя как в течение продолжительного времени, так и внося вклад в патогенез.

Терапевтические и превентивные возможности

Инфекция Clostridium difficile

Трансплантация фекальных микробов при тяжёлых антибиотико-резистентных случаях C.difficile инфекции эффективно примерно у 90% больных. Эти данные считаются доказательством того, что здоровая кишечная микробиота может вызывать коррекцию тяжёлых и специфических микробных дисбиозов, поэтому трансплантация здоровой микробиоты, оказывает лечебный эффект. Для хронической воспалительной болезни кишечника клиническая ремиссия менее предсказуема, и вероятность успеха более скромная. Поэтому многим не нравится трансплантация фекальной микробиоты, и, что более важно, трансплантация несёт потенциальный риск передачи реципиенту инфекции и других фенотипов, которые клинически «дремлют» у донора, не проявляясь какими-либо симптомами.

Эти исследования отдельных комменсалов, определённых микробных смесей или коктейлей, производимых микробиотой молекул, имеют целью создание специфических микробных образчиков или путей, которые обогатят понимание болезненного статуса и внесут вклад в лечение или предотвращение различных, наиболее распространённых болезней. Эти данные дают основание полагать, что терапевтические подходы, основанные на «микробной» терапии или используемые для профилактических целей, могут иметь преимущество перед синтетическими препаратами. Менее вероятно, что они будут иметь тяжёлые побочные эффекты.

Атеросклероз и продукты микробиоты

Исследования показали, что метаболизм кишечной микробиоты пищевых фосфатидилхолина и L-карнитина продуцирует триметиламин, который последовательно подвергает flavin monooxygenase 3-зависимую оксидацию в trimethylamine-N-oxide (TMAO); повышает циркуляцию уровня TMAO, усиливая риск развития атеросклероза у человека и животных. Изучение образчика слизи показало, как применение per os структурных аналогов холина, 3,3-dimethyl-1-butanol, ингибировало продукцию микробного триметиламина, снижало уровень в плазме TMAO и предотвращало развитие атеросклероза без заметных побочных эффектов, несмотря на проатеросклерозную диету.

Бактериоцины (вещества, синтезируемые одними микроорганизмами и убивающие клетки другого микроорганизма) представляют другой класс продуктов кишечной микробиоты млекопитающих. Эти высокопотенциальные токсические пептиды могут вызывать появление высокоспецифичных альтернатив современным антибиотикам. Например, скрининг стула человека идентифицирует бактерии, продуцирующие бактериоцин. Идентифицировать цель микробного агента, который остановит запуск патогенетического механизма, в одинаковой степени важно.

При использовании математического моделирования кишечной микробиоты S.scindens, вторичная бактерия, продуцирующая билиарную кислоту, была определена как фактор, вызывающий резистентность

к колонизации кишечника C.difficile. Данная интерактивная природа микробиома создаёт таргетную терапевтическую сеть интерактивных микроорганизмов, которая формирует защиту от болезни или ускоряет её развитие.

Поведение

Принципиальное объяснение терапевтического потенциала микробных видов было предпринято в нескольких экспериментальных исследованиях (на мышах), включая активацию материнского иммунного агента (МИА). Потомство мышей с МИА, демонстрировало похожее на аутизм поведение, дисбиоз кишечной микробиоты, повышенную проницаемость слизистой оболочки кишечника и изменённый метаболом сыворотки крови вместе с повышением 4-ethylphenylsulfate (4EPS) вместе с фактором 46. Инфекция этого нейротоксина в крови здоровых мышей приводило к изменению их поведения – фенотип тревожности.

Кормление МИА-мышей штаммами Bacteroides fragilis улучшило кишечный дисбиоз, восстановило слизистый барьер кишечника и уменьшило отклонения в поведении вместе со значительным снижением уровня циркулирующего 4EPS. Подобные же исследования были выполнены на мышах с аллергией дыхательных путей, которые получали с пищей Lactobacillus johnsonii, вагинальные комменсалы человека, что приводило к защите как против респираторных аллергенов, так и респираторных вирусов.

Онкологические примеры

Кишечная микрофлора изучалась в онкологии. Специальный интерес представляло способность некоторых комменсалов модулировать микроэкологию опухоли и применялась как антираковая терапия. Хорошо известно, что Т-клеточная инфильтрация солидных опухолей ассоциирована с положительным результатом. В недавнем исследовании сравнивали рост меланомы у мышей с назначением кишечных комменсалов для проверки гипотезы о том, что некоторые микробы улучшают результаты антираковой иммунотерапии.

Пероральное назначение смеси бифидобактериума модулируют активность дендритов, которые в свою очередь помогают улучшить функцию опухолевых CD8+T клеток. Добавка бифидобактерии улучшает контроль за опухолью в такой же степени, как анти-PD-L1 (лиганд-1 программируемой смерти клетки) терапия в животной модели, и комбинированная терапия (bifidobacterium плюс анти-PD-L1 терапия) почти полностью элиминировали экспансию опухоли.

Подобным же образом, исследования, проведённые как на людях, так и на мышах, показали, что противоопухолевой эффект лечения антителами против цитотоксического Т-лимфоцит-ассоциированного антигена-4 (CTLA-4) потенцируется специфическими членами кишечной микробиоты. Т-клеточный ответ, специфичный для B.thetaiotaomicron или B.fragilis, был ассоциирован с действием блокады CTLA-4, и введение B.fragilis опухоленосным, стерильным мышам, которые не отвечали на лечение CTLA-4, привело к эффекту. Недавно было сделано открытие опухолеингибирующих молекул, продуцируемых штаммами пробиотиков. L.casei штамм ATCC 334 продуцирует ferrichrome, который, как было показано, ингибирует прогрессирование рака толстой кишки, посредством апоптоза, вызванного c-Jun N-terminal киназой.

Воспалительные и метаболические болезни

Данные о тесном взаимодействии между кишечной микробиотой и иммунитетом человека, позволили сфокусировать внимание на выделении агентов кишечной микробиоты человека с терапевтическим потенциалом при воспалительных заболеваниях. Смесь из 17 человеческих штаммов клостридии, как было показано, уменьшает тяжесть экспериментально индуцированного аллергического колита у грызунов через механизмы, которые усиливают экспансию и активность Treg клеток, хотя нужно ещё определить, какие бактериальные молекулы опосредуют эти эффекты. Кроме того, Lactococcus lactis, экспрессирующий IL-10, противовоспалительный цитокин, как показала 1-я фаза клинического испытания, был эффективен при уменьшении воспаления на модели колита у мышей, так и при аллергическом воспалении воздухоносных путей.

В области метаболизма исследования показали, что протеины, секретируемые Escherichia coli, включая ClpB, белок похо-

жий на alpha-melanocyte – стимулируя гормон, действуют на употребляемую пищу и продукты у грызунов, вызывая эффект, зависящий от фазы роста бактерий. Белки E.coli стимулировали интестинальные гормоны, глюкагоноподобный пептид-1 (потенциально антигипергликемический гормон), пептид YY (продуцируемый в тонкой кишке в ответ на приём пищи) и активировали в головном мозгу механизмы развития анорексии, которые опосредуют чувство насыщения.

Биоинженерные комменсалы могут также играть роль в будущей микробиота-опосредованной терапии. В преclinical исследованиях штамм E.coli был генетически изменён путём биосинтеза в предшественника анорексика N-acylthanolamides, который продуцировался в тонкой кишке в ответ на приём пищи, и служил для того, чтобы уменьшить её потребление и таким образом развития ожирения. Введение такого модифицированного штамма мышам с ожирением, которых кормили обогащённой жиром пищей, привело к снижению потребления пищи, увеличению основного обмена веществ и уменьшению ожирения, которое продолжалось в течение 4 недель после прекращения применения бактериальной добавки.

Подобный результат достигнут в исследовании, проведённом на крысах с сахарным диабетом: модифицированные комменсалы синтезировали и высвобождали глюкагоноподобный пептид-1, стимулировали секрецию эпителием инсулина, улучшая, таким образом, метаболизм углеводов.

Предосторожность в экстраполяции экспериментальных находок

Представленные выше данные являются собой введение комменсалов человека или продуктов изогенным грызунам при высококонтролируемых условиях в течение определённых стадий патогенеза. Предвидение сходного эффекта у людей в предclinical-ком или уже в начавшейся болезни следует оценивать с осторожностью. Контролируемые клинические испытания показали относительно скромный терапевтический эффект от традиционных пробиотиков у взрослых с различными установленными болезнями. В противоположность этим наблюдениям у взрослых, недавние проспективные исследования показали эффект в предболезни аутоиммунных сигнатур у новорождённых в большой когорте детей, который последовал в начале школьного возраста.

Назначение с пищей пробиотиков (между 0 и 27 днём жизни) уменьшало на 60% риск аутоиммунного поражения островковых клеток до наступления школьного возраста, по сравнению с теми, кто не получал добавку или получал после 27 дня жизни, что объясняется высоким риском детей с генотипом HLA-DR3/4. Эти находки ставят вопрос – введение более таргетных сигнатур новорождённым, которые имеют высокий риск развития аутоиммуности, не предотвратит ли в дальнейшем развитие у них аутоиммунных заболеваний.

Применение диеты

Таргетная кишечная микробиота. На основании исследований как экспериментальных, так и на людях, применение диеты, очевидно, имеет как кратковременный, так и долговременный регуляторный эффект на структуру и функцию кишечной микробиоты. Сравнительно небольшое число рандомизированных контролируемых исследований диеты, нацеленных на кишечную микробиоту человека, показало, что ограничение энергии и диеты, богатые пищевым волокном и овощами, связано с изменениями кишечной микробиоты, что в свою очередь полезно для здоровья.

Исследования, посвящённые влиянию кишечной микробиоты на человека и при болезни в ранней стадии, в целом поддерживают точку зрения о том, что специфические диетические режимы, применяемые в отдельности или в комбинации с назначением смеси микробных агентов, валидны и поддерживаются регулируемыми властями (следующее поколение синбиотиков), и могут быть потенциально полезными для здравоохранения, считают авторы представленного обзора литературы в одном из последних номеров NEJM Susan V.Lynch из Калифорнийского Университета (США) и Oluf Pedersen из Novo Nordisk Foundation Center (Дания), по материалам которых и был подготовлен данный обзор.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Санитарная зона

Роспотребнадзор: горячая линия раскалилась

Вирус Коксаки не даёт расслабиться

По специально открытой Роспотребнадзором прямой связи на официальном сайте ведомства поступило более 500 обращений с жалобами на ухудшение здоровья во время нахождения в течение сезона на турецких курортах.

Случаи заболевания отмечались в отелях городов Сиде, Аланья, Белек, Кемер, Анталья и других, наибольшее число заболевших – дети до 14 лет, сообщается на сайте Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. На официальный запрос ведомства в адрес Министерства здравоохранения Турецкой Республики об эпидемиологической ситуации, ответ до настоящего времени не представлен.

Роспотребнадзор напоминает, что ст. 7 закона РФ № 2300-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей» гарантирует потребителю право на то, чтобы услуги, в том числе туристские, были безопасны для его здоровья.

Каждый турист в соответствии с положениями статьи 6 Федерального закона № 132-ФЗ от 24.11.1996 «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» при подготовке к путешествию и во время его совершения, включая транзит, имеет право на обеспечение своих потребительских прав, беспрепятственное получение неотложной медицинской помощи.

Правовые основы обеспечения безопасности туристов в странах временного пребывания закреплены статьёй 14 закона № 132-ФЗ.

Согласно положениям указанной статьи, в случае возникновения обстоятельств, свидетельствующих о возникновении в стране (месте) временного пребывания туристов (экскурсантов) угрозы безопасности их здоровья, турист (экскурсант) вправе потребовать в судебном порядке расторжения договора о реализации туристского продукта или его изменения. В этом случае при расторжении договора о реализации туристского продукта до начала путешествия «туристу и (или) иному заказчику возвращается денежная сумма, равная общей цене туристского продукта, а после начала путешествия – её часть в размере, пропорциональном стоимости не оказанных туристу услуг».



Не нужен нам берег турецкий?

Функция по информированию туроператоров, турагентов и туристов (экскурсантов) об угрозе безопасности туристов (экскурсантов) в стране (месте) временного пребывания, предусматривающая опубликование соответствующих официальных сообщений на этот счёт в государственных средствах массовой информации, статьёй 14 закона № 132-ФЗ возложена на Ростуризм (согласно пункту 5.3.2 Положения о Федеральном агентстве по туризму, утверждённого постановлением Правительства РФ № 901 от 31.12.2004, Ростуризм «информирует в установленном порядке туроператоров, турагентов и туристов об угрозе безопасности туристов в стране (месте) временного пребывания»).

Практическая реализация названного полномочия осуществляется Ростуризмом на основании Административного регламента по предоставлению Федеральным агентством по туризму государственной услуги по информированию в установленном порядке туроператоров, турагентов и туристов (экскурсантов) об угрозе безопасности туристов (экскурсантов) в стране (месте) временного пребывания, утверждённого приказом Министерства культуры Российской Федерации № 666 от 27.06.2012 (зарегистрирован в Минюсте России 17 июля 2012 г. № 24930).

С учётом опубликования Ростуризмом соответствующей информации, Роспотребнадзор подчёркивает, что при заключении договора о реализации туристско-

го продукта туроператор, турагент обязаны представить туристу и (или) иному заказчику достоверную информацию, в том числе включающую сведения:

- об опасностях, с которыми турист (экскурсант) может встретиться при совершении путешествия;
- о медицинских, санитарно-эпидемиологических и иных правилах (в объёме, необходимом для совершения путешествия);
- о порядке обращения в объединение туроператоров в сфере выездного туризма для получения экстренной помощи.

Кстати

Права потребителя никто не отменял

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сообщила, что получен ответ на её запрос от Министерства здравоохранения Турции по эпидемиологической ситуации в провинции Анталья.

Всего за период с июля до середины августа в клиники и больницы провинции Анталья по информации органов здравоохранения Турции с различными симптомами обратились 348 человек. С представителями клиник и больниц, администрациями отелей Анталья проведены оперативные переговоры. Минздравом Турецкой Республики даны указания на предмет принятия мер по улучшению санитарно-эпидемиологических условий, ведения мониторинга обращений туристов. Будет продолжена тщательная дезинфекция мест общего пользования, в первую очередь бассейнов.

Министерством иностранных дел РФ, Посольством Российской Федерации в Турции и Роспотребнадзором ведутся переговоры с турецкой стороной по координации действий, направленных на стабилизацию ситуации.

Роспотребнадзор подготовил памятку по профилактике вируса Коксаки для туристов.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

Акценты

В России стартовал международный исследовательский проект по изучению общественного мнения об обработке и защите генетической информации людей – «Your DNA – Your Say» (ваши гены – вам решать). Это первое подобное масштабное исследование, разработанное группой английских учёных из некоммерческой организации «Глобальный альянс по геномике и здравоохранению» и Кембриджского научно-исследовательского центра Wellcome Genome Campus.

Спросите у пациента

В современном обществе вопросы о доступности, конфиденциальности и коммерческом использовании геномных данных становятся всё более актуальными. Каждый день информация о ДНК и состоянии здоровья пациентов собирается в клиниках и исследовательских лабораториях по всему миру. Для того чтобы эти данные стали по-настоящему информативными, необходимо их объединение с целью последующего сравнения результатов генетического тестирования разных людей.

Проведения таких научных и медицинских исследований требует определённых условий, в частности, получение разрешения от пациентов. Однако совместное использование медицинской и генетической информации часто означает, что она, благодаря интернету, становится доступной исследователям по всему миру. Регулирование этого процесса должно основываться на мнении и предпочтениях людей, которые являются носителями этой информации, уверены эксперты.

Исследование включает в себя образовательный видео-ролик, который рассказывает, как может быть использована ДНК людей для медицинских, научно-исследовательских и коммерческих целей, а также опрос.

– С помощью сети Интернет генетические данные могут быть доступны исследователям со всего мира, и наша страна является частью этой мировой сети. Поэтому важно, что российские учёные также стали участниками этого мирового проекта по сбору мнения и предпочтений людей, – отмечает Елена Баранова, доцент кафедры медицинской генетики с курсом пренатальной диагностики Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России.

В России исследование планируется завершить до конца 2017 г. Результаты опроса будут опубликованы в разной форме в научной печати. В дальнейшем они могут быть использованы для разработки документов, регламентирующих использование генетических данных, например профессиональных руководств.

Ирина АНДРЕЕВА.

МИА Сити!

Решения

С тяжёлым недугом — в отдельную квартиру

Чтобы опасная болезнь не угрожала окружающим

Омская мэрия на электронных торгах покупает квартиры для семей, где есть больные, страдающие тяжёлой формой заболевания, при котором невозможно совместное проживание других граждан.

Как сообщили в городской администрации, на днях семья с тяжёлобольным ребёнком получила по договору социального найма

однокомнатную квартиру в новом доме. Деньги на приобретение благоустроенного жилья в сумме 1,38 млн руб. были выделены из регионального бюджета. В Департаменте жилищной политики пояснили, что обязанность предоставить жилые помещения во внеочередном порядке семьям, в составе которых имеется больной, страдающий тяжёлыми формами хронических заболеваний, наложена на мэрию

решением суда. Перечень тяжёлых заболеваний, дающий право на внеочередное получение социального жилья, установлен постановлением Правительства РФ № 378. Среди таких заболеваний туберкулёз в открытой форме, эпилепсия с частыми припадками, абсцесс лёгкого и гангрена конечностей, ряд других тяжёлых недугов, которые являются опасными для окружающих.

Семьи, в которых есть тяжелобольные люди, состоят на учёте в качестве нуждающихся в жилых помещениях, предоставляемых по договорам социального найма. При расчёте площади жилья для каждого из очередников-льготников специалисты исходят из состава семьи, а также из норматива.

До конца нынешнего года для тяжелобольных омичей Департамент жилищной политики администра-

ции города планирует приобрести ещё 10 квартир на общую сумму более 24 млн руб. В настоящее время специалисты готовят пакеты документов для проведения электронных аукционов на покупку соответствующих жилых помещений.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

История лечения сахарного диабета (СД) насчитывает более 90 лет. За этот период проделан колоссальный путь, позволивший решить массу проблем, связанных с получением инсулина, техникой его введения, изменением доз. Однако ещё в 20-е годы прошлого века известный канадский учёный нобелевский лауреат Джон Маклеод писал: «Чтобы больной мог доверить самому себе свою собственную жизнь, ему нужно отлично овладеть определением дозы и введением инсулина». Эта фраза актуальна и по сей день, поскольку основой лечения заболевания по-прежнему остаются инъекции препарата.

В этой связи очень важно правильно использовать инсулин и современные средства его введения. Для этих целей большинство пациентов с СД 1-го и 2-го типов используют инсулиновые шприцы или более современные шприц-ручки. Основное преимущество этих новых гаджетов – объединение шприца с картриджем инсулина. В результате, нет необходимости набирать инсулин из флакона в устройство, как это делается со шприцем, что значительно облегчает процедуру выполнения инъекций в сравнении с обычным уколом. Ещё одна проблема, которую удалось решить с появлением шприц-ручек – конфиденциальность. По понятным причинам многие пациенты не хотят, чтобы окружающие знали об их заболевании. Шприц-ручки бывают двух видов: предварительно заполненные (картридж замене не подлежит, когда инсулин в картридже заканчивается, такую шприц-ручку необходимо утилизировать) и многоразовые инъекторы (служат в течение нескольких лет, когда инсулин в картридже заканчивается, необходимо заменить картридж).

По данным исследований, именно боязнь инъекций является одной из лидирующих причин некомплаентности пациентов и отказа их от терапии. Так, согласно исследованию DAWN, 57% людей с СД 2-го типа признали, что испытывают страх по поводу начала приёма инсулина. Более детальные исследования показали, что лишь 25% из них хотят начать инсулинотерапию. Остальные выражают озабоченность по поводу необходимости инъекций инсулина. По данным метаанализа сложность режима инсулинотерапии (в ряде случаев приходится сочетать инъекции базального инсулина с более частыми инъекциями инсулина короткого действия) и затруднения при использовании обычных шприцев,

Новые подходы

Договориться с болезнью

Современные технологии играют огромную роль в создании «инсулинопозитивного» общества

могут стать причиной несоблюдения пациентами схемы лечения.

Самой первой в мире шприц-ручкой был многоразовый инъектор НовоПен, она появилась на рынке в 1985 г., и сразу же завоевала симпатии людей с СД. Теперь им не было необходимости постоянно иметь при себе стерилизатор со шприцами и флакон с инсулином. И самое главное – шприц-ручку люди могут использовать в общественных местах и делать инъекции незаметно для окружающих. Применение шприц-ручки позволило пациентам перейти на новый уровень лечения диабета за счёт простого, более удобного и точного механизма дозирования инсулина. Это был настоящий прорыв.

Новые средства доставки инсулина направлены в первую очередь на улучшение качества жизни больного СД, отмечает директор Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России профессор Марина Шестакова: «Такое приспособление как инсулиновая ручка позволяет устранить необходимость носить с собой флакон с инсулином и набирать его шприцем, что особенно важно сейчас в условиях интенсивной инсулинотерапии, когда в течение дня больному приходится делать множество инъекций. Тонкие иглы, используемые в ручках, предотвращают такие осложнения инъекций, как местные кровоизлияния, микротравматизация тканей, возникновение липодистрофий».

Современные шприц-ручки стали более совершенными и удобными. Они повышают точность набора инсулина, особенно при введении низких доз. Кроме того, у некоторых моделей имеется функция запоминания последней дозы и времени введения инсулина, что очень полезно, если больной случайно забыл – сделан ли укол или нет (это важно для пожилых пациентов).



Теперь в России доступны инъекторы НовоПен Эхо красного и синего цвета

Благодаря тому, что иглы в устройствах очень тонкие, сама инъекция практически не доставляет дискомфорта, что крайне важно для людей, которые вынуждены делать их ежедневно в течение всей своей жизни. В 2006 г. в журнале Clinical Therapeutics было опубликовано исследование доктора медицинских наук В.Ли, посвящённое переводу пациентов с СД 2-го типа на терапию шприц-ручками, которое показало, что в результате применения инсулиновой шприц-ручки ФлексПен у пациентов в 2 раза снизился риск развития гипогликемий и на 51% увеличилась приверженность к лечению.

Адекватное и своевременное лечение снижает риск отдалённых сосудистых осложнений заболевания, на долю которых приходится до 90% расходов, связанных с диабетом. В России, согласно государственному регистру больных СД, за последние 15 лет число людей с диабетом выросло более чем в 2 раза – с 2 до 4,3 млн. Однако реальная жизнь опережает данные статистики. Об этом, в частности,

свидетельствуют результаты национального эпидемиологического исследования NATION. Как выяснилось, 19% обследованных пациентов (т.е. каждый пятый) входят в зону риска преддиабета. Уровень HbA1c, соответствующий состоянию явного диабета, был выявлен у 5,4% респондентов, причём лишь каждый второй из них знал о наличии у него заболевания. Согласно другим, более ранним исследованиям, ежегодно около 15% людей переходят из стадии преддиабета в «зону» собственно диабета. Соответственно, потребность в лекарственных препаратах для данной категории больных растёт и прежде всего в инсулинах.

Доступность лечения является одним из важнейших приоритетов развития и совершенствования системы отечественного здравоохранения. Очень важным в этом вопросе является система ценообразования на лекарственные средства. Одним из этапов реформирования данной сферы стала разработка новой методики расчёта предельных цен на пре-

параты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Глобальная цель реформы – уйти от затратного метода ценообразования и перейти на индикативный, что должно не только привести к справедливым ценам на лекарства, но и поставить участников рынка в равные условия.

Одна из идей, заложенных в проекте документа, – введение взаимозаменяемости не только внутри одного МНН, но и по форме выпуска. По мнению экспертов рынка, это может стать серьёзной угрозой для здоровья пациентов. Особенно это касается инсулинов. Например, нельзя не учитывать различия между флаконом с препаратом и шприц-ручкой, комментирует федеральный менеджер по доступу на рынок компании Ново Нордиск в России и СНГ Елена Ковалёва: «Согласно новой методике расчёт цены идёт за 1 мл действующего вещества. При этом не принимаются во внимание различные формы введения. Мы предлагаем ввести поправочные коэффициенты, которые используются в Европе для дифференциации продуктов в зависимости от формы введения: флакон, картридж и картридж в шприц-ручке (одноразовый мультидозовый). Например, флакон – коэффициент 1, картридж – 1,5, картридж в шприц-ручке – 1,7».

По мнению экспертов, если поправочные коэффициенты не будут приняты во внимание, то современные и удобные для пациентов формы введения инсулина, а именно шприц-ручки могут «уйти» с рынка. Это, в свою очередь, повлечёт негативные последствия как для пациентов, так и для системы здравоохранения (снижение точности титрования и дозы инсулина, развитие осложнений заболевания, увеличение затрат на их лечение и т.д.).

Современные технологии играют огромную роль в создании «инсулинопозитивного» общества. Сегодня в России более миллиона пациентов с диабетом получают инсулины, из них около 85% пользуются предварительно заполненными ручками и картриджами для многоразовых инъекторов. Разумный подход к ценообразованию, решения в выборе взаимозаменяемости лекарственных средств в пользу более эффективных и современных, учёт мнений экспертного и пациентского сообществ – общемировые тенденции, в русле которых развивается и отечественное здравоохранение.

Ирина АНДРЕЕВА.

Материал подготовлен при поддержке компании Ново Нордиск.

Инициатива

Маммологический патруль

По инициативе Минздрава Чувашии и Республиканского клинического онкологического диспансера здесь реализуется целый ряд проектов, направленных на профилактику, раннюю диагностику заболеваний, повышение онкологической настороженности населения и формирование приверженности к здоровому образу жизни.

Третий год при поддержке главы региона Михаила Игнатьева в республике действует Программа снижения смертности от рака молочной железы. В её задачи входит создание комплексной системы скрининга в соответствии с международными стандартами.

В рамках проекта «Маммологический онкопатруль» в отдалённые населённые пункты выезжает современный передвижной рентгенологический маммологический комплекс, оснащённый цифровым маммографом. В прошлом году онкопатруль посетил 79 районов, было обследовано 4470 человек. Эта работа увеличила выявление рака молочной железы на доклинической стадии в 4 раза.

Особое внимание уделяется повышению онкологической настороженности населения. С целью привлечения внимания населения к своему здоровью, реализуется совместный информационно-образовательный проект Республиканского со-

вета женщин, Министерства здравоохранения Чувашии и онкологического диспансера. Совершенствуется система раннего выявления онкологической патологии в первичных медицинских организациях, где приём ведётся в первичных онкологических и смотровых кабинетах. Из числа врачей-онкологов организован выезд кураторов в районы. Проводится непрерывное повышение профессионализма онкологов, а для населения – дни открытых дверей, мужского здоровья, ранней диагностики заболеваний молочной железы, акция «Сфотографируй свою родинку».

Наталья УРАЛЬСКАЯ.

МИА Сито!

Статистика

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о медицинском туризме в России и за рубежом. 70% наших докторов считают, что Россия не является страной с развитым медицинским туризмом, четверть же не согласна с этим утверждением. Последние назвали медицинские услуги, которые наиболее востребованы у иностранцев: 27% – кардиология и кардиохирургия, 22 – стоматология, 11 – оперативное лечение, 6 – репродуктивная медицина и гинекология, и реже другие услуги.

Лечиться в России или за рубежом?

По мнению наших врачей, медицинский туризм наиболее развит в Германии, Израиле, США.

При наличии у пациента материальной возможности получить лечение в любой стране, 37% докторов рекомендуют при онкологических заболеваниях обращаться за рубежом. В случае сердечно-сосудистых заболеваний, включая требующих хирургического вмешательства, 48% докторов советуют лечение именно в России. 14% врачей уверены,

что качественную медицинскую помощь по любым направлениям можно получить в России и ехать никуда не надо.

В опросе приняли участие 260 докторов (терапевты, кардиологи) в 20 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведён в августе этого года.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

Новые подходы

Подберу музыку к словам...

Необычную разработку изобрели учёные из США, которые заявили, что им удалось создать музыкальный инструмент, управляемый при помощи головного мозга.

Теперь музыкантам не понадобится использовать для игры пальцы и руки, достаточно задействовать силу мысли! Исследованием и разработкой в данной области занимались специалисты из Вашингтонского университета. Им удалось придумать такой инструмент, который пригодится не столько для музыкантов, сколько для людей с нарушениями двигательного аппарата.

Речь идёт об устройстве, которое при помощи компьютерного интерфейса и специальной программы способно преобразовать сигналы головного мозга в ноты. Аппарат носит название энцефалолфон. Для игры на этом музыкальном инструменте человеку требуется надеть специальный шлем, который используется на электроэнцефалографии, служащего фиксатором сигналов мозга.

Останавливаться на достигнутом учёные не собираются. Они планируют провести дальнейшие эксперименты, которые помогут усовершенствовать музыкальный инструмент.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства на следующие специальности:

Эндокринолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «эндокринология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Гинеколог, акушер-гинеколог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «гинекология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Уролог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «урология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Кардиолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «кардиология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды, предоставление единовременной компенсационной выплаты – 1 млн руб.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-20-41 – отдел управления персоналом, 8 (34675) 3-15-73 – факс.

Резюме направлять по адресу:
sovhospital@sovbolnica.pf

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте:
www.sovbolnica.pf

Почему бы и нет?

От многих веществ, считающихся вредными и даже опасными, как бы странно это ни звучало, есть своя польза. Морфин является мощным обезболивающим, хирургический лидокаин, получаемый из кокаина, по-прежнему используется в клинической медицине как эффективная местная анестезия. Даже алкоголь, если принимать его в умеренных количествах, снижает риск сердечных заболеваний. По мнению многих учёных, никотин также заслуживает не только одних нареканий.

Результаты
усердного поиска

Согласно многим исследованиям и крупным клиническим испытаниям на людях и животных, проведённых за последние годы, никотин, взятый отдельно от сигарет, с которым его обычно ассоциируют, может стать невероятно эффективным средством для лечения или профилактики различных психиатрических и неврологических расстройств, включая болезнь Паркинсона, умеренное когнитивное расстройство (MCI), синдром Туретта (генетически обусловленное расстройство центральной нервной системы, которое проявляется в детском возрасте и характеризуется множественными моторными тиками и, как минимум, одним вокальным или механическим тиком) и шизофрению.

Кроме того, никотин помогает повысить внимательность и сосредоточенность, поэтому рассматривается специалистами как мощный когнитивный усилитель. По факту, современная фармакология может предложить нам никотин только в одной форме и с одной целью – никотинзаместительная терапия (жевательная резинка, ингаляторы, назальные спреи, пластыри), разработанная для того, чтобы помочь курильщикам постепенно отказаться от вредной привычки. Только такая форма никотина официально одобрена почти во всех странах мира.

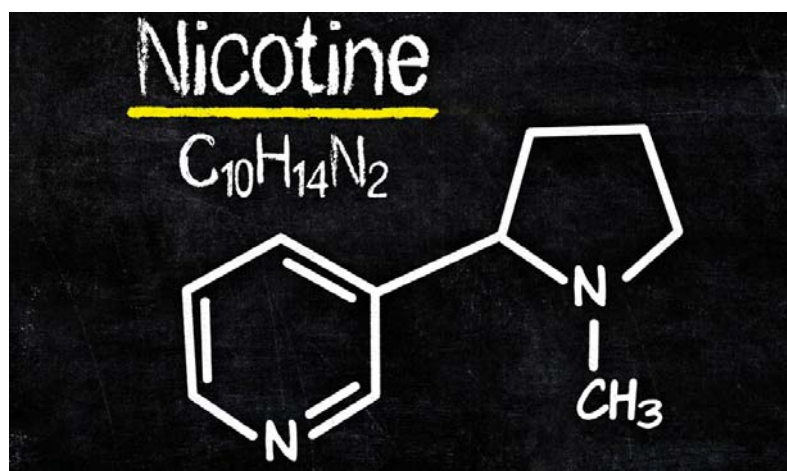
Однако впечатляющих доказательств того, что такая терапия работает эффективно, по-прежнему нет. А вот обратное уже давно подтвердили несколько научных работ. Так, например, в 2012 г. завершилось исследование, к которому были привлечены 787 взрослых, недавно бросивших курить.

Согласно результатам, у тех, кто использовал никотинзаместительную терапию, показатель рецидива был тот же, что и у тех, кто пытался бросить курить самостоятельно. Завядшие курильщики, которые хотели самостоятельно отказаться от сигарет, возвращались к курению в два раза реже, чем те, кто использовал какой-либо никотинзаместительный продукт.

Сложность современной системы здравоохранения заключается

Свет в конце тоннеля

Или выход из никотинового лабиринта



в том, что врачи и законодатели не могут, зная все преимущества и полезные свойства никотина, распространять и поддерживать его применение. Главная причина этой головоломки в том, что никотин слишком тесно связан с табакокурением – одной из главных бед человечества и общественного здоровья.

По словам нейробиолога Мэри-Ки Куик из США, «люди не могут осознанно отделить никотин от сигарет, и в этом его основная проблема». Впервые мысль о том, что никотин имеет ряд любопытных преимуществ, была озвучена в 1966 г. в исследовании Гарольда Кана, эпидемиолога Национального института здравоохранения США. Используя данные почти 300 тыс. военных, служивших в армии с 1917 по 1940 г., он обнаружил, что связь между курением и смертностью очевидна: курящие умирали в 11 раз чаще от рака лёгких и в 12 раз – от эмфиземы.

Однако Кан выявил ещё один интересный факт: от болезни Паркинсона курящие военнослужащие умирали в 3 раза реже, чем их некурящие сослуживцы. Выводы Кана были плохо приняты в научном сообществе. Его обвиняли в поверхностности и недостоверности исследования. Тем не менее, уже через 5 лет эпидемиологи из Университета Джона Хопкинса (США) опубликовали доклад, в котором вновь подтвердилось, что курящие люди менее склонны к болезни Паркинсона.

К концу 70-х годов прошлого века у исследователей появилась возможность более подробно изучить свойства никотина. В 1979 г. нейробиолог из Лос-Анджелеса Мари-Франсуаз Чеселе показала, что никотин увеличивает уровень дофамина, нейротрансммиттера, необходимого для повышения внимания. Кроме

того, она выявила, что дофамин помогает контролировать опорно-двигательную систему. Именно этот эффект никотина помогает облегчить болезнь Паркинсона. С начала 1960-х годов её лечили средством под названием леводопа, однако побочные эффекты от его использования вызывали у многих врачей сомнения: леводопа может вызвать дискинезию – быстрые, непроизвольные движения рук, а иногда и головы, и туловища.

Не останавливаться
на достигнутом

После ряда испытаний, проведённых в 2007 г. на обезьянах, выяснилось, что никотин способен координировать движения, избавляя от большинства нервных тиков, и уменьшает дискинезию у тех особей, которые принимали леводопу, то есть большинство подопытных избавились не только от симптомов болезни Паркинсона, но и от побочного эффекта, вызванного действием препарата. С того момента множество исследований, проведённых при участии крыс, мышей и приматов, обнаружили аналогичные эффекты никотина.

Также были выявлены и другие интересные свойства: например, одной из функций никотиновых рецепторов является умеренное введение кальция в клетки. Присутствие никотина увеличивает количество внутриклеточного кальция, повышая выживаемость клеток. Ключевая мысль всех исследований за последние годы – в том, что извлечь пользу из никотина могут даже люди без какого-либо диагноза или расстройства.

Психолог Дженнифер Рустед из Университета Сассекса в Великобритании называет препарат

«самым надёжным когнитивным энхансером (препарат, расширяющий возможности мозга)». Поэтому он может быть рекомендован для увеличения потенциальной памяти. Именно такой препарат может помочь нам не забыть, например, заехать в магазин по пути домой и купить то, о чём просила с утра мама. Никотин как будто помогает «включать» в наш мозг нужную информацию в самое подходящее для неё время.

Это свойство может быть использовано и при лечении шизофрении: помочь больным отгородиться от «посторонних» голосов и образов. Самый, пожалуй, интересный и любопытный факт, вытекающий из исследований последних лет, это то, что после испытаний, проведённых на крысах и других лабораторных животных, никотин не вызвал у подопытных сильного привыкания или синдрома отмены. Это полностью противоречит всеобщим убеждениям о том, что никотин – наркотик, вызывающий сильнейшую зависимость.

Несмотря на то, что подопытные животные получали определённое удовольствие от чистого никотина, учёные ни разу не отметили у них сильную зависимость или синдром отмены. Кроме того, в 2005 г. исследователи из Калифорнийского университета в Ирвине (США) обнаружили, что организм животного самостоятельно регулирует комбинацию никотина и ацетальдегида, органического химического вещества, которое образуется при горении табака, значительно чаще, чем только один химикат.

А в 2009 г. французские учёные выявили, что сочетание никотина с «коктейлем» из пяти других химических веществ, обнаруженных в табаке – анабазине, норникотине, анатабине, котинине и миосмине, – значительно увеличивает гиперактивность и возбудимость крыс. Таким образом, курильщики зависимы не от никотина, а от сложного химического соединения – никотин-анабазин-норникотин-анатабин-котинин-миомина, а это уже намного сложнее для лечения и изучения.

На фоне этого «манящего коктейля» никотин не так страшен и не заслуживает ненависти и бичевания со стороны человечества. Более того, у него есть определённый потенциал и полезные свойства, которые требуют дальнейших общемировых исследований и могут быть применены в различных отраслях медицины.

Эксперименты

Британские нейрофизиологи разработали весьма оригинальный способ развития у человека так называемого креативного мышления. Термин «креативный» подразумевает способность находить нестандартные подходы к тем или иным проблемам, проявлять творческое начало и находить оригинальные решения. В серии экспериментов принимала участие небольшая группа, состоящая из нескольких добровольцев.

Развивая
оригинальность

При помощи специальной аппаратуры организаторы эксперимента осуществляли стимуляцию особых зон в мозгу каждого из участников, развивая у них таким образом способность мыслить нетривиально и вырабатывать новые подходы к решению тех или иных задач. По словам одного из соавторов методики Кэролайн Луфт (научный сотрудник Лондонского университета Королевы Марии), в последние годы данная тематика привлекала к себе серьёзное внимание учёных, результатом чего стало большое количество соответствующих профильных исследований и разного рода экспериментов, в ходе которых удалось сделать вывод о способности электрических и магнитных полей различной интенсивности так или иначе влиять на работу человеческого мозга. Причём влияние это вполне может носить как позитивный, так и, напротив, негативный характер.

Участникам экспериментальной программы было предложено решить ряд далеко не самых сложных математических задач, основная особенность которых состояла в неординарном подходе к формулировке условия. Дело в том, что абсолютно никакие цифры и математические операторы не были напечатаны или написаны от руки, организаторы исследования выкладывали их из спичек. Это должно было потребовать от добровольцев проявления той самой креативности, целью развить которую и задалась учёные.

В результате выяснилось, что блокировка работы одной из областей головного мозга (речь в данном случае идёт о так называемой заднебоковой префронтальной коре) в значительной мере способствует активизации у человека нестандартного мышления, которое и помогает ему существенно быстрее и с большей вероятностью успешно решать задачи подобного плана.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.

На материалах
Science, Nature,
Scientific Reports, CNN.

Практически каждому, кто работает по графику 5/2, знакома ситуация, когда каждый будний день ждешь выходных. Проблема недостатка сна встаёт практически перед каждым человеком. И только уик-энд позволяет вдоволь отоспаться. Однако нехватка сна может негативно сказываться на работе головного мозга.

Как именно ведёт себя мозг в случае, если человек не высыпается, выясняли итальянские учёные из Политехнического университета Марке (Италия). Они доказали, что постоянное недосыпание приводит к тому, что головной мозг начинает «поедать» сам себя. По словам экспертов, именно это может быть одной из главных причин, почему у людей развивается болезнь Альцгеймера.

В рамках исследования была проведена серия испытаний, участниками которых стали мыши. Всех подопытных грызунов разделили на три группы. Первой группе разрешалось спать столько, сколько они сами пожелают. Вторую группу вынуждали спать меньше 8 часов. А третья – не спала целых 5 суток. После этого учёные проследили, как именно изменилась активность астроцитов, функцией которых является разрыв «ненужных» нейронных связей в мозгу.

Учёные в итоге установили, что те мыши, которые хорошо отдыхали, имели активность астроцитов 6%, вторая группа – 8, а третья – 13,5. Таким образом, уставший головной мозг усиливает активность астроцитов, которые будто начинают чистить

Почему бы и нет?

Поменьше напряжения

головной мозг, разрушая нейронные связи, которые необходимы для нормальной работы функций памяти и мышления.

Кроме того, североамериканские учёные сумели ответить на вопрос, а что же испытывает головной мозг человека во время оргазма. Исследование в данной области проводили научные специалисты из Ратгерского университета (США). Возглавил группу исследователей доктор Барри Комисарак. Все вместе они изучили природу женского оргазма.

Оказалось, что оргазм – более сложный механизм, чем предполагалось ранее. Он необходим не только для получения удовольствия или репродуктивной функции. По словам учёных, во время оргазма в головном мозге женщины происходят самые разнообразные процессы.

В рамках эксперимента добровольцы должны были мастурбировать в МРТ-аппарате. В это время за ними наблюдали медицинские специалисты. Они следили за тем, какие части мозга активируются в момент оргазма.

В результате выяснилось, что ближе к началу оргазма и во время этого процесса активируются лобные доли мозга, которые отвечают за принятие решений, энторальная кора, участвующая в пространственной ориентации и

формировании памяти, передняя поясная кора, ответственная за эмоции и мотивацию, островок головного мозга, участвующий в восприятии и анализе информации, полученной от других органов.

После оргазма учёные заметили наибольшую активность гипоталамуса и выделение большого количества дофамина. Кроме этого, вырастает количество гормонов, таких как окситоцин и вазопрессин. Первый из них называется гормоном счастья, а вот второй ответственен за чувство привязанности.

Таким образом, учёные установили, что между активностью мозга мужчин и женщин во время секса практически нет разницы. У обоих полов во время оргазма отключалась область мозга, которая отвечает за контроль над поведением.

Наряду с этим учёные из Ирландии нашли интересное свойство женского оргазма. Оказалось, что он способствует успешному зачатию, поэтому тем, кто давно мечтает стать родителями, рекомендуется сосредоточиться на получении удовольствия.

Специалисты пригласили женщин и попросили их заняться мастурбацией с использованием «искусственной спермы». Оказалось, что у тех женщин, которые достигли оргазма, большая часть

вещества осталась внутри организма. У испытуемых, не получивших наслаждения, вещество «вытекало» наружу.

Как объяснили учёные, во время оргазма происходит сокращение мышц, в результате чего сперма как бы проталкивается вглубь, ближе к матке. В результате больше сперматозоидов попадают в полость и вероятность оплодотворения повышается. Эксперты советуют тем, кто планирует зачатие, сосредоточиться не на странных обрядах, которым следуют женщины, а на получении удовольствия.

Кстати, медики считают, что этот способ может помочь и тем, кто давно и безуспешно старается забеременеть, если, конечно, нет иных причин, препятствующих зачатию.

Также североамериканские эксперты пришли к выводу, что секс благотворно влияет на мозг и умственные способности. Согласно данным различных исследований, сексуальные отношения очень полезны для человека и могут сделать нас умнее. Так, учёные из Университета в штате Мэриленд (США) узнали, что во время интимного контакта клетки, отвечающие за хранение информации, активно делятся. То есть, мозг становится моложе.

Наряду с этим доказано, что секс спасает от хронического

стресса. Во время полового акта происходит выброс гормонов счастья, которые помогают бороться с последствиями стресса, например, нарушениями концентрации, вниманием и потерей памяти.

А вот голландские учёные нашли связь между оргазмом и количеством информации, которую может запомнить человек. По данным исследований, люди, которые часто занимаются сексом, отличаются хорошей памятью и способны приобретать новые навыки даже в преклонном возрасте.

Считается, что страсть лишает человека способности мыслить трезво, но как доказали учёные, это не совсем верно. Они выяснили, что стабильная близость положительно влияет на аналитические способности, а также помогает ускорить мыслительные процессы и развивать креативность. Кроме того, секс помогает социализироваться. Гормоны, которые выделяются во время сексуального возбуждения и оргазма, делают человека менее агрессивным и помогают наладить контакт с окружающими. Этот механизм рассчитан на установление глубокой связи между партнёрами, но эффект от воздействия гормонов сохраняется достаточно долго для того, чтобы получить бонусы за пределами спальни.

Выводы

Существует огромное количество заболеваний и факторов, которые ежедневно угрожают здоровью и жизни людей. Однако самая большая из опасностей является абсолютно неожиданной для большинства из нас. Это – одиночество...

В нём участвовали более 3 млн человек с разных континентов. Согласно полученным результатам, социальная изоляция увеличивает вероятность ранней смерти больше, чем ожирение.

Таким образом, психологи рекомендовали медицинским

чеством влияет на эгоцентризм, но обратный эффект стал для нас настоящим сюрпризом», — отмечает один из авторов исследования.

На достигнутом исследователи не собираются останавливаться. В будущем они планируют продолжить опыты, чтобы понять,

Уж лучше одному, чем вместе с кем попало

Оказывается, социальная изоляция и одиночество является самой большой угрозой современного человечества. По словам учёных, это даже большая проблема, нежели ожирение. С каждым годом эти факторы всё больше и сильнее влияют на общество.

Исследованием в данной области занимались психологи из Университета Бригама Янга (США). Согласно полученным данным, опубликованным в специализированном издании, фундаментальной потребностью любого человека является общение и взаимоотношения с другими людьми. Это важно не только для психологического комфорта, но даже для выживания.

В рамках исследовательской работы учёные провели два метаанализа. Они объединили результаты десятков предыдущих научных работ. Первый метаанализ включал почти 150 исследований, в которых принимали участие в общей сложности 300 тыс. добровольцев. Был сделан вывод, что крепкие социальные связи помогают в 50% случаев уменьшить риск преждевременной смерти.

Во втором метаанализе были объединены 70 исследований.

организациям не исключать данный фактор и разрабатывать всевозможные программы и меры поддержки людей, чтобы предотвратить одиночество.

Между тем ни для кого не секрет, что одиночество свойственно каждому человеку. Если вы хотя бы раз в жизни испытывали такие чувства, то понимаете, как они влияют на ваше настроение, работу и другие сферы жизнедеятельности. Недавно американские учёные рассказали, как именно одиночество на самом деле влияет на жизнь человека, после проведения ещё одного исследования. В результате чего пришли к выводу, что пребывание в одиночестве приводит к усиленному эгоцентризму. Итоги научной работы были опубликованы в профильном издании.

Исследовательская работа продолжалась на протяжении 11 лет. Учёные наблюдали за 229 участниками, возраст испытуемых составлял от 50 до 68 лет. И как было выяснено – одиночество и эгоцентризм тесно взаимосвязаны. Один проистекает из другого, и подчеркнули, что как одиночество может усилить эгоцентризм, так и наоборот.

«Было ожидаемо, что одино-

каким образом можно сделать людей менее одинокими.

А вообще-то – одиночество – это не так уж плохо. Такой, довольно неожиданный вывод сделали учёные из Калифорнии (США) после анализа 814 проведённых за последние десятилетия исследований, посвящённых психологическому состоянию людей состоящих в браке и людей одиноких.

Как оказалось, уровень социальной жизни у одиноких был гораздо выше, чем у людей, состоящих в браке. Также одинокие люди намного гибче и намного чаще позитивно настроены. Одинокие люди очень ценят свою работу и имеют максимально тёплые отношения с родственниками, друзьями и соседями. У одиноких людей более ярко выражен личностный рост. Тем не менее, общество, даже на Западе, не всегда терпимо к одиноким людям.

Исследователи утверждают, что одиночество это не так уж и страшно, как это кажется на первый взгляд. Ни в коем мере не стоит считать одиночество альтернативой браку, просто у этого явления, как и у всего в этом мире, есть свои плюсы и минусы.

Однако

Спиртная онкология



Группа учёных из Университета Шеффилда (Великобритания) опубликовала результаты исследования, подтверждающие существование взаимосвязи между употреблением алкоголя и развитием онкологических заболеваний.

Статистика неутешительна: около 6% смертей во всём мире связаны с употреблением алкоголя. Спиртное может вызывать более 60 различных заболеваний, среди которых есть и несколько типов рака. В 2012 г. от онкологических заболеваний, так или иначе вызванных употреблением алкоголя, скончались около полумиллиона человек во всём мире.

Регулярное употребление спиртного увеличивает риск возникновения рака кишечника, молочной железы, гортани, ротовой полости, пищевода, глотки, а также печени. Этот список, опубликованный ранее, пополнился ещё одним пунктом – алкоголь провоцирует развитие рака и предстательной железы. Рак кишечника и молочной

железы – наиболее распространённые формы онкологического заболевания, а пищевода встречается реже и сложнее поддаётся лечению.

Вероятность возникновения рака была тем выше, чем больше алкоголя употреблял человек, однако в группу риска попали и те, кто пил довольно мало. Снижение количества выпиваемого помогло уменьшить риск его развития. Исследователи приводят данные о частоте возникновения в Великобритании ассоциированных с алкоголем форм рака. Они поясняют, что с 1960-х годов люди стали пить больше спиртного, а потому это заболевание, спровоцированное употреблением алкоголя, стало встречаться гораздо чаще. Авторы считают, что люди недостаточно информированы о том, что алкоголь может вызывать рак.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам MedicalXpress, Reuters, Medical Daily, BBC.

Это крупнейший междисциплинарный форум историков науки, техники и медицины, который проходит раз в 4 года (см. «МГ» № 62 от 21.08.2013, № 63 от 26.08.2009 и № 75 от 05.10.2001). Девиз нынешнего конгресса, впервые проведённого в Южной Америке, в Бразилии – «Наука, техника и медицина между глобальными и локальными процессами». Российские участники были традиционно представлены группой сотрудников московского Института истории естествознания и техники им. С.И.Вавилова РАН и его петербургского филиала. Многие из них ныне работают в других странах.

Программа конгресса, длившаяся целую неделю в Федеральном университете Рио-де-Жанейро, включала более 150 различных симпозиумов и сессий, в том числе посвящённых истории медицины. Например, на сессии «Нейронаука в XX веке» прозвучал доклад Корнелиуса Борка (C.Borck, Германия) «Изменение теории нейротрансмиссии с периферии: как глобальные обмены и местные взаимодействия подготовили Джона Экклса к концепции фальсификации Карла Поппера». Вопрос о том, как контактируют нейроны – с помощью химических медиаторов или электрических сигналов – был решён знаменитым экспериментом в 1951 г. Джон Экклс опроверг собственную теорию электрической трансмиссии, вдохновлённый философом Карлом Поппером, когда оба они жили в Новой Зеландии. Это редкий случай того, как философия науки способствовала прогрессу научных исследований. Интеллектуальная мобилизация Экклса была, с одной стороны, обусловлена глобальным перемещением людей, идей, инструментов и методик, а, с другой стороны, базировалась на очень локальных и случайных контактах. Данный эпизод Борк рассматривает как пример плодотворного диалога между философской и исторической эпистемологией.

Два доклада из Франции – Селин Шерици (Céline Cherici) и Жана-Клода Дюпона (J.-C.Dupont) – были посвящены философским и историческим аспектам глубинной мозговой стимуляции (ГМС) (deep brain stimulation – DBS). Является ли наш мозг электрической машиной, регулируя которую мы можем менять патологическое поведение? Современная практика даёт утвердительный ответ на этот философский вопрос. В таком случае, имеет ли смысл разграничивать психиатрию и неврологию? Методика ГМС находится на границе терапевтической практики и фундаментальной науки, позволяя изучать функции базальных ганглиев человека.

В программе сессии был также заявлен доклад доктора медицин-

вышение уровня знаний врачей, то основатель The Lancet врач Томас Вакли (T.Wakley) осознал необходимость для медицинских реформ диалога между экспертами и теми, кто принимает решения. Хотя оба журнала являлись академическими, их публикации вызывали широкий общественный отклик (например, о ранней диа-

акцент на общемедицинских вопросах и репутация обеспечивают обоим журналам эффект Матфея (Matthew effect) (современный социологический термин, заимствованный из Евангелия: «ибо всякому имеющему дастся и приумножится, а у неимеющего отнимется и то, что имеет» (Мф. 25:29).

соном, разработавшим в 30-е годы прошлого века новую методику клинического применения ЭКГ. Он не только принимал у себя в Мичигане бразильских коллег, но и сам в 1942 г. выступал с лекциями в Рио-де-Жанейро и Сан-Паулу по линии Госдепартамента США. Это послужило толчком к созданию год спустя Бразильского кардиологического общества и последующего признания кардиологии как специальности.

Эйаль Вейнберг (E.Weinberg, США) рассказал об участии врачей в репрессиях в период военной диктатуры в Бразилии (1964-1985). Они фальсифицировали медицинскую документацию для сокрытия внесудебных казней и давали разрешение на продолжение пыток заключённых. Но молодое поколение, создав «Движение за медицинское возрождение», сумело вытеснить «старую гвардию» с занимаемых позиций, и начать расследование более 100 медиков, предположительно участвовавших в репрессиях. Реформаторы мобилизовали медицинскую общественность с помощью требований улучшения оплаты труда и условий работы, призывов к реорганизации национальной системы здравоохранения и пересмотру норм профессиональной этики.

Наконец, нельзя не упомянуть симпозиум «Историческая эпистемология и история медицинской и биологической мысли». Некоторые прозвучавшие там доклады часто представляли собой попытку переосмыслить наследие выдающегося французского философа биологии и врача Жоржа Кангилама (G.Canguilhem, 1904-1995), чьи книги «Нормальное и патологическое» и «Знание жизни» считаются классическими (к сожалению, на русский язык они до сих пор не переведены). Знаменитым учеником Кангилама был Мишель Фуко (M.Foucault, 1926-1984). Его «История безумия в классическую эпоху» и «Рождение клиники: археология врачебного взгляда» стали настольными книгами для многих историков медицины. Что такое медицинская идеология? Чем она отличается от научной? Обращение к германо-американской школе истории медицины (прежде всего, к работам Генри Зигериста и Эрвина Акеркнехта) позволяет лучше понять концепцию медицинской идеологии и её возможный вклад в современную историографию.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

МИА Сито!

События

Мыслят глобально, действуют локально

В Рио-де-Жанейро состоялся 25-й Международный конгресс по истории науки и техники

ских наук Болеслава Лихтермана (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова) о работе основоположника нейропсихологии Александра Лурии в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. К сожалению, по независящим от него причинам докладчик на конгрессе отсутствовал.

Следует отметить, что российские сюжеты звучали в целом ряде докладов. Так, Елена Фратто (США) проанализировала «Собачье сердце» Михаила Булгакова в контексте увлечения эндокринологией и евгеникой в Советской России в 1920-е годы. Профессор Константин Васильев (Одесский национальный медицинский университет) рассказал о пребывании известного венского врача Иоганна Петера Франка в Российской империи в 1804-1808 гг. Он возглавил Императорскую медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге, предложив план её реформирования.

Многочисленные бразильские участники конгресса представили немало интересных докладов. Один из них был посвящён коммуникационным стратегиям двух старейших медицинских журналов на протяжении их почти 200-летней истории: американского The New England Journal of Medicine (NEJM) (основан в 1812) и британского The Lancet (основан в 1823). Если NEJM был изначально ориентирован на по-



Столица Бразилии стала очередным местом международной встречи историков

гностике сифилиса, о применении инсулина, вакцин, антибиотиков, о связи курения и рака лёгких и т.д.). В 1996 г. у NEJM появился сайт, а 2 года спустя – у The Lancet. Оба журнала стали использовать мультимедиа для того, чтобы сделать своё содержание более видимым. Наряду с выпуском пресс-релизов для журналистов, были открыты аккаунты этих журналов в основных социальных сетях: твиттере (2009), фейсбуке (2010) и ютубе (2012). Также был расширен доступ к бесплатному контенту. Эта постоянная открытость, еженедельный формат,

Хотелось бы отметить доклад Симоны Кропф (S.Kropf, Бразилия) о становлении кардиологии как специальности в Бразилии в 1930-1940 гг. Ключевую роль в этом процессе сыграла ЭКГ. Врачи заявляли, что сердечные заболевания являются одной из основных причин инвалидизации и смертности среди городских рабочих, и это являлось частью политических дебатов о «новом бразильском труженнике». Характерной особенностью процесса институционализации кардиологии были интенсивные контакты с врачами из США, особенно с Франком Норманом Виль-

Вехи

Великий учёный И.Сеченов превратил физиологию в точную науку и клиническую дисциплину. Сейчас невозможно представить, как без неё можно формулировать диагноз, выбирать путь лечения, разрабатывать любые лекарства.

Отдавая дань этому гениальному теоретику и практику, предлагаем вашему вниманию некоторые характерные факты из его биографии.

✓ Он не сразу пришёл в медицину. Начал учёбу в Главном инженерном училище Петербурга, потом была военная служба в Киве. И только в 1851 г. поступил вольнослушателем в Московский университет на медицинский факультет (именно отсюда и начинается история Первого Меда), который с отличием окончил в 1856 г. «в степени лекаря с отличием с предоставлением... права по защите диссертации получить диплом на степень доктора медицины».

✓ Любимый научный прибор он всю жизнь называл «историей», считая его, в первую очередь, предметом материальной культуры.

✓ Дружил с художником Александром Ивановым, которому, по ут-

188 лет назад родился один из её основоположников Иван Сеченов



верждению некоторых биографов, оказал помощь в работе над картиной «Явление Христа народу».

✓ Всё проверял только на самом себе. Однажды выпил даже колбу с туберкулёзными палочками,

чтобы доказать, что только ослабленный организм подвержен этой инфекции.

✓ Для изучения влияния алкоголя на газы крови сконструировал прибор – насос Сеченова. Это изобретение очень высоко оценили его коллеги.

✓ Современники считали его прототипом Кирсанова в романе Чернышевского «Что делать?» и Базарова в романе Тургенева «Отцы и дети».

✓ Ученицами И.Сеченова были две первых женщины-физиолога в России – М.Бокова, ставшая женой Сеченова и Н.Суслова.

✓ Вместе с женой впервые перевёл на русский язык сочинение Чарльза Дарвина «Происхождение человека и половой отбор» и был крупнейшим популяризатором эволюционного учения в России.

✓ В alma-mater прославленный учёный вернулся в 1889 г. Сначала

И.Сеченов читал только лекции. И студенты его обожали! Однако когда появилась вакансия в 1891 г., он стал профессором кафедры физиологии. В 1899 г. подал прошение об освобождении от обязательных лекций, и просил оставить за ним лабораторию и специальные лекции, а через 3 года ушёл в отставку. В «Автобиографических записках» он пишет: «Покончить с преподавательской деятельностью побудили меня лета, сознание начавшейся отсталости в науке и убеждение, что старику не следует дожидаться времени, когда публика будет желать его ухода». Но и в дальнейшем он продолжал работать в лаборатории и с успехом читал лекции на Пречистенских курсах.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Самолёт приземлился по графику. Светлана стояла с вещами у выезда с парковки, где они условились встретиться с мужем, но тот где-то задерживался. Зазвонил телефон и благоверный сообщил, что «торчит в пробке» и будет не ранее, чем через полчаса. Лети она налегке, рванула бы домой общественным транспортом, но куча подарков с юга родным и знакомым была не столько тяжела, сколько объёмна. Пришлось ждать.

Наконец подкатил муж на семейном авто, виновато скоренько чмокнул в щёчку, на Светлану дохнуло перегаром.

– Извини, Свет, вроде всё рассчитал, поправку на придурков за рулём забыл взять. На проспекте два урожая ровно посередине «поцеловались», один ряд только свободным остался. Так что давай в темпе, на работу уже опаздываю, а не хотелось бы. Шеф вторую неделю злющий чего-то...

В салоне запах перегара резко сконцентрировался.

– Что, вчера панихиду по беззаботной холостяцкой жизни праздновал? – съязвила Светлана.

– Не начинай, Свет. Мишка из отдела продаж, ты его знаешь, по случаю отбытия в Турцию на заслуженный отдых проставился. Посидели у нас компанией. Закусил хилая была, вот и растащило малёк. А трезвенником я и до свадьбы себя никогда не позиционировал. Так что не наезжай!

По приезду муж помог занести вещи в квартиру, забежал «на дорожку» по надобности.

Светлана сняла плащ. Дома! Наконец-то дома. Прошла в спальню переодеться в домашнее. На пёстром коврике, знакомом до мельчайшего узора, рядом с прикроватной тумбочкой что-то было не так. Приглядевшись, похолодела. Не хотелось верить, пока не подняла. Цветной яркий квадратик упаковки из-под презерватива. Увы, пустой.

Брезгливо швырнула его на пол, пальцы, помнилось, испачкались силиконовой смазкой. Субстанцией индифферентной, но теперь показавшейся мерзкой. Жгуче захотелось броситься в ванную. И мыть руки, мыть, мыть, мыть...

Заглянул муж:

– Ну, всё. Я помчался! – и осёкся, уловив метаморфозу, произошедшую с женой.

– Это что? – ледяным тоном спросила Светлана, кивнув на место находки.

– Где? – не сразу понял в чём дело муж. Увидел.

В головах у обоих в унисон вспомнилась старая классика. Муж вернулся домой далеко за полночь. Стараясь не шуметь, раздевается, чтобы лечь в кровать. Супруга пробуждается, удивлению её нет предела – на муже женские трусы. Сценическая пауза. Наконец, мужчина произносит: «Дорогая, ну придумай что-нибудь сама. Ты же у меня такая умница!».

В реальности в таких ситуациях не до смеха.

– Это что? – повторила Светлана.

– Понятия не имею! Всё меня нет сегодня придётся задержать буду поздно не жди ложись

А ещё был случай

Из лучших побуждений



без меня пока! – скороговоркой в стиле Джойсовского потока сознания выпалил муж.

Хлопнула дверь. Светлана перешла в зал, упала в кресло. Навалилась апатия. Мыслей, рывшихся в голове, было слишком много для события.

Ну, да. Брак был не безоблачным, но ровным. Второе замужество всё же. Дом – полная чаша. Сын взрослый, на ногах, своя благополучная семья, внучка – золотце...

А вдруг это его проделки, сына! Пока мама в санатории, а папа на работе. Потянуло мальчика на шалости. С готовностью Светлана ухватилась за гипотезу. Загодя даже простила сыновью измену невестке. Хорошая она, но пусть лучше это случится с ней, а не со Светланой!

Машинально переоделась и опять безвольно опустилась в кресло. Всё валилось из рук.

Из раздумий вывела мелодия мобильного. Сын, лёгок на помине.

– Мамуль, как добралась? Как отдохнула? Всё хорошо?

Какой, к чёрту, хорошо! Так и подмывало задать прямой вопрос, сбросить камень с души, но язык не повернулся. И, слава богу!

Потому что следом прозвучал ещё один звонок.

– Света, здравствуйте. Это Михаил, коллега вашего мужа по работе. Вы меня помните?

– Здравствуйте. Вы же должны быть в Турции, Миша, насколько мне известно.

– Ну да. Из Анталии звоню. Безотлагательное дело к вам. Должен жутко извинить-

ся. Вчера у вас дома отвальную экспромтом устроили. Ну так вот... как бы это сказать... У меня с одной коллегой романтическое приключение случилось. Тоже экспромтом. Но вы за постель не волнуйтесь, всё на полу произошло. Только мы спяну пакетик из-под изделия номер два где-то потеряли. Найдётся, это наше. Супругу не выговаривайте. С меня, по приезду, компенсация морального вреда...

Не сказать, что тучи на душе рассеялись до чистого неба, но посветлело.

Телефон опять зазвонил.

Друг семьи. Больше, конечно, близкий мужу. После дежурных расспросов об отдыхе перешёл к главному.

– Я чего звоню, Светик! Ты уж прости, мне любезно было позволено пару часиков у вас дома с моей новой пассивой полюбезничать. Пока твой горел на работе. Сейчас только спохватился, что фантик от средства профилактики забыли в мусор выбросить. Так что ты благоверного не убей невзначай за чужой грех. И это, ты мои принципы знаешь – супружеское ложе свято! За постельное

бельё не беспокойся, на коврике безумствовали. С меня пузырь твоего любимого шампунка во искупление вины...

Светлана стала беззвучно истерически смеяться. Смеялась-смеялась, пока не заплакала. «Слеза всегда смывает что-то, и очищение несёт...».

До конца дня позвонили ещё трое. С аналогичными баснями.

Трудно представить, что её муж прямо просил кого-то выступить в роли своего адвоката. Скорей, в состоянии психологической протрации делился в кулуарах историей, как он по-дурачки «спалился». Или в растерянности звонил друзьям. В надежде на сочувствие и поддержку. А быть может и дельный совет.

И кто-то из них, в меру мужской солидарности и руководствуясь благими намерениями, проявлял инициативу. Грея себя видением: приходит шкода с тяжёлым сердцем вечером домой, а там... Сюрприз! Извини, дорогой, теперь я знаю, что это было не то, о чём я, дура, подумала. Спасибо твоему приятелю имярек.

Разумеется, сюжет каждой из сказок не мог блистать оригинальностью.

...Спустя какое-то время женщина попала ко мне на приём. Как бы по другому поводу. Но разговор во время терапевтических сессий каким-то образом «вырулил» на эту тему, показывая, тем самым, что психологическая травма не до конца утратила остроту. Как мелкий камешек в ботинке: идти какое-то время можно, но не разбежишься. Пока не вытряхнешь.

– Наутро внешне всё пошло своим чередом, – продолжила Светлана. – Но немоготу мне было. Через два месяца взяла отпуск за свой счёт и по горящей путёвке поехала на свой любимый курорт. Муж даже и не пикнул. Там и поправила душевное равновесие. Способом, который, сами понимаете, нетривиальным не назовёшь. Только легче мне от этого сильно не стало. Скорее, даже наоборот. Особенно по возвращении...

Ну что тут скажешь? Гениальный Фрейд, вероятно, признал бы невроз Светланы чем-то средним между тем, что он называл психоневрозом и актуальным неврозом. В справочнике читаем: «В классической теории психоанализа различают следующие типы неврозов. Психоневроз – который обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Существуют различия в симптомах актуальных неврозов и психоневроз, но в обоих случаях симптомы происходят из либидо».

Величие одного из основоположников психотерапии состоит, однако, не в систематизации нозологий. В свои пуритански-зашоренные и далеко не толерантные времена он первым во всеуслышание заговорил о сексуальности человека. И проблемах, вытекающих из бессознательного конфликта биологически детерминированного животного начала с моралью, привнесённой тем или иным социумом.

Теория Зигмунда Фрейда сегодня не только жива, но и развивается, не без элементов аргументированной критики. Что лишь подтверждает во многом её научную обоснованность. И несомненную практическую ценность. За что мэтру отдельный поклон от всего профессионального сообщества.

Юрий СУПРУНОВ,
врач-психотерапевт
высшей категории.

Московская область.

ОТ РЕДАКЦИИ «МГ».

Уважаемые коллеги! Мы в очередной раз представляем вам материал под рубрикой «А ещё был случай». И представляем с удовольствием. Потому что автор этого текста – наш давний товарищ и даже друг, прошедший все перипетии врачебного дела, побывавший в различных жизненных ситуациях.

Мы публикуем этот текст с большой надеждой на то, что вы найдёте часок-другой, чтобы рассказать о своём житейском случае, о котором просто нельзя не рассказать. Ведь жизнь наша состоит из таких

разнообразных фрагментов, которые станут поучительными для других людей. Вы поделитесь частью своего опыта, а многие применят его с пользой для себя или для назидания своим близким.

Пусть это будет забавный или грустный случай – не важно. Главное, что вы поделитесь своим пережитым, облегчите душу или развеселите своего коллегу, который возьмёт в руки профессиональное издание. Важно, чтобы это была интересная история, а мы её напечатаем. Ждём вас на страницах нашей газеты.

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, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегия – А.ПАПЫРИН.

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-07-00232 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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