13 ЯНВАРЯ 2017 г. ПЯПИНЦА № 2 [7720] ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДА Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятни Распространяется в России и других странах мими разти

№ 2 (7720)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Здравоохранение региона: Оренбургская область-

За новыми технологиями следует комфорт

Такие условия созданы в перинатальном центре Оренбурга



В Оренбургском областном перинатальном центре, открытом 27 октября 2016 г., уже родились 1121 ребёнок (557 мальчиков и 564 девочки), из них 14 двоен, проведено выхаживание 12 детей весом менее 1 кг.

В центре созданы комфортные условия для женщин и малышей. Есть отдельные палаты для инвалидов-колясочниц. Сюда доставляют беременных и рожениц, новорождённых с самой тяжёлой патологией, в том числе из отдалённых районов Оренбуржья. используют передовые технологии.

Акушер-гинеколог послеродового отделения Ольга Журлова готовит к выписке молодую маму и её ребёнка

Их внедрение - новые возможности для работы всей службы охраны материнства и детства в области.

Председатель Правительства РФ Лмитрий Мелвелев и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, посетившие перед Новым годом Перинатальный центр, дали ему очень высокую оценку.

- От успеха реализации проекта «Технологии и комфорт – матерям и детям», по которому строятся перизависит и демографическая ситуация,

и будущее наших детей, - сказал Д.Медведев.

Оренбуржье известно многим как безграничный степной край, богатый пшеницей, природным газом, тёплым козьим пухом, из которого вяжут изящные платки. За последние годы он стал территорией стабильного развития, один из примеров которого - перемены в региональном здравоохранении.

Об опыте работы лечебных уч-

Перемены

Телемедицина расширяет границы

Не менее чем в 5 медицинских учреждениях Московской области в нынешнем году будет функционировать система телемедицины. Об этом сообщил председатель Комитета Мособлдумы по вопросам охраны здоровья, труда и социальной политики Алексей Голубев.

«На сегодняшний день в регионе активно разрабатывается система телемелицины. Она уже внедрена в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского. Такой центр будет

организован на базе создаваемого онкологического кластера в Балашихе, также эти системы планируется установить в перинатальных центрах, 3 из которых мы будем открывать в 2017 г. в Коломне, Щёлково, Наро-Фоминске», – пояснил А.Голубев. Он также отметил, что подобные системы намечено внедрить в ведущие исследовательские институты Подмосковья. «Обратная связь будет обеспечена в каждой районной больнице, коллеги смогут через эту систему общаться и осуществлять консультации», - пояснил депутат.

Что характерно, ранее министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова заявила, что российское Правительство в ближайшее время внесёт в Государственную думу РФ законопроект о телемедицине. Также сообщалось, что федеральное правительство может внести в нижнюю палату российского парламента законопроект о телемедицине, и этот документ может быть принят до конца весенней сессии.

Матвей ШЕВЛЯГИН. **МИА Cito!**

Московская область

заведующий кафедрой пластической и челюстно-лицевой хирургии Российской медицинской академии последипломного образования,

Александр НЕРОБЕЕВ,

Мануальные навыки развить легко, но необходимы ментальные навыки и понимание того, когда и кого оперировать.





профессор:

Михаил ГУРЕВИЧ, профессор кафедры терапии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского:

Не следует считать повышение цифр систолического артериального давления проявлением возрастной нормы



Дмитрий РОЖДЕСТВЕНСКИЙ, заместитель начальника отдела координации работ в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий ЕАЭК:

Лекарства – очень сложный и опасный продукт, которым можно легко нанести огромный вред вместо пользы.

Cmp. 12

Профилактика —

Мощный заслон гриппу

Заболеваемость гриппом и ОРВИ за время новогодних праздников стабилизировалась, однако с наступлением будней следует ожидать второй волны эпидемии. Об этом сообщили в Роспотребнадзоре.

В настоящее время точных данных о распространении заболевания в регионах нет. однако известно. что за время новогодних каникул в ряде субъектов РФ произошло снижение уровня инфекции - превышение эпидемиологических порогов отмечается лишь в единичных регионах. Тем не менее в связи с вероятностью возврата эпидемии с приходом детей в сады и школы каникулы в некоторых регионах были продлены до середины января нынешнего года.

По мнению специалистов, снижению заболеваемости способствовало не только отсутствие активных контактов, но и высокий охват населения профилактическими прививками (в прошлом году вакцинацию против гриппа прошли 40% россиян).

Тем не менее Роспотребнадзор рекомендует не прекращать профилактику респираторных заболеваний, так как в связи с возобновлением большого количества контактов грипп снова получит возможность для широкого распространения. В связи с этим ведомство рекомендует родителям детей с признаками заболевания немедленно вызывать врача на дом.

В настоящее время, по данным Аптечной гильдии, повышенного спроса на противовирусные препараты в аптеках нет, однако Росздравнадзор напоминает о необходимости иметь во всех профильных торговых точках неснижаемый запас противовирусных и противо-

простудных лекарств. Примечательно, что в конце минувшего года при Департаменте здравоохранения Москвы начал работу оперативный штаб по контролю за эпидемиологической ситуацией в столице. Специальным приказом руководителя департамента профессора Алексея Хрипуна были организованы мобильные рабочие группы из сотрудников и главных внештатных специалистов, которые в усиленном режиме отслеживали ситуацию с обращениями жителей столицы на станцию скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова, направлением их на лечение.

В целях усиления мероприятий по предупреждению заболеваний ОРВИ и гриппом населения города в эпидсезон 2016-2017 гг. приказом столичного Департамента здравоохранения был утверждён план поэтапного перепрофилирования коечного фонда в стационарах Москвы в период возможной эпидемии гриппа и ОРВИ. Также были организованы дополнительные места для пациентов с ОРВИ и гриппом и реанимационные койки для пациентов с осложнённым течением этого заболевания.

> Яков ЯНОВСКИЙ. **МИА Cito!**

Москва

Hobocmu

Уход должен быть достойным...

В Хакасии открыли второе паллиативное отделение. Как и первое, оно размещено на базе учреждения здравоохранения в одном из районов республики. Всё это значит, что в Минздраве Хакасии приступили к реализации программы развития в регионе паллиативной помощи с создания сети паллиативных отделений для жителей сельской местности.

Два года назад первое такое подразделение на 10 коек круглосуточного пребывания было организовано на базе Новороссийской участковой больницы Алтайского района. В год здесь получают медицинскую помощь и надлежащий уход около 200 неизлечимо больных пациентов. Второе отделение, рассчитанное на 23 койки, разместилось на базе участковой больницы в посёлке Туим Ширинского района. Как подчёркивают в Министерстве здравоохранения республики, при всей подготовленности медперсонала, никто не может заменить тяжело больному человеку его родных и близких, поэтому во вновь открытом паллиативном отделении предусмотрели возможность пребывания рядом с пациентом кого-то из его родственников.

Оба подразделения стационарной паллиативной службы республики имеют статус межтерриториальных, то есть принимают пациентов со всей Хакасии.

Елена БУШ.

Абакан.

Идёт обновление

В торжественной обстановке на главной набережной Астрахани губернатор области Александр Жилкин вручил ключи от машин скорой помощи главным врачам и представителям лечебных учреждений региона.

На церемонии глава региона отметил, что результаты последних 2 лет подтверждают высокий уровень квалификации, подготовки и возможностей астраханских медиков.

– Наша система здравоохранения вошла в пятёрку лучших по России. Кроме того, за год региональная система здравоохранения по линии медицинского туризма обслужила почти 40 тыс. иногородних и иностранных пациентов. Это высокий уровень!, – сказал губернатор и поздравил всех работников сферы региональной системы здравоохранения.

Обновление парка автомобилей скорой помощи в Астраханской области состоялось в рамках госпрограммы по обновлению медицинского транспорта. В сентябре ушедшего года в регион поступило 10 автомобилей, которые уже работают в 7 муниципальных районах области и в автопарке городской станции Центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи. Сегодня в регион поступило ещё 12 «газелей», 6 из которых будут направлены в Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи, остальные передаются в районные больницы Ахтубинского, Лиманского, Черноярского, Красноярского, Приволжского, Камызякского районов.

Все автомобили соответствуют необходимым требованиям безопасности и укомплектованы системой ГЛОНАСС, медицинской аппаратурой, позволяющей оказывать пациентам быструю и эффективную помощь.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

Тысячная пересадка почки в Кузбассе

В центре трансплантации органов, действующем на базе Кемеровской областной клинической больницы им. С.В.Беляева, выполнена тысячная трансплантация донорской почки.

– Такие масштабы операций присущи крупным федеральным центрам пересадки донорских органов, – подчёркивает руководитель кемеровского центра трансплантации, главный трансплантолог Минздрава Кузбасса Александр Сальмайер.

«Юбилейной» пациенткой оказалась жительница одного из малых городов Кемеровской области. В анамнезе у женщины – гломерулонефрит, который со временем развился в хроническую почечную недостаточность. Жизнь превратилась в череду поездок и стала жёстко зависеть от графика процедур гемодиализа...

Трансплантологи предложили альтернативный метод лечения – пересадку донорского органа, обещавшую избавить пациентку от «короткого поводка», привязывавшего её к искусственной почке.

По словам доктора А.Сальмайера, ранний послеоперационный период у женщины, перенёсшей «юбилейную» трансплантацию, проходит нормально, донорская почка функционирует правильно.

Кемеровский центр трансплантации органов был создан на базе областной клинической больницы в 1969 г. и стал одним из шести первых центров трансплантации в СССР. Минувший год для трансплантологов этой больницы оказался особенно продуктивным: к настоящему времени здесь проведено уже 63 пересадки почки. Предыдущий рекорд был установлен в 2014 г., когда центр выполнил 56 трансплантаций и занял третье место в России по количеству трансплантаций почки.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

Конкурсы

Профессионализм и милосердие идут рядом

Качество здравоохранения во многом определяется работой среднего медицинского персонала

Расширяется спектр высокотехнологичных видов медицинской помощи, повышаются требования и к качеству работы медсестёр.

Сегодня они являются не просто исполнителями врачебных назначений, но и специалистами, принимающими самостоятельные решения. Ведь медсёстры отвечают и за физическое, и за эмоциональное состояние больного. Недавно состоялся региональный Самарский этап чемпионата «Молодые профессионалы» (WorldSkillsRussia). Это международное некоммерческое движение, целью которого является повышение престижа рабочих профессий и развитие профессионального образования путём гармонизации лучших практик и мировых профессиональных стандартов. Региональный чемпионат прошёл, в том числе по двум медицинским компетенциям: «Медицинский и социальный уход», «Лабораторный медицинский анализ». В мероприятии приняли vчастие около 800 участников и экспертов более чем из 70 образовательных организаций региона - школ, колледжей, техникумов и вузов, а также 13 предприятий

По итогам чемпионата в компетенции «Медицинский и социальный уход» второе место заняла А.Иванова – медицинская сестраанестезист отделения реанимации и интенсивной терапии Клиник Самарского государственного



А.Иванова принимает поздравления

медицинского университета. По словам проректора по клинической работе, главного врача Клиник СамГМУ, профессора А.Сониса, многопрофильность Клиник СамГМУ даёт возможность работать в анестезиологии и реаниматологии, стать операционной медсестрой, специализироваться на различных заболеваниях, можно осваивать рентгенологию, функциональную и лабораторную диагностику. «Руководство клиник старается обеспечить все возможности для карьерного роста сестринского

персонала, для получения высшего сестринского и высшего медицинского образования», – отметил он. И напомнил, что начало самостоятельной работы – сложный этап для любого человека, но интересный и очень важный. Только пройдя через него можно получить настоящий профессиональный опыт, воспитать в себе милосердие и нравственность.

Владимир РЕЗНИКОВ, внешт. корр. «МГ».

Признание ———

Медицинский «Оскар» — вновь у ставропольских психиатров

Ставропольская краевая психиатрическая больница № 1 второй год подряд признана лучшим в стране учреждением по профилактике ментальных расстройств.

Итоговое заседание ассоциации психиатров Ставропольского края началось с приятной новости, которую озвучил главный врач Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1 Олег Боев: «Коллеги, я вас поздравляю, мы выиграли конкурс в номинации «Психообразование»!»

Конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья» является главным в области психиатрического направления среди медицинских учреждений России, а сами врачи неформально называют его «психиатрическим «Оскаром».

Организуется этот престижный конкурс Общественным советом при главном психиатре Минздрава России, и ежегодно за звание лучшей лечебницы борются десятки больниц из разных регионов России.

Церемония награждения победителей IX Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика Т.Б.Дмитриевой проходила недавно в Москве. Диплом 1-й степени главному врачу Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1 вручил член-корреспондент РАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ Юрий Александровский.

– Психообразование включает в себя 3 категории: обучение персонала, работу с пациентами больницы и просвещение населения, – по-

ясняет О.Боев. – У нас было более 35 часов радиоэфира, около 250 репортажей в печатных и электронных СМИ, проведено колоссальное количество лекций и семинаров для родителей и старшеклассников общеобразовательных школ. Федеральным центром отмечено, что у нас самое системное, поступательное и всеобъемлющее развитие профилактического направления. Они видят результат и рекомендуют распространять наш опыт на все регионы России.

Благодарность за отличную работу психиатрической службы края направлена также министру здравоохранения Ставропольского края Виктору Мажарову.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Тенденции

Скорая на высоте

Бригады скорой помощи в Подмосковье в прошлом году совершили выезды по 2 млн вызовов, время прибытия бригад составило менее 20 минут. Об этом сообщил министр здравоохранения Московской области Дмитрий Марков.

Руководитель регионального ведомства пояснил, что в минувшем году в Московской области проведена большая работа по совершенствованию системы скорой медицинской помощи. Усилилась централизация управления службой, для чего был создан центр управления и мониторинга на базе Московской областной станции скорой помощи. Центр позволяет управлять всей системой «скорой» в режиме реального времени. Вы

зов бригад переведён на единый номер спасательных служб «112».

«В этом году для обновления автопарка скорой помощи в Московской области был закуплен 101 автомобиль, в числе которых 25 реанимобилей. По федеральной программе получено ещё 45 машин, 30 из которых поступят в начале 2017 г.», – добавили в министерстве.

Валентин СТАРОСТИН.

Московская область.

100 строк на размышление ---

По данным официальной статистики, в России ежегодно регистрируется около 25-30 тыс. случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, а по результатам исследований отечественных учёных показано, что они могут поражать до 5-10% пациентов, находящихся в стационарах страны. Об этом недавно сообщили в Роспотребнадзоре. Данная проблема, по мнению экспертов, связана с формированием и широким распространением госпитальных штаммов возбудителей болезней, обладающих тотальной резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, что существенным образом влияет на качество лечения пациентов и эффективность профилактических мероприятий.

Если подойти строго по показаниям...

Резистентность - резистентностью, однако само пребывание пациента в стационаре чревато возникновением у него госпитальной инфекции. И данная проблема в нашей стране носит не сугубо научно-клинический характер, но и (что не менее, а то и более опасно) социальный. Такова наша ментальность - если vж лечиться, то исключительно в условиях стационара, в то время как в экономически развитых странах 70% медицинской помощи оказывается амбулаторно. Больницы предназначены лишь для купирования острых ситуаций и обострений хронической патологии.

В России же большинство пациентов твёрдо убеждены: уровень больничных докторов на порядок выше их поликлинических коллег. Нередки случаи, когда врач поликлиники говорит больному: «Я не знаю, что с вами делать - идите в больницу», в то время как амбулаторный врач и врач стационара имеют абсолютно одинаковые сертификаты, прошли одинаковую подготовку как в вузе, так и на последипломном этапе. Более того, их возможности в плане чтения профессиональной литературы и посещения различных отраслевых мероприятий абсолютно равны. Совершенно неважно, где ты работаешь - в поликлинике или стационаре.

К сожалению, «социальное» наследие медицины советских времён перенеслось и на нашу действительность. «Все эти россказни о том, какая великолепная v нас была медицина в те времена - банальное преувеличение, мягко говоря. Другое дело – была прекрасная социальная помощь. Все лекарства между тем пациенты получали бесплатно, по 3 недели лежали в стационаре и т.д.», - справедливо негодует доцент кафедры факультетской терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Антон Родинов.

«Начиная с середины прошлого столетия, у нашего населения выработалась иждивенческая позиция по отношению к своему здоровью: было выгодно сидеть на больничном, лежать в стационаре – бесплатно питаться и получать лекарства. Не особо эффективные, кстати», – с грустью констатирует главный кардиолог Минздрава России академик РАН Ирина Чазова.

Необходимо учитывать, что речь идёт о социальной, а не медицинской составляющей медицинской помощи населению, к которой наши люди очень привыкли. К сожалению, эти атавизмы довлеют над россиянами и по сей день, в то время как современная поликлиника оборудована всем необходимым для эффективного ведения пациентов, профилактики и своевременной лиагностики у них всех без исключения патологий. Вне всякого сомнения, «амбулаторный» подход к своему здоровью со стороны населения существенно сократит количество внутрибольничной инфекции, обусловленной в значительной степени госпитализацией больных безо всяких на то показаний.

«Стационар – это медучреждение, предназначенное для лечения острых состояний, а также купирования обострений хронической патологии. «Хроники» вне обострения не нуждаются в стационарном лечении, их ведут амбулаторно», – резонно полагает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ Леонид Печатников.

Ну а что касается проблемы резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам, то нашим докторам просто-напросто необходимо избавиться от столь любимых принципов ведения больных с заболеванием, вызванным бактериями, «из пушки по воробьям» и «на всякий случай». Вместо этого им следует перманентно и непрерывно изучать международные рекомендации по ведению пациентов с той или иной бактериальной патологией. Там всё чётко и ясно прописано. От и до, как говорится.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Юбилеи

Поздравляем!



16 января исполняется 50 лет организатору и директору клиники ЭКО «АльтраВита» Сергею Александровичу Яковенко.

С.Яковенко родился в Москве, окончил физический факультет Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова по

специальности «биофизика» в 1990 г., после чего стал работать на кафедре биофизики физического факультета университета. В 1995 г. защитил кандидатскую диссертацию.

Как квалифицированный специалист по методам электропорации клеточных мембран, работал по приглашению в лабораториях экстракорпорального оплодотворения и клонирования животных Университета штата Висконсин и в биотехнологической компании Infigene, Inc (США). Приобретённый там опыт эмбриологической работы Сергей Александрович далее развил при прохождении специализации по курсу «Новые технологии в области репродуктивной медицины» в лаборатории профессора Б.Леонова Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова.

Большой интерес к научным и экспериментальным проблемам ЭКО привел к тому, что в 2002 г. Сергей Александрович совместно с коллективом специалистов в области лечения бесплодия открыл и возглавил клинику «АльтраВита» (ООО «ЭКО центр»). В январе 2003 г. в клинике «АльтраВита» была получена первая беременность в цикле ЭКО.

В настоящее время клиника репродукции «Альтра-Вита» является специализированным научно-практическим центром, в котором проводятся клинические и фундаментальные исследования в области репродукции человека, биофизики и эмбриологии.

В клинике внедрены современные японские репродуктивные технологии: контролируемая щадящая

стимуляция яичников, сверхбыстрое замораживание (витрификация) яйцеклеток и эмбрионов. Создан первый в России криобанк витрифицированных донорских яйцеклеток и эмбрионов.

Внедрён современный метод визуализации веретена деления яйцеклетки для предотвращения его повреждения при проведении ИКСИ.

Под руководством С.Яковенко разработана уникальная методика отбора сперматозоидов с минимальной фрагментацией ДНК – метод NASUM (Native Assessment of Sperm Ultramorphology), создан и внедрён принципиально новый инструментальный метод переноса эмбрионов в полость матки, при котором значительно повышается эффективность процедур ЭКО, протокол профилактики синдрома гиперстимуляции яичников в программах ЭКО.

Успешная работа клиники «АльтраВита» во многом обусловлена высокими организаторскими способностями Сергея Александровича.

Будучи членом отечественных и международных научных обществ в области репродукции, Сергей Александрович систематически пропагандирует на ежегодных конференциях достижения руководимого им научного коллектива и, в свою очередь, активно внедряет в практику клиники последние достижения мировой фундаментальной и клинической науки.

Он успешно сочетает работу директора клиники с научной работой в должности старшего научного сотрудника кафедры биофизики МГУ им. М.В.Ломоносова. Там же он ведёт большую педагогическую работу, читая курсы лекций «Современные клеточные технологии» и «Биофизика репродуктивных технологий» и осуществляя руководство курсовыми и дипломными работами студентов кафедры.

С.Яковенко – автор более 170 научных публикаций, в том числе изобретений, успешно применяющихся в репродуктивной медицине и повышающих эффективность лечения.

Для него характерна активная жизненная позиция, способность к внешне не заметной, но эффективной разнообразной помощи людям, в ней нуждающимся.

Коллеги и друзья поздравляют Сергея Александровича с юбилеем и искренне желают здоровья, бодрости, счастья, дальнейших больших успехов в научном и педагогическом труде.

Демография

Равняясь на хабаровчан

В рамках «круглого стола» «Социальное партнёрство: поддержка семьи, защита материнства и детства на Чукотке православной церковью, властью, бизнесом и гражданским обществом», который прошёл в Анадырской и Чукотской епархиях, Ольга Пономарёва, член совета международной общественной организации «Союз православных женщин», эксперт по вопросам семьи, женщин и детей Государственной Думы РФ предложила создать на Чукотке медико-психологический центр доабортного консультирования. Такая мера, по её словам, поможет улучшить демографические показатели округа.

«Центры стараются помочь женщинам, которые хотят отказаться от ребёнка и сделать аборт. Наша задача – помочь им сделать правильный репродуктивный выбор. Женщины также могут быть в процессе развода, отказа от ребёнка, испытывать насилие в семье. Мы рекомендуем правительству округа создать такие центры на Чукотке. Они являются тем самым психологическим звеном, которое по-

могает закрепить государственные меры по улучшению демографии в стране, центры могут стать той самой необходимой общественной, церковной и психологической скрепой для женщины, чтобы она сделала правильный выбор», – отметила О.Пономарёва.

Эксперт предложила правительству Чукотки перенять опыт коллег из Хабаровского края, где такие центры созданы во всех муници-

пальных образованиях. И они уже доказали свою эффективность. В них работают профессиональные психологи, и количество женщин, которые принимают решение в пользу материнства, достигает 30%. Этот показатель выше, чем в среднем по России.

Она также добавила, что максимальная эффективность в работе центров достигается тогда, когда включается механизм частно-церковно-государственного партнёрства, когда есть финансирование благотворительных фондов, административный ресурс государства и работа церкви. В них должны работать, прежде всего, психологисвященники.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Анадырь.

Oghako -

Столичные жители стали меньше употреблять алкогольные напитки, в том числе и в праздничные дни. Об этом во всеуслышание чётко заявил главный нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Евгений Брюн.

«До 2014 г. после больших праздников в городе на 15–20% традиционно росло количество обращений к наркологам и госпитализаций из-за злоупотребления алкоголем по сравнению со среднегодовыми показателями. А последние 3 года число обращений в праздничные дни растёт лишь на 5%», – констатировал Е.Брюн.

По словам этого видного специалиста, жители столицы стали более ответственно относиться к потреблению алкоголя, а также более цивилизованно стал регу-

Развенчаем ещё один миф?

лироваться алкогольный рынок. Причиной для этого послужило и то, что Москва «преобразилась» и появилось много мест для досуга, где можно провести свободное время.

Е.Брюн также сообщил, что на учёте как страдающие алкоголизмом стоят 80 тыс. москвичей, то есть меньше 1% от населения столицы. «В странах, где есть свободная продажа спиртного, наблюдается примерно одинаковое распределение: 2% населения страдают алкоголизмом с психическими расстройствами, 10% – алкогольстами (т.е. алкоголь стал причиной хронических заболеваний – прим. ред.) и ещё 10–20%



населения относятся к категории злоупотребляющих алкоголем».

По словам главного нарколога страны в целом и столицы в частности, утверждение, что россияне пьют больше всех, – это миф. «В России за год совершеннолетний гражданин выпивает примерно 12,8 л алкоголя. Это уровень потребления, сопоставимый с Европой, США, Австралией. Мы ничем не отличаемся», – пояснил он.

Между тем, по данным экспертов Общественной палаты, самыми «употребляющими» регионами России (с наибольшим в процентном соотношении количеством алкоголиков) признаны Магаданская и Амурская области, Чукотский автономный округ, Республика Коми.

Ян РИЦКИЙ. МИА Cito!

Москва

- Галина Петровна, в Оренбурге открылся новый перинатальный центр. Как повлияет его работа на всю трёхуровневую систему оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорождённым в области?

– Открытие в Оренбурге областного перинатального центра на 170 коек стало для региональной медицины ключевым событием года.

Новое учреждение возведено в рамках программы строительства перинатальных центров России. Оренбуржье вошло во второй этап программы, и на этом этапе наш объект открыт одним из первых. Меньше чем за год на площади в 26,5 тыс. м² построено 7-этажное здание. Выполнены современные отделочные работы, благоустройство и озеленение территории.

Новейшее оборудование, передовые технологии, подготовка специалистов на федеральных базах, комфортность помещений, продуманные дизайнерские решения, соловом, областной перинатальный центр стал значимым объектом, визитной карточкой оренбургского здравоохранения.

Центр соответствует всем требованиям, предъявляемым к учреждениям родовспоможения самого высокого, третьего уровня. В арсенале специалистов – всё необходимое для выхаживания новорождённых с экстремально низкой массой тела и корригируемыми врождёнными пороками развития, для проведения родов женщин с патологией репродуктивной сферы, а также соматическими заболеваниями – сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями и др.

Мы предполагаем, что количество женщин, которые будут рожать в этом центре, увеличится до 5 тыс. Из отдалённых территорий области они будут прибывать в перинатальный центр заблаговременно, на сроке 37 недель. Это обеспечит безопасное и качественное проведение родов и будет способствовать снижению младенческой смертности - важнейшего критерия эффективности работы здравоохранения. Такая задача подчёркнута в послании Президента России к Федеральному собранию. Возможности для этого в регионе есть.

С учётом особенностей территории

Поставлена амбициозная задача – работать на уровне мировых стандартов. Планируем развивать неонатальную и фетальную хирургию, а также внутриутробное переливание крови при резусконфликтной беременности; использовать технологии кровосбережения при кровотечениях. И первые шаги в этом направлении уже делаются.

- Сложный вопрос - выхаживание маловесных, недоношенных детей. Есть ли в территории всё необходимое, чтобы проводить лечение и реабилитацию таких маленьких деток на самом современном уровне?

– С 2012 г., с переходом России на критерии ВОЗ по определению жизнеспособности новорождённого, мы учитываем абсолютно каждого младенца, рождённого весом от 500 г. В области созданы условия для оказания медицинской помощи и выхаживания таких крошек. Эта работа на должном уровне ведётся в областном и городском клиническом перинатальном центрах Оренбурга.

У каждого региона есть свои особенности, в том числе географические, диктующие нюансы в организации работы. Специфика Оренбуржья - в большой протяжённости с запада на восток, удалённости населённых пунктов, низкой плотности населения. Вся большая территория Оренбургского края условно разделяется на центральную, западную и восточную зоны; соответственно, работа выстраивается так, чтобы доступность медицины была обеспечена жителям даже самых отдалённых населённых пунктов.

Из первых уст

Ставим амбициозные задачи!

За последние три года объёмы ВМП оренбуржцам увеличились почти на 40%



Два года назад при поддержке губернатора области Юрия Берга в области организованы два межрайонных перинатальных центра в западной и восточной зонах региона на базе городских больниц Орска и Бузулука. Это существенно укрепило службу родовспоможения, приблизило современные возможности медицины к сельским жителям. Тем не менее мы заняли твёрдую позицию: при родах, начавшихся на сроке беременности до 32 недель, все будущие мамочки должны транспортироваться в Оренбург. Надёжность транспортировки женщин в случае преждевременных родов обеспечивает применение дорогих, но очень эффективных препаратов, которые замедляют родовую деятельность и позволяют женщине в сопровождении медика доехать до учреждения третьего уровня. В прошлом году 16 таких транспортировок помогли благополучно появиться на свет маленьким оренбуржцам в качественных и безопасных условиях, а затем пройти необходимые этапы выхаживания.

Но, наверное, проблем ещё достаточно...

Безусловно, несмотря на достижения, у нас немало вопросов, требующих решения. Это проблемы кадров, повышения квалификации сотрудников. Нуждается в совершенствовании взаимодействие районных акушеров-гинекологов со специалистами реанимационно-консультативного центра (с подразделениями «РКЦ-мама» и РКЦ-дети»), который в круглосуточном режиме действует на базе городского клинического перинатального центра Оренбурга и в сложных ситуациях приходит на помощь коллегам из территорий области.

В области 39 учреждений родовспоможения, из них 30 учреждений первого уровня, 5 – второго и 4 – третьего. Они капитально отремонтированы, на это потрачено 524 млн руб. Во всех районных больницах имеются родильных залы с реанимационным оборудованием, наличием персонала с сертификатами специалистов.

Ликвидированы проблемы с оснащением и обеспечением лекарственными препаратами.

В области трудятся 513 акушеров-гинекологов, 86 неонатологов, 918 акушерок. В арсенале службы – 9 реанимобилей с кювезами.

Как можно охарактеризовать бюджет 2017 г. с позиций здравоохранения?

– Бюджет области социально ориентирован. Около 70% от общей суммы расходов направляется на социальную сферу. На развитие региональной медицины – третья часть областного бюджета.

В приоритете у региональной власти

Надо сказать, в службе родовспоможения ситуация достаточно благополучная. Из средств ОМС запланировано повышение расходов на материнство и детство на 10%. Кроме средств ОМС, служба получает поддержку за счёт родовых сертификатов. Они становятся реальным, существенным подспорьем для того, чтобы приобретать новейшее оборудование, действенные препараты.

Охрана материнства и детства в приоритете деятельности региональной власти. Например, как в прошлом году, так и на текущий год бюджет области предусматривает закупку синагиса, применение которого надёжно защищает от опасных инфекций маловесных деток, а также малышей, перенёсших реанимацию после рождения. Не каждый регион берёт на себя такие бюджетные обязательства. У нашей власти есть правильное понимание вопроса.

Средства областного бюджета направляются на обеспечение медикаментами детей до 3-летнего возраста, а также детей до 6 лет из многодетных семей. Областью принят закон о мерах социальной поддержки по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до 3 лет. На эти цели в 2016 г. направлено 118 млн руб.

ская область получила высокую оценку на Всероссийском совещании по охране здоровья матери и ребёнка. Его провёл в столице Оренбуржья в режиме видеоконференции с регионами председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

О достижениях и проблемах

В прошлом году Оренбург-

О достижениях и проблемах работы этой важной службы беседа внештатного корреспондента «Медицинской газеты» Натальи Чепургиной с заместителем министра по организации медицинской помощи детям и родовспоможению Минздрава Оренбургской области Галиной ЗОЛЬНИКОВОЙ.

Оказывается поддержка женщинам, страдающим бесплодием. В прошлом году на западе и востоке области были открыты филиалы областного центра охраны здоровья семьи и репродукции.

Часто ли приходится направлять больных в федеральные центры в Москву, Санкт-Петербург, другие регионы, или ВМП в основном оказывается непосредственно в Оренбурге?

- Многие виды высокотехнологичного лечения оренбуржцы могут получить, не покидая пределов области. В клиниках Оренбуржья выполняются операции на сердце и сосудах, восстановительные операции на позвоночнике, проводится высокотехнологичное выхаживание новорождённых (в том числе с экстремально низкой массой тела), эндопротезирование суставов, трансплантация почки, микрохирургические восстанови-

тельные операции на кисти. Высокотехнологичное лечение получают пациенты с офтальмологическими, онкологическими заболеваниями и многие другие. Ежегодно более 500 оренбурженок имеют возможность бесплатно получить высокотехнологичное лечение методом ЭКО, позволяющее родить желанного ребёнка.

За последние 3 года объёмы ВМП оренбуржцам увеличились почти на 40%. При этом на три четверти рост обеспечен за счёт развития передовых технологий в клиниках области.

Произошедшее за последние 4 года почти двукратное увеличение финансирования высокоспециализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (с 900 млн до 1,6 млрд руб.) дало закономерный результат. Число медицинских организаций области, оказывающих ВМП, возросло с 12 до 16. Расширился перечень методов — сегодня областными специалистами освоено почти 400 различных методов лечения.

В федеральные клиники и центры ежегодно направляются более 3 тыс. оренбуржцев. Но это только четвёртая часть от общего числа получающих высокотехнологичное

лечение. Остальные лечатся в медицинских организациях, расположенных в области.

Младенческая смертность уменьшилась

- Что показывает статистика?
 Как изменились за последние годы показатели в материнской и младенческой смертности в области?
- В 2015 г. в области зарегистрировано снижение младенческой смертности на 29%; за 11 месяцев 2016 г. этот показатель уменьшился на 8,8% в сравнении с аналогичным прошлогодним периодом. Материнская смертность за последние 4 года снижена вдвое, и тенденция сохраняется. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в ходе визита в Оренбургскую область в феврале 2016 г. назвала эти показатели главным достижением регионального здравоохранения.

Это результат организационных мероприятий – жёсткого соблюдения протоколов оказания помощи, правильной маршрутизации беременных, внедрения современных технологий, повышения квалификации специалистов, в том числе реаниматологов и неонатологов.

- Как вы оцениваете состояние здоровья будущих матерей и рождающихся малышей в регионе? Есть ли какие-то региональные отличия в заболеваемости?
- Нельзя сказать, что в популяции Оренбуржья есть какие-то отличия от населения других территорий. Мы, конечно, вписываемся в общую картину.

Вопросы материнства и детства мне очень близки не только по должности, но и как врачу акушеру-гинекологу с большим стажем практической работы. Сегодня сделан акцент на профилактику, мотивацию на здоровый образ жизни, сохранение здоровья. В том числе здоровья репродуктивного. Поскольку путь к счастливому материнству, рождению здоровых детей начинается издалека, мы делаем ставку на молодое поколение. Активно работая с молодёжью, ищем нескучные, креативные формы. Стали традицией областные фестивали молодых семей. Проводятся молодёжные ток-шоу «И секреты, и советы», где со школьниками, студенчеством встречаются ведущие специалисты области – педиатры. гинекологи, андрологи, дерматовенерологи, психологи. И знаете, в ходе откровенных диалогов выясняется, что молодому поколению важны не только дальнейшая карьера, успешность, достаток, но и желание жить долго и качественно, иметь семью, детей и, конечно, иметь крепкое здоровье как основу всех будущих свершений. «Мода на здоровье», о чём сегодня много говорится, становится для молодых не просто фигурой речи, а наполняется реальным смыслом. Это очень обнадёживает.

Ваши пожелания коллегам в наступившем новом году...

- Дорогие коллеги, у нас высокая миссия - служить людям, быть милосердными. Примите самые добрые пожелания - крепкого здоровья, профессиональных успехов и уверенности в том, что вами избран правильный путь. Мира и добра - вам и вашим близким!

В Оренбургской области проживают 128 больных с пересаженными органами. В одной из таких операций, ещё проходя ординатуру, участвовал Александр Селютин, ныне заведующий отделением трансплантации органов городской больницы № 1 Оренбурга и главный специалист области по трансплантологии. Он окончил Оренбургский государственный медицинский университет, затем учился в НИИ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, работал в НИИ урологии в Москве. Там он провёл первую в своей жизни пересадку почки. Когда в родном городе задумались об открытии специального отделения трансплантации, то пригласили именно Александра Александровича. Первая операция прошла в ноябре 2014 г. Сначала речь шла только о родственных пересадках, но затем пришли и к трупной трансплантации, которую здесь впервые провели в начале 2016 г. Сейчас годовое количество операций по пересадке органов достигло 31. Почему сложно увеличить эту цифру, - в интервью нашего корреспондента.

Александр Александрович, сразу о главном. Как вы считаете, какая сейчас основная проблема в российской трансплантологии?

– Она одинакова для всех стран. Это нехватка донорских органов. Мы сделали огромный скачок за последние 2 года в области органного донорства. Оперировать умеем, лечить – тоже. Хоть каждый день можем делать операцию, а органов не хватает. Пока ни выращивать, ни печатать на 3D-принтере их не научились.

Цифры таковы: в 2014 г. мы пересадили 4 почки, в 2015 г. – 18, в 2016 г. – 31. А статистика говорит следующее: 3 донора на 1 млн населения, больше невозможно. Соответственно, если в Оренбургской области проживают 2 млн человек, можно рассчитывать на 6 доноров, то есть 12 почек, не считая родственные трансплантации. И становится очевидным, например, что нет смысла содержать ещё одно аналогичное отделение на этой территории, потому что всё упирается в эту статистику.

Тем не менее в этом году было уже 8 доноров, и мы продолжаем работать, может быть, ещё выйдем на более высокие показатели (интервью состоялось в декабре).

- Какая сейчас очередь на пересадку? Как выглядит Оренбург по сравнению с другими регионами?
- Сейчас на кадаверную почку у нас в листе ожидания стоит 80

органов в Приволжском федеральном округе. Получается, что, осуществив трансплантацию, мы спасли жизни 16 человек на 1 млн населения. В Москве аналогичный показатель – 15. В Самаре – ещё меньше. Таким образом, исходя из нашего населения, всё неплохо. Ведь трансплантация оценивается не по абсолютным количественным показателям, а по относительным. – Сколько времени длится

Сколько времени длится типичная трансплантация?

- Здесь самое главное - опыт и сработанность сотрудников. В составе бригады у нас 3 хирурга,

что делать. Очень многое зависит и от медицинских сестёр.

А забором органов занимается отдельная бригада?

- Нет, это те же самые врачи, что и проводят операции. Но, естественно, диагноз смерти мозга ставят другие специалисты. Сегодня такой вердикт в основном получают не пострадавшие от травм в ДТП, а больные, впавшие в кому после перенесённых сосудистых катастроф.
- За чей счёт осуществляются операции?
- Все операции и необходимые медикаменты для пациентов бес-

Кстати, у нас в планах – приобретение мембранных оксигенаторов. Для обогащения крови кислородом их можно подключать вместо аппарата ИВЛ.

Расскажите, пожалуйста, какой-нибудь случай, который вам особенно запомнился?

 Я оперировал одну женщину, ей пересадили почку. И вот через какое-то время её привозят в отделение, всю в отёках. Она собиралась замуж и поехала с будущим мужем на неделю отдыхать на озеро, ну и забыла про таблетки. И вот она у нас в отделении, в крайне

Mmozu u npozhozbi —

В планах — пересадка печени

Основная проблема трансплантологии — нехватка донорских органов, считает главный специалист по трансплантологии Минздрава Оренбургской области Александр Селютин



Трансплантация почки

человек. И существует отдельная очередь на родственную трансплантацию. Я думаю, Оренбург имеет хорошие показатели. Наша область – лидер по пересадке

каждый владеет своим этапом. Когда мы начинали, операция продолжалась по 8-10 часов. Сейчас это время сильно сократилось благодаря тому, что каждый знает, платны, на эти цели идут деньги областного бюджета. В 2015 г. только на лекарства для этих больных было выделено 20,5 млн руб. из бюджетов всех уровней.

Сейчас речь идёт в основном о пересадке почки. Как обстоят дела с другими органами?

- Мы осуществляем не только пересадку почки, но и поджелудочной железы. Что касается второй, то это тяжёлая операция. Орган приживается очень трудно. Основные сложности именно в послеоперационном периоде. Однако мы уже провели одну операцию по трансглантации целиком панкреатодуоденального комплекса.

В планах – пересадка печени. Планируем провести первую такую операцию к концу 2017 г. Для этого нужно ещё дооснастить отделение. А вот для трансплантации сердца у нас слишком маленький регион, мало доноров. Ведь нужно набрать 3-4 донора с подходящими критериями для наших оренбургских больных...

тяжёлом состоянии, с огромным отёком. А под окнами — все гости со свадьбы, мол, отпустите её в ЗАГС, расписаться. В результате ей пересадили второй раз почку. Первый раз почку отдал отец, второй раз — мать. Тогда мы с ней сильно поругались. Сейчас вроде исправилась, каждые две недели приходит, сдаёт анализы.

Мы также уделяем большое внимание социализации пациентов. Внушаем им – хватит сидеть. Обязательно рекомендуем куда-то устраиваться на работу, необязательно на сложную. У нас есть две молодые девушки, которым пересадили почки, они увлекаются фитнесом. Один парень после трансплантации активно занялся здоровым образом жизни и настолько «подкачался», что мы его в шутку называем Шварценеггер. Есть и такие, которые заводят семьи, рожают детей. За таких мы радуемся больше всего. Необходимо возвращаться в общество, надо жить дальше. Иначе зачем и ради чего вообще всё это было?

Ориентиры –

В областном центре Оренбуржья открылось учреждение, работающее по методике АВАтерапии, одобренной Всемирной организацией здравоохранения и применяемой во многих странах мира. В новом центре «Смелые шаги» созданы все условия для индивидуальной работы с детьми с диагнозом аутизм. В регионе насчитывается около 130 детей с расстройством аутического спектра.

Снизить частоту проблемного поведения ребёнка, помочь развиваться речи и обучить его по индивидуальному образовательному плану – задача не только медиков. Поэтому Областная клиническая психиатрическая больница № 1 вышла с инициативой не только создания нового центра, но и совместной работы с педагогическим колледжем. Это предложение было поддержано педагогами, и началось сотрудничество в интересах детей-аутистов.

Центр «Смелые шаги» – третий подобный в России. Пилотный проект по оказанию комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с нарушениями развития нервной системы работает в Воронеже и Новосибирске.

В чём суть программы реабилитации? Как осуществляется поддержка семей, где воспитываются дети с особенностями развития? Исчерпывающие ответы корреспондент «МГ» получил от главного врача областной клинической психиатрической больницы № 1 Елены Крюковой и главного детского психиатра Минздрава области Светланы Паляевой.

Смелые шаги

В Оренбурге реализуют уникальный проект по оказанию помощи детям-аутистам

- Мы открыли центр «Смелые шаги», пригласив туда работать врачей-психиатров, клинических психологов, логопедов-дефектологов. И сразу обнаружилось, что пациентов достаточно много. А когда их число в очередной раз прибавилось, стала понятна необходимость открыть ещё и дневной детский стационар на 50 мест, вести амбулаторный приём. Следующим шагом стало создание клиники семейной психотерапии. Пока ребёнок занимается с врачом, психотерапевтом и психологом, родители получают консультации у психотерапевтов и психологов для взрослых, объясняющих, как нужно заниматься с детьми, как себя вести в сложной ситуации. Дети идут к нам без страха, потому что их встречают сотрудники без белых халатов. Для родителей здесь нет пугающей вывески: «психиатрическая больница».

Новое подразделение создано в апреле 2016 г. С самого начала проекта мы получали поддержку министра Тамары Семивеличенко. В настоящее время 60 детей с диагнозом аутизм проходят лечение. За время работы сформировалась общая концепция, понимание, какая помощь нужна таким детям.

Тема аутизма – специфическая. Родители замечают: с развитием ребёнка что-то не так. Начиная с 3 лет, в рамках профилактических осмотров проводится скринингдиагностика на выявление аутизма.

При проявлении его признаков ребёнок направляется к участковому психиатру, и, если диагноз подтверждается, направляют в центр «Смелые шаги». В дневном стационаре имеется возможность комплексного обследования и лечения таких детей. При этом ребёнок не отрывается от дома, школы, детского садика.

Светлана Паляева:

- Мы стали известными, к нам со всех районов стекаются маленькие пациенты с родителями, они хотят наблюдаться, так как в центре оказывается комплексная помощь.

Что касается первых результатов, то их можно подвести через год. Лечение – превентивное, поступательное. Это не операция, позволяющая разом, радикально решить проблему. Это многоступенчатая система. Специалисты прошли обучение, освоены специальные методики. Если говорить об общих первых успехах: дети начинают больше общаться с родителями, сверстниками. Становятся более способными к обучению. Многие уже посещают детские сады. Всё направлено на то, чтобы дети вписались в «социум».

ались в «социум». **Елена Крюкова:**

- Заключён договор по межведомственному взаимодействию между Минобразованием и Минздравом области, в рамках которого дети с диагнозом аутизм проходят обучение на базе педколледжа, в комфортной для них обстановке. Это взаимный интерес. Педагоги нуждаются во врачах, а мы нуждаемся в педагогах. Есть в России уникальные инклюзивные классы. Там особые дети учатся на дому. Но чтобы достигнуть такого содружества медиков и педагогов, нужно пройти серьёзный путь.

Основное зерно подхода к реабилитации и лечению детей – грамотные врачи-психиатры. Наши маленькие пациенты – как хрустальные статуэтки. Мир кажется таким детям чересчур ярким, звуки – чересчур громкими, резкими. Им нужен маленький домик, в котором они могут спрятаться, как улитки в панцире. Это их мир, в ином – могут «разбиться» от громких звуков.

– А что дальше планируете,Елена Михайловна?

- Самое главное - идти вперёд параллельно с педагогами. Президенту России на прямой линии задавали вопрос об инклюзивном образовании. Проблема действительно существует. Поэтому нам нужно двигаться в сторону её решения. Ещё одно важное направление - проучить молодых докторов, потому что мы приемлем только профессиональный подход.

Вот пример лечения больного ребёнка с синдромом Аспергера. Мальчику было 3 годика, когда он попал к нам в центр. У малыша были грубые поведенческие расстройства. Стереотипное поведение, когда повторяются одни и те

же действия. Явно агрессивные и аутоагрессивные. После 3 месяцев занятий по методике сенсорной интеграции и индивидуальной психологической коррекции произошла активная положительная динамика – снизились поведенческие нарушения. А позднее мама продемонстрировала нам видео, где мальчик занимается бальными танцами и получает призовые места. Для нас это было огромной радостью, так как мы увидели результаты своей работы.

Нашу работу оценила заведующая клиникой детской психиатрии Научного центра психического здоровья, главный внештатный детский специалист ЦФО РФ, доктор медицинских наук Наталья Симашкова, отметив, что мы делаем всё правильно с выраженной медицинской направленностью. Это очень трудоёмкая работа, требующая внимания и времени.

 Почему была создана именно клиника семейной психотерапии?

– Мы почувствовали огромную востребованность центра, когда увеличился поток детей и взрослых. Именно так родилась клиника семейной психотерапии. Вся психотерапевтическая и психологическая помощь замыкается по одному адресу. Все знают: если есть какие-то проблемы у папы, мамы, малыша, то можно прийти к нам. Здесь всем удобно.

У нас располагаются две кафедры Оренбургского государственного медицинского университета – психиатрии и медицинской психологии и реабилитации. Благодаря этому научная поддержка находится на высоком уровне.

И это самый эффективный подход. Очень часто проблемы со здоровьем ребёнка кроются во внутренних взаимоотношениях между супругами.

Сегодня актуальность открытия в Оренбурге областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн не вызывает сомнений. За 70 лет накоплен богатый опыт. который был представлен на научно-практической конференции с международным участием. Тема форума говорит сама за себя – «Медицина для ветеранов: от медико-социальной помощи до высоких технологий лечения». Гостями на юбилее были коллеги из Москвы, Санкт-Петербурга, Челябинска, Уфы, Самары, Чебоксар и других городов России.

Предоставим слово главному врачу госпиталя, кандидату медицинских наук, заслуженному врачу РФ **Владимиру Сукачу,** возглавляющему госпиталь 12 лет.

– Наше лечебное учреждение за это время пролечило десятки тысяч ветеранов войн. «Медицинская газета» уже рассказывала об открытии нового корпуса паллиативного отделения госпиталя. Но v нас есть и другие уникальные подразделения, которые обслуживают не только и не столько ветеранов войн, а всех людей старшего поколения. Об актуальности открытия таких центров говорит постановление Правительства РФ и решение заседания Президиума Госсовета в Воронеже, рассмотревшего проблемы пожилых. Это областной центр заболеваний экстрапирамидного отдела центральной нервной системы, который возглавляет невролог Татьяна Кутникова. Другое востребованное подразделение -Центр медицинской реабилитации для воинов интернационалистов. На его базе находится очень интересная структура - областной центр по диагностике и лечению эпилепсии. Возглавляет его невролог-эпилептолог Антон Герцен.

Татьяна Кутникова:

- Есть мировая статистика, подтверждающая, что заболеваемость экстрапирамидной патологией год от года возрастает. Например, распространённость болезни

Современные технологии -

Госпиталь — второй дом

Из года в год квалифицированные специалисты продолжают создавать историю уникального лечебного учреждения

Паркинсона составляет 65,6-187 случаев на 100 тыс. населения. По данным эпидемиологических исследований, в нашей стране каждый год появляется более 20 тыс. больных. А диагностика и лечение экстрапирамидных расстройств остаются сложными проблемами для практикующих неврологов. Поэтому профильные центры обслуживают как ветеранов войн, воинов-интернационалистов, так и «гражданское» пожилое население.

Центр экстрапирамидной патологии (ЦЭП) принимает пациентов со всей области. Доля сельского населения достаточно высокая. Всего 20-30% пациентов из столицы Оренбуржья. Стараемся не только проконсультировать больных, скорректировать их лечение, но и каким-то образом «расшевелить» их вести здоровый образ жизни. Пациенты с болезнью Паркинсона и другими заболеваниями, связанными с нарушениями движения, занимаются лечебной физкультурой. Инструктор обязательно консультирует их, как продолжить занятия в домашней обстановке. Работает школа для таких пациентов. Во время неё проводятся тренинги, обыгрываются различные ситуации, как бороться с тревогой, как настраиваться на лучшее. Больным очень важно двигаться, поэтому организованы не только занятия ЛФК, но и, как это покажется на первый взгляд, нелепо - танцами. Нашим пациентам такое необычное дополнение к лечению нравится, они сдружились, перезваниваются, стали общаться.

Когда приходят в поликлинику госпиталя и встречают таких же людей, начинают иначе смотреть на мир. Это тоже помогает преодолеть дискомфорт, стеснение в обществе. Обязательно подбирается адекватная лекарственная терапия.

Ежегодные обращения в наш центр уже составили более 1800 случаев. Ведётся регистр обратившихся больных, что позволяет систематизировать нозологическую структуру экстрапирамидной патологии в регионе. Помимо статистического учёта регистр позволяет контролировать эффективность пооводимого лечения.

Как правило, какой-то особой диагностики при этом классе заболеваний не требуется. Если же она всё-таки необходима, проводится МРТ, стабилометрия и другие исследования.

Ещё один раздел нашей работы – ботулинотерапия. Инъекции ботулотоксином имеют класс доказанности А как эффективного метода. Сейчас в госпитале они вводятся под контролем УЗИ.

Антон Герцен:

- Наш центр медицинской реабилитации создан в феврале 2014 г., в годовщину вывода ограниченного контингента советских войск из Афганистана, для оказания медицинской помощи воинамитернационалистам, ветеранам боевых действий, а также членам их семей. В центре функционируют кабинеты физиотерапии, массажа, функциональной диагностики, мануальной и рефлексотерапии, ряд

других. Здесь оказывают помощь невролог, терапевт, психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, мануальный терапевт, рефлексотерапевт. Важная деталь – врачи центра проучились по нескольким специальностям. Поэтому они всилах самостоятельно расшифровать, скажем, снимки МРТ, КТ, рентгеновские снимки, а потом назначить лечение.

В структуре есть и Центр диагностики и лечения эпилепсии. Он признан одним из лучших в стране. Это неоднократно отмечалось на конференциях. На Балтийском конгрессе, в котором мы принимали участие, о нас говорили в очень позитивном ключе. Госпиталь по этому направлению сделал серьёзный прорыв. А всё начиналось с 4-кратного улучшения финансирования лекарственного обеспечения, поддержки клинической направленности. В лечебном процессе всё стало важно: от работы психолога до терапевта. Составляем мы и регистр больных эпилепсией, который помогает улучшить качество жизни наших пациентов. Из уникального оборудования - видео-ЭЭГ мониторинг. Он применяется в клинически сложных случаях. Эта специализированная аппаратура позволяет верифицировать диагноз. Дать чёткий ответ, болен человек эпилепсией или нет? Причём в Оренбургской области эта процедура проводится бесплатно. Применяется этот метод перед операциями или когда есть серьёзные основания подозревать наличие психического заболевания, а вовсе не эпилепсии. Каждый четвёртый пациент, приходящий в центр с диагнозом «эпилепсия» и даже инвалидностью, как выясняется, не страдает этим заболеванием. Иногда принять это больным крайне трудно. Десятилетиями с многочисленными госпитализациями их лечили от эпилепсии, а потом вдруг выяснилось, что все усилия были напрасны. Но это не всегда вина врачей. Чаще - просто нет необходимой клинической базы для диагностики, согласованности в действиях психиатров и терапевтов, чтобы разобраться и твёрдо сказать: это заболевание не неврологическое, а психиатрическое или терапевтическое.

Мы уже обследовали и проконсультировали около 1600 человек, и у более 600 из них диагноз был снят. Сначала такое «снятие диагнозов» вызывало явное неудовольствие наших коллег. Но теперь все поняли, что это на пользу дела. Поставить правильный диагноз – главное. Нас поддерживает в этой работе и кафедра неврологии Оренбургского государственного медицинского университета. Каждый пациент для нас – особенный.

Говоря о планах на будущее, мы надеемся, что нам будут переданы площади всего 3-го этажа здания, где расположен центр. К каждому нашему пациенту нужен индивидуальный подход, при этом имеющиеся условия играют немаловажную роль. Многое значит и техническая оснащённость. И это те шаги, которые позволяют реабилитации и лечению стать ещё более эффективными.

Rexi

Село должно жить!

Главный врач Саракташской центральной районной больницы Олег Белозёров о ФАПах, юбилее больницы и молодых кадрах

22 июня 1936 г. в посёлке Саракташ Оренбургской области была открыта районная больница на 20 коек. На тот момент медицинскую службу района составлял один врач, два фельдшера, повар, санитарка и конюх. Затем начали приходить специалисты, деревянное одноэтажное здание амбулатории разобрали, постепенно построили стационар, хирургический и терапевтический корпуса, родильный дом, молочную кухню и т.д. Строительство шло долго. С 1985 г., с приходом главного врача Олега Белозёрова, в жизни районного здравоохранения начался новый этап, и больница наконец превратилась в современный медицинский комплекс. О том, как это учреждение встречает своё 80-летие, о достижениях и планах на будущее и, конечно, об открытии нового ФАПа в феврале 2016 г. мы побеседовали с главным врачом Саракташской больницы Олегом Белозёровым.

Саракташский район, по меркам Оренбуржья, нельзя назвать большим, скорее – компактным. В нём проживают 40 тыс. жителей. На юге он граничит с Белявским районом, на севере – с Башкирией. Кстати, пациенты оттуда едут лечиться сюда, считают, что в Оренбургской области уровень медицины выше. Саракташская ЦРБ расположена от Оренбурга сравнительно недалеко – в полутора часах езды.

В состав Саракташской районной больницы входят амбулаторно-поликлиническое отделение, стационар на 167 коек (в т.ч. два хирургических и одно инфекционное отделение, терапия, кардиология, гинекология, детское и родильное отделения, а также реанимация). Кроме основного комплекса, действуют 4 врачебных амбулатории, 41 ФАП и 5 подстанций скорой медицинской помощи.

Эта структура позволяет ежегодно обслуживать более 400 тыс. амбулаторных посещений и проводить 2 тыс. оперативных вмешательств. С каждым годом совершенствуются и стационарозамещающие технологии: функционируют дневные стационары терапевтического и гинекологического профилей, востребованы стационары дневного пребывания на дому.

Хорошо работает система маршрутизации, этому способствует налаженное транспортное сообщение с Оренбургом. По всем основным видам помощи ЦРБ закреплена за областной клинической больницей. С 2014 г. она выполняет и межмуниципальные функции. Это касается не только сосудистых заболеваний кардиологического и неврологического профилей, но и травматологии, ведь совсем рядом – трасса Оренбург-Орск.



Клара Хасанова принимает в новом ФАПе маленьких пациентов

Эти виды помощи требуют высокотехнологичного оборудования. По программе модернизации больница получила компьютерный томограф, а также С-дугу, помогающую выполнять вмешательства под контролем рентгеновского аппарата.

«Всё это позволяет проводить операции высокого уровня сложности, – говорит главный врач Саракташской больницы О.Белозёров. – Наши хирурги освоили практически полный спектр технологий, возможных на имеющемся оборудовании. Среди них – новые методики операций на тазобедренном суставе и плече, накостный остеосинтез, грыжесечение с применением

сетчатого эндопротеза, оперативные вмешательства при травмах крупных сосудов, таких как повреждения плечевой и подключичных артерий, и многие другие. Активно используются малоинвазивные лапароскопические и эндоскопические технологии».

Поликлиника Саракташской больницы – один из лидеров среди лечебных учреждений области по внедрению ин-

новационных информационных систем. И речь не только о записи на приём. Интернет-регистратура позволяет вести онлайн-диалог с врачом, не выходя из дома. Поэтапно внедряются электронные медицинские карты, действует электронный паспорт участка с учётом перемещения населения, половозрастного состава, ведётся учёт вакцинопрофилактики и т.п.

Больница гордится своим коллективом. Врачей достаточно, укомплектованность полная, утверждает главный врач. Всего в больнице, включая районные подразделения, работают 104 врача, 344 средних медицинских работника. Некоторые из них участвуют

в программе «Земский доктор». Вообще, в связи с модернизацией произошло серьёзное обновление: пришли 34 новых врача. Происходит постепенная смена кадров на более молодые.

Не забыты и более опытные работники. За время существования больницы более 50 её медиков были награждены правительственными и ведомственными наградами. Заведующую неврологическим отделением Ирину Архипову в 2015 г. признали лучшим врачом Оренбургской области. А ранее участковому врачу-терапевту Оксане Дегтяревой была вручена премия губернатора Оренбургской области «Достоинство и милосерлие».

В числе достижений 2016 г. – сохранение и развитие на селе ФАПов, считает главный врач. Практически все они полностью укомплектованы. Глава района Бахчан Жанбаев уделяет этому большое внимание, делает всё, чтобы ФАПы сохранились и работали.

15 февраля 2016 г. в селе Кульчумово был открыт новый модульный ФАП, построенный по современным технологиям. «Кульчумово – это татарское село на берегу реки Сакмары, в 18 км от Саракташа, – рассказывает главный врач. – В ФАПе работают два медика. Это очень опытный фельдшер Мунира Рахматулина, и молодой специалист Клара Хасанова. Обе они очень ответственные, уважаемые в селе женщины».

Белое одноэтажное здание Кульчумовского ФАПа с пристроенным пандусом хорошо выделяется на фоне деревенских домов. Его открытие – одна из первых ласточек в реализации проекта по строительству в Оренбуржье модульных ФАПов.

Поликлиника № 3 городской клинической больницы им. Н.И.Пирогова Оренбурга, на первый взгляд, обычная клиника. Она находится на первом этаже многоэтажного здания в промышленном районе города. Недавно в этом амбулаторном учреждении завершился ремонт, который создал прекрасные условия для лечения больных. Но мало ли таких примеров на пространствах нашей большой страны? За годы модернизации здравоохранения в такое идеальное состояние приведены тысячи лечебных учреждений. Всё же главное, на что сразу обращаешь внимание, - это организация оказания медицинской помощи.

А начинались изменения в этом плане с того, что во всех поликлиниках ГКБ им. Н.И.Пирогова приступили к реализации пилотного проекта «Открытая регистратура». Новые подходы в этой городской больнице стали выстраивать, познакомившись с опытом тюменских коллег. Словно подтверждая определение «открытая», в регистратуре поликлиники нет привычных окон, стёкол, которые отделяют персонал от посетителей.

Чтобы общение проходило не под постоянную «канонаду» телефонных звонков, отвлекающих сотрудников регистратуры, был создан специальный колл-центр, развёрнутый на территории поликлиники № 1, в его штате 10 операторов. К ним могут обратиться жители по выделенным телефонам в будни с 7:30 до 19:00, в субботу – с 8:00 до 13:00 (2 оператора). В их функции входят: приём вызовов и запись к врачам, работа с операторами скорой медицинской помощи. Всего здесь трудится 10 сотрудников, и они принимают ежедневно от 180 до 250 звонков.

Мы внимательно изучили профессиональный стандарт «медицинский регистратор», - го-

Перемены

Открытая регистратура

Новые подходы в организации работы поликлиник внедрили в Оренбуржье



Дозвониться до колл-центра – не проблема!

ворит главный врач городской клинической больницы им. Н.Н. Пирогова кандидат медицинских наук Андрей Карпец. - Провели 3 тренинга с регистраторами на стресс-устойчивость, коммуникабельность при общении с горожанами. Разложили буквально по полочкам сотрудникам процедуру обращения с пациентами. После этого разработали единый стандарт работы таких специалистов. У нас появился и этический кодекс регистратора. В должностные инструкции внесены пункты из этого этического кодекса. После этого провели кадровый отбор. Сегодня регистраторы работают только с обратившимися в поликлинику пациентами. Проводят заблаговременную раскладку их карточек к врачам по кабинетам, ведут запись пациентов, пришедших в поликлинику.

Кроме того, регистратура в поликлинике стала работать по направлениям: неотложная помощь, вызов на дом, пациенты в день обращения и прикрепление населения. Записаться на приём к врачу стало возможным 4 способами: с помощью интернет-ресурса, стойки электронной регистрации, колл-центра и регистратуры. Если горожане обращаются в поликлиники для того, чтобы пройти диспансеризацию, то анкету и бланки по движению на обследования надо получить у администратора, а не в регистратуре.

В ГКБ им. Н.Н.Пирогова сумели решить задачу разведения потоков пациентов, при этом ещё и **УМЕНЬШИТЬ КОЛИЧЕСТВО НЕНУЖНЫХ** пациентам посещений врача. Например, больные, страдающие хроническими заболеваниями, если у них не отмечается серьёзных изменений в течение болезни, могут выписать рецепты в отдельном кабинете. Организовали работу кабинета «здорового пациента» для выдачи справок и других документов, оформление которых в соответствии с приказом Минздрава России № 834 «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях и порядок их заполнения» не требует врачебного осмотра.

Специальная компьютерная программа проверяет доступность записи к врачу. В случае возникновения конфликтов ведётся avлиозапись звонков, поэтому всегда есть возможность воспроизвести состоявшийся разговор с оператором. Есть и дежурные администраторы в поликлиниках, в функционал которых входит: маршрутизация пациентов, справочная информация, запись на приём, работа с расписанием работы врачей.

Ещё одним шагом в этом направлении стало перепланирование участков. В каждом кабинете участкового врача появилось новое медицинское оборудование. Увеличено время их работы в поликлинике до 5 часов. Созданы бригады неотложной помощи (врачебная. фельдшерская). Для пациентов создали удобную навигацию: минимизировали количество кабинетов для пациентов в период прохождения диспансеризации. В кабинете профилактики снимается ЭКГ. УЗИ. Причём всё это делается в день посещения поликлиники. Ведётся электронная форма учёта базы данных тяжёлых и немобильных пациентов в разрезе участков.

Запись пациентов на повторные приёмы проводится врачом, минуя регистратуру. В детской поликлинике в штатах патронажная сестра на участок, где количество детей до 3 лет превышает норматив. В помощь врачу и пациенту широко развиваются стационарозамещающие технологии. Наиболее показательный пример - с июля в ГКБ им. Н.И.Пирогова выполнено 26 коронарографий пациентам амбулаторно в условиях дневного кардиологического стационара. Осложнений за это время не было. а достигнуто это не в последнюю очередь благодаря тщательному отбору пациентов.

- Наработанный опыт получит распространение во всех поликлиниках Оренбургской области, - пообещал губернатор региона Юрий Берг во время посещения поликлиники № 3 ГКБ им. Н.И.Пирогова. -Главное, чего удалось добиться исчезли очереди, а соответственно и недовольство пациентов.

Реабилитация -

В АО санаторий «Дубовая роща», расположенном в Оренбургском районе (село Нежинка), сегодня находится единственное областное круглосуточное отделение медицинской реабилитации, которое оказывает помощь детям с 1 года до 17 лет с заболеваниями нервной системы, в том числе с ДЦП. опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной и сердечнососудистой систем. Отделению после открытия и реконструкции скоро исполнится год.

- На реконструкцию и оснащение медицинским оборудованием областной администрацией было выделено 16 млн руб., - рассказала нам гостеприимный директор этого уютного санатория Наталья Васькова. - В два этапа был проведён ремонт – первый в 2015 г. Тогда мы сделали единичную палату «мать и дитя», а для больных ребят с ограниченными возможностями асширили дверные проёмы, слелали удобные санузлы. Но сегодня, конечно, этого уже недостаточно. Тогда был создан дизайн-проект, согласованный с ведущими специалистами по детской физиотерапии и медицинской реабилитации. Под их контролем строители оборудовали дополнительные палаты на 24 места для мам и их детей. Малыши, которые имеют патологию нервной системы, часто нуждаются в сопровождении. Поэтому мама находится 21 день на реабилитации вместе с ребёнком. Лечение для детей и сопровождающего лица (пребывание и питание) бесплатно и оплачивается по системе ОМС.

Здесь очень тихо и спокойно. Весь санаторий «Дубовая роща», подразделением которого является отделение медицинской реабилитации, занимает территорию в 10 га. Отдельно стоящая столовая и кухня. Если погода хорошая, можно насладиться прогулкой около санатория с детьми в колясках, летом -

«Дубовая роща» помогает детям

В селе Нежинка налажена круглосуточная реабилитация маленьких пациентов

на взятых напрокат велосипедах. Есть и специально оборудованные спортивные площадки.

В «Дубовую рощу» большинство пациентов мечтают вернуться повторно. И части маленьких пациентов это удаётся. Реабилитацию они могут проходить один раз в полгода, согласно основному заболеванию. Безусловно, этого очень хотят и родители, когда замечают, что у ребёнка отмечается положительная динамика течения болезни. И всегда большая радость наблюдать улучшение состояния здоровья ребёнка, повышение его потенциала, прилив сил. Тем более что сюда поступают дети и с последствиями травм. Причём с такими тяжёлыми, как межмышеберцовой кости, нахождение после длительной иммобилизации в гипсе. Так, одна девочка оказалась обездвиженной 4 месяца – ей необходимо было разрабатывать кисть, амбулаторно это было сделать крайне трудно. Она прошла лечение в отделении медицинской реабилитации, и родители остались очень довольны её лечением.

За 2016 г. было пролечено 305 детей. Стараются здесь создать и все условия для того, чтобы мамы тоже почувствовали себя в санатории. В зависимости от состояния и характера ребёнка можно оставить его на групповые занятия. Есть малыши, которые никого, кроме мамы, к себе не подпускают. Если же ребёнок вполне адекватен, то мама в свободное время при желании может получить какие-нибудь процедуры. Но, конечно же, за это надо доплачивать. Некоторых мам привлекли и мастер-классы по макияжу, вышивки бисером.



Занятия в зале механотерапии

для чего приглашали педагогов из Оренбургского района. Это надо было видеть, с каким удовольствием женщины учились делать новогодние подарки для детей: клеили шкатулки, вырезали, завязывали

А теперь расскажем поподробнее о том, на что могут рассчитывать маленькие пациенты. Здесь проводится подный комплекс реабилитационных мероприятий: медикаментозное лечение, ЛФК, массаж, ФТЛ. Программы по лечебной физкультуре играют ведущую роль в комплексной реабилитации детей с поражением центральной нервной системы.

В большом зале ЛФК занятия проходят индивидуально. Детей здесь объединяют либо по заболеваниям, либо по одной общей

Зал для механотерапии оснащён уникальным оборудованием. Беговая дорожка с системой разгрузки веса пациента с биологической обратной связью помогает ребёнку более устойчиво стоять на своих ножках с опорой - малыш пристёгнут специальными ремнями. Это позволяет получить эффект самостоятельной ходьбы. Сначала проводится диагностика ребёнка: какова сила давления его веса на стопу, сколько он может пройти, как удаётся сделать первый шаг. Тогда программа рассчитывает. какая необходима нагрузка, какая скорость, какой угол подъёма. Безусловно, ходьба на улице будет отличаться от прохождения тренажёрной дорожки. Но всё же такая тренировка дорого стоит. Ребёнок выполняет программу в игровой форме: подъём в горку или, наоборот, спуск. Ему интересно, тем самым он учится более уверенно ходить. Каждая процедура в сумме занимает от 40 до 90 минут, чтобы получить положительный эффект, необходимо минимум 10 процедур.

Здесь есть два аппарата пассивной и активной реабилитации. Это общий цикл нагрузки либо на ручки, либо на ножки ребёнка. Программа оценивает состояние здоровья до и после проведённых нагрузок. Ещё один прибор позволяет задать программу для необходимой разработки коленного или тазобедренного суставов.

Врачи санатория стараются, при

необходимости, задействовать все процедуры, которые имеются в санатории, а здесь прекрасная база для физиотерапевтического

Со всеми детьми обязательно занимается психолог. Если есть необходимость, подключается психотерапевт. Здесь используется только ручной массаж семи видов. Детей также посещают консультанты из детской областной больницы, главный специалист невролог, главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава области. Приглашают для осмотров и травматологов-ортопедов. Такие консультации проводятся при поступлении ребёнка в отделение.

«На сегодняшний день не все врачи прониклись необходимостью реабилитации. - посетовала Наталья Анатольевна. - Кроме того, существует и проблема дефицита кадров, в районные больницы молодые пока не очень идут. К нам же пациенты приезжают со всей

Закончить наш рассказ о «Дубовой роше» хочется словами мамы Н., у которой ребёнок на время написания материала проходил лечение в санатории: «Сыну 12 лет, диагноз - ДЦП. До приезда сюда не ходил, плохо разговаривал. А в санатории хорошее лечение, особенно медикаментозное и ЛФК, мы уже второй раз здесь. Улучшение, конечно, заметно.

И это, согласитесь, лучшая оценка работы коллектива отделения медицинской реабилитации.

Материалы подготовил Алексей ПАПЫРИН, специальный корреспондент «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 2 (2032)

Гломерулонефрит (ГН), точнее, гломерулонефриты - групповое понятие, включающее заболевания клубочков почек с иммунным механизмом поражения, характеризующееся: при остром гломерулонефрите (ОГН) впервые развившимся после стрептококковой или другой инфекции нефритическим синдромом с исходом в выздоровление; при подостром/быстропрогрессирующем ГН (БПГН) - нефротическим или нефротически-нефритическим синдромом с быстропрогрессирующим ухудшением почечных функций; при хроническом ГН (ХГН) - медленно прогрессирующим течением с постепенным развитием хронической почечной недостаточности.

Эпидемиология

Заболеваемость ОГН у взрослых – 1-2 заболевания на 1000 случаев ХГН. ОГН чаще возникает у детей 3-7 лет (у 5-10% детей с эпидемическим фарингитом и у 25% – с инфекциями кожи) и реже у взрослых 20-40 лет. Мужчины болеют в 2-3 раза чаще женщин. Возможны спорадические или эпидемические случаи нефрита. Расовые или этнические особенности отсутствуют. Более высокая заболеваемость в социоэкономических группах, недостаточно соблюдающих правила гигиены.

Заболеваемость ХГН – 13-50 случаев на 10 тыс. населения. ХГН наблюдают чаще у мужчин. ХГН может развиться в любом возрасте, однако наиболее часто у детей 3-7 лет и взрослых 20-40 лет. Смертность при ГН возможна от осложнений АГ, нефротического синдрома, инсульта, ОПН, гиповолемического шока, венозных тромбозов. Летальность при ХГН на III-V стадиях хронической болезни почек (ХБП) обусловлена сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Факторы риска: стрептококковый фарингит, стрептодермия, инфекционный эндокардит, сепсис, пневмококковая пневмония, брюшной тиф, менингококковая инфекция, вирусный гепатит В, инфекционный мононуклеоз, эпидемический паротит, ветряная оспа, инфекции, вызванные вирусами Коксаки, и др.

Группы риска: лица, не соблюдающие правила гигиены, с низким социальным статусом, болеющие стрептококковыми инфекциями. **Скрининг ГН** не проводится.

Классификация

Клиническая классификация

ГН

По течению: 1. Острый. 2. Подострый (быстропрогрессирующий). 3. Хронический **ОГН**

По этиологии: а) постстрептококковый; б) постинфекционный.

По эпидемиологии: а) эпидемические; б) спорадические.

ХГН

По клиническим формам. Латентная форма (изменения только в моче; периферические отёки отсутствуют, АД не повышено) - до 50% случаев хронического ГН. Гематурическая форма - болезнь Берже. IgA-нефрит (рецидивирующая гематурия, отёки и АГ у 30-50% пациентов) - 20-30% случаев хронического ГН. Гипертоническая форма (изменения в моче, АГ) - 20-30% случаев. Нефротическая форма (нефротический синдром - массивная протеинурия, гипоальбуминурия, отёки, гиперлипидемия; АГ нет) - 10% случаев хронического ГН. Смешанная форма (нефротический синдром в сочетании с АГ и/или гематурией и/или азотемией) - 5% случаев хронического ГН.

По фазам. Обострение (активная фаза, рецидив) – появление нефритического или нефротического синдрома. Ремиссия (неактивная фаза) – улучшение или нормализация экстраренальных проявлений (отёков, АГ), функций почек и изменений в моче.

По патогенезу. Первичный ГН (идиопатический). Вторичный ГН, ассоциированный с общим или системным заболеванием, устанавливается при выявлении причинного заболевания (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, болезнь Шёнлейна – Геноха, бактериальный эндокардит и др.).

БПГН

Различают идиопатический БПГН и синдром БПГН, развивающийся при обострении $X\Gamma H$ – «по типу БПГН». Дифференциальный

диагноз между этими вариантами возможен по данным биопсии.

Морфологическая классификация ГН

1. Диффузный пролиферативный ГН. 2. ГН с «полулуниями» (подострый, быстропрогрессирующий). 3. Мезангиопролиферативный ГН. 4. Мембранозный ГН. 5. Мембрано-пролиферативный (МПГН), или мезангиокапиллярный ГН. 6. ГН с минимальными изменениями или липоидный нефроз. 7. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС). 8. Фибропластический ГН.

Диффузный пролиферативный ГН соответствует острому гломерулонефриту, ГН с «полулуниями» – быстропрогрессирующему ГН, прочие морфологические формы – хроническому ГН. При отсутствии заболеваний,

6-12 месяцев, при эффективности лечения возможно улучшение прогноза.

Анамнез и физикальное обследование

В анамнезе возможны указания на перенесённую стрептококковую (фарингит) или другую инфекцию за 1-3 недели до обострения. Причиной ГН могут быть геморрагический васкулит, хронический вирусный гепатит В и С, болезнь Крона, синдром Шёгрена, анкилозирующий спондилоартрит, карциномы, неходжкинская лимфома, лейкозы, СКВ, сифилис, филяриатоз, малярия, шистосомоз, ЛС (препараты золота и ртути, пеницилламин, циклоспорин, НПВП, рифампицин): криоглобулинемия, интерферон-альфа, болезнь Фабри, лимфопролиферативная патология; серповидноклеточная анемия, отторжение почечного трансплантата, хирургическое иссечение части почечной паренхимы, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, приём героина, дисгенезия нефронов, ВИЧинфекция. В то же время ГН может быть и идиопатическим. При ХГН в анамнезе могут синдроме, при этом представлены преимущественно лимфоцитами; цилиндры; протеинурия от минимальной до 1-3 г/сут; протеинурия более 3 г/сут развивается при нефротическом синдроме. Посев с миндалин, крови иногда позволяют уточнить этиологию ОГН.

Специальные исследования. Биопсия почки – золотой стандарт диагностики ХГН. Показания к нефробиопсии: уточнение морфологической формы ГН, активности, дифференциальная диагностика. УЗИ почек проводится, чтобы исключить очаговые заболевания почек, обструкцию мочевых путей: при ГН почки симметричные, контуры гладкие, размеры не изменены или уменьшены (при ХБП), эхогенность повышена. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка при ХГН с АГ.

Ранняя диагностика. Возможна при динамическом наблюдении за пациентами после острого инфекционного заболевания в течение 2-3 недель. Появление нефритического синдрома (АГ, отёки, гематурия) свидетельствует о развитии ГН или его обострении.

Гломерулонефриты: диагностика, лечение, профилактика

Клинические рекомендации для врачей общей практики

которые могли быть причиной развития ГН, устанавливается диагноз первичного ГН.

Принципы и алгоритм диагностики в амбулаторных условиях

Для диагностики ГН абсолютно необходима биопсия почки – позволяет определить морфологический тип (вариант) ГН, единственным исключением является стероидчувствительный НС у детей, когда диагноз устанавливается клинически, биопсия у таких пациентов остаётся в резерве на случай атипичного НС.

На амбулаторном этапе необходимо заподозрить ГН и направить пациента в нефрологическое отделение для проведения биопсии и установления окончательного диагноза ГН. Однако при отсутствии или ограниченной возможности проведения биопсии диагноз ГН устанавливается клинически.

Диагностика ГН на амбулаторном этапе

Жалобы на головную боль, потемнение мочи, отёки или пастозность ног, лица или век. Могут быть жалобы на тошноту, рвоту, головную боль.

ОГН следует заподозрить при впервые развившимся нефритическом синдромес—появлении через 1-3 недели после стрептококковой или другой инфекции триады симптомов: гематурии с протеинурией, АГ и отёков. При позднем обращении к врачу (через неделю от начала и позже) возможно обнаружение изменений только в моче без отёков и $A\Gamma^c$. Изолированная гематурия при постинфекционном нефрите разрешается в течение 6 месяцев.

При ХГН выявляется один из клиниколабораторных синдромов (мочевой, гематурический, гипертонический, нефротический, смешанный). При обострении появляются или нарастают отёки век, нижних конечностей, уменьшение диуреза, потемнение мочи, повышение АД, головная боль; при латентном ХГН клинических проявлений заболевания может не быть. В ремиссии клинические проявления и жалобы могут отсутствовать. Для IgA нефрита, как и для ОГН, характерна гематурия, однако стойкая микрогематурия более типична для IgA нефропатии. При IgA нефрите инкубационный период чаще короткий – менее 5 дней.

При ХГН, в отличие от ОГН, выявляется гипертрофия левого желудочка; ангиоретинопатия II-III степени; признаки ХБП. Для БПГН характерно острое начало с нефритического, нефротического или смешанного синдромов, прогрессирующее течение с появлением в течение первых месяцев заболевания признаков почечной недостаточности. Клинические проявления заболевания неуклонно нарастают; присоединяются азотемия, олиго-анурия, анемия, никтурия, резистентная артериальная гипертензия, сердечная недостаточность. Прогрессирование до терминальной почечной недостаточности возможно в течение

выявляться симптомы/синдромы ХГН (отёки, гематурия, АГ).

Физикальное обследование позволяет обнаружить клинические симптомы нефритического синдрома: моча цвета «кофе». «чая» или «мясных помоев»; отёки на лице, веках, ногах; повышение АД, симптомы левожелудочковой сердечной недостаточности. ХГН нередко выявляют случайно по изменениям в анализе мочи. У части больных ХГН впервые выявляется на поздних стадиях ХБП. Температура тела обычно нормальная, симптом Пастернацкого отрицательный. При вторичном ГН могут выявляться симптомы заболевания, послужившего причиной ХГН. При ХГН, впервые выявленном на стадии ХПН, выявляются симптомы уремического синдрома: сухая бледная кожа с желтоватым оттенком, расчёсы, ортопноэ, гипертрофия левого желудочка.

Лабораторно-инструментальные исследования. Позволяют подтвердить диагноз ГНС.

При ОГН и обострении ХГН в ОАК умеренное повышение СОЭ, которое может быть значительным при вторичном ГН. Анемия выявляется при гидремии, аутоиммунном заболевании или ХБП III-V стадий.

Биохимическое исследование крови: при постстрептококковом ОГН повышен титр антистрептококковых АТ (антистрептолизина-О, антистрептокиназы, антистрептогиалуронидазы) при ХГН повышается редко. Гипокомплементемия СЗ-компонента, в меньшей степени С4 и общего криоглобулина иногда выявляется при первичном, постоянно при волчаночном и криоглобулинемическом нефритах. Повышение титра IgA при болезни Берже, IgG – при вторичных ГН при СЗСТ.

Повышены концентрации С-реактивного белка, сиаловых кислот, фибриногена; снижены – общий белок, альбумины, особенно при нефротическом синдроме. В протеинограмме гипер-α1- и α2-глобулинемия; при нефротическом синдроме – гипо-γ-глобулинемия; при вторичных ГН, обусловленных системными заболеваниями соединительной ткани – гипер-γ-глобулинемия. Снижение СКФ, повышение в плазме крови концентрации креатинина и/или мочевины – при ОПП или ХБП.

При вторичном ГН выявляются специфические для первичного заболевания изменения в крови: при волчаночном нефрите – антинуклеарные АТ, умеренное увеличение титра АТ к ДНК, LE-клетки, антифосфолипидные АТ. При ХГН, ассоциированном с вирусными гепатитами С, В, – положительные тесты НВV, НСV, криоглобулинемия; при мембрано-пролиферативном и криоглобулинемическом ГН повышен уровень смешанных криоглобулинов. При синдроме Гудпасчера выявляются антитела к базальной гломерулярной мембране.

В моче при обострении: повышение осмотической плотности, снижение суточного объёма; в осадке – изменённые эритроциты от единичных до закрывающих всё поле зрения; лейкоциты – в меньшем количестве, но могут преобладать над эритроцитами при волчаночном нефрите, нефротическом

Дифференциальный диагноз

Пиелонефрит: характерны эпизоды инфекции мочевых путей в анамнезе, лихорадка, боли в пояснице, дизурия; в моче – лейкоцитурия, бактериурия, гипостенурия, УЗИ почек – деформация и расширение чашечнолоханочной системы, возможна асимметрия и деформация контуров почек; экскреторная урография – деформация чашечно-лоханочной системы и асимметрия функции почек, радиоизотопной ренографии – возможны нарушения уродинамики.

Нефропатия беременных: характерна триада – отёки, протеинурия, артериальная гипертония; отсутствует анамнез хронического ГН, развитие во втором-третьем триместре беременности.

Тубулоинтерстициальный нефрит: лихорадка, гипостенурия, лейкоцитурия, боль в пояснице, повышение СОЭ.

Алкогольное поражение почек: анамнез, гематурия, гипостенурия, боль в пояснице.

Амилоидоз: в анамнезе хронические гнойные заболевания, ревматоидный артрит, гельминтозы; системность поражения, протеинурия, нередко отсутствие эритроцитурии.

Диабетическая нефропатия: сахарный диабет, постепенное нарастание протеинурии, нередко отсутствие гематурии.

Поражение почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани: признаки системного заболевания – лихорадка, кардит, артрит, пульмонит, гепатолиенальный синдром и др.; высокое СОЭ, гипергаммаглобулинемия, положительные серологические тесты.

Волчаночный нефрит: преобладает женский пол; выявляются признаки системного заболевания: артралгии, артриты, лихорадка, эритема лица по типу «бабочки», кардит, гепатолиенальный синдром, поражение лёгких, синдром Рейно, алопеция, психозы: типичны лабораторные изменения: лейкопения, тромбоцитопения, анемия, волчаночные клетки (LE-клетки), волчаночный антикоагулянт, высокая СОЭ; развитие нефрита через несколько лет от начала СКВ; специфические морфологические изменения: фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис и кариопикноз, гематоксилиновые тельца, гиалиновые тромбы, «проволочные петли».

Узелковый периартериит: преобладает мужской пол; выявляются признаки системного заболевания: лихорадка, миалгии, артралгии, похудание, выраженная АГ, кожные проявления, асимметричный полиневрит, абдоминальный синдром, миокардит, коронарит со стенокардией и инфарктом миокарда, бронхиальная астма; типичные лабораторные изменения: лейкоцитоз, иногда эозинофилия, высокая СОЭ; специфические изменения в биоптате кожно-мышечного лоскута; биопсия почек не показана.

Гранулематоз Вегенера: признаки системного заболевания – поражение глаз, верхних

дыхательный путей, лёгких с инфильтратами и деструкцией; типичные лабораторные изменения: лейкопения, анемия, высокая СОЭ, антинейтрофильные АТ; специфические изменения в биоптате слизистой оболочки носоглотки, лёгкого, почки.

Синдром Гудпасчера: признаки системного заболевания: лихорадка, кровохарканье или лёгочное кровотечение, инфильтраты в лёгких, похудание; поражение почек возникает вслед за кровохарканьем, быстро прогрессирует почечная недостаточность с олигурией и анурией; анемия, повышение СОЭ, при серологическом исследовании – наличие АТ к базальной мембране почечных клубочков.

Геморрагический васкулит: признаки системности (геморрагическая пурпура на коже и слизистых оболочках, артрит, абдоминальный синдром), повышение СОЭ.

Мочекаменная болезнь: обнаружение конкремента, наличие в анамнезе почечной колики, выявление признаков обструкции и гематурии без протеинурии.

Опухоль почек и мочевых путей: очаговое образование в мочевых путях, асимметрия функции почек, данные биопсии.

Первичный антифосфолипидный синдром: ливедо, выкидыши, антитела к фосфолипидам.

Гиперсенситивный васкулит: наличие двух критериев из следующих – пальпируемая пурпура, боль в животе, желудочно-кишечное кровотечение, гематурия, возраст не старше 20 лет.

Наследственный нефрит (синдром Альпорта); болезнь тонких мембран: анамнез, исследование мочи у членов семьи – массивная гематурия характерна для IgA нефрита и наследственного нефрита и редка при болезни тонких мембран. Наследственный нефрит ассоциируется с почечной недостаточностью в семье, глухотой и хромосомно-доминантным типом наследования. Семейный анамнез гематурии встречается и при болезни тонких мембран, в единичных случаях – при IgA нефрите. У пациента с эпизодами макрогематурии и негативным семейным анамнезом наиболее вероятен IgA нефрит.

При персистирующей микрогематурии у пациента и гематурии у членов семьи без почечной недостаточности наиболее вероятна болезнь тонких мембран. Пациент с семейным анамнезом почечной недостаточности и глухотой имеет наследственный нефрит. Биопсия кожи является методом установления X-сцепленного наследственного нефрита. Окончательный диагноз может быть установлен только после нефробиопсии. С учётом низкой вероятности прогрессирования в терминальную ХПН при изолированной гематурии для установления диагноза достаточно исследования мочи, функции почек и протеинурии.

Осложнения заболевания

Гипертонический криз, эклампсия, острая левожелудочковая недостаточность или ОПН (при высокой активности ГН), гиповолемический нефротический криз, интеркуррентные инфекции, редко – инсульт, сосудистые осложнения (тромбоз, инфаркт, отёк мозга).

Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

На амбулаторном этапе важно заподозрить активный ГН и направить пациента на стационарное лечение в терапевтическое или нефрологическое отделение. При наличии или угрозе осложнений госпитализация осуществляется по неотложным показаниям, в остальных случаях – в плановом порядке. До госпитализации в стационар пациенту даются рекомендации по диете, режиму, проводятся консультации узких специалистов. При острой инфекции назначается антимикробная терапия.

Ведение пациентов после лечения в стационаре

Осуществляется контроль за балансом жидкости, соблюдение режима и диеты, измерение АД; приём ЛС, назначенных врачом. Фитотерапия не применяется, возможен недлительный приём отвара шиповника, черноплодной рябины. Исключение переохлаждений, стрессов, физических перегрузок. Соблюдение режима и диеты, отказ от табакокурения, самоконтроль АД.

Соблюдение диеты, ограничение соли при отёках и объёмно-зависимой гипертензии. Ограничение белка несколько замедляет прогрессирование нефропатий. Исключают острые приправы, мясные, рыбные и овощные бульоны, подливки, крепкие кофе и чай, консервы. Запрет на употребление алкоголя, табака.

У женщин репродуктивного возраста с ГН беременность необходимо планировать в период ремиссии ГН, с учётом функции почек и уровня АГ, а также прогнозировать течение беременности и ГН. Обострения ГН во время беременности, как правило, не происходит вследствие физиологических особенностей – высокого уровня глюкокортикоидов.

Беременность обычно хорошо вынашивают при IgA нефропатии. Женщины с СКФ ниже 70 мл/мин, неконтролируемой гипертонией или тяжёлыми сосудистыми и тубулоинтерстициальными изменениями в почечном биоптате имеют риск снижения функции почек.

Показания к консультации специалистов

Консультации специалистов помогают в установлении диагноза. При подозрении на очаговую инфекцию пациент при необходимости может быть проконсультирован оториноларингологом, гинекологом, дерматологом. Для выявления ангиопатии и оценки её давности (для диффдиагностики ОГН и ХГН) показана консультация окулиста. Консультация инфекциониста проводится при подозрении на вирусный гепатит или ВИЧ-инфекцию. При наличии признаков системного заболевания (может дебютировать с ОГН) консультация ревматолога позволит уточнить диагноз и решить вопрос о терапии первичного заболевания. При высокой клинико-лабораторной активности воспаления, фебрильной лихорадке, шумах в сердце показана консультация кардиолога.

Показания к госпитализации

Активный или впервые выявленный ГН (ОГН, ХГН, БПГН) или подозрение на ГН являются показанием к госпитализации. Показаниями к госпитализации также являются необходимость уточнения диагноза (при относительно быстром снижении функции почек, изолированном мочевым симптоме или диффдиагностики), для проведения биопсии с целью уточнения морфологического диагноза и оценки активности ГН, экспертной оценки, иммуносупрессивной терапии и начала активной терапии.

Профилактика

Исследований о влиянии вторичной профилактики на рецидивы ГН, отдалённый прогноз, почечную выживаемость недостаточно. Первичная профилактика не проводится. Тем не менее антибактериальное лечение больных фарингитом и контактных, начатое в течение первых 36 часов, позволяет добиться отрицательных результатов бакпосева мочи и может предотвратить (но необязательно) развитие нефрита (D). Антимикробная терапия инфекций позволяет предупредить развитие постинфекционного ГН, но наблюдений недостаточно.

Вторичная профилактика. Лечение преднизолоном, иногда в сочетании с циклофосфаном, снижает вероятность рецидивов нефротического синдрома при ИГА-нефрите. Стероиды при ИГА-нефропатии внутрь длительно (до 4 месяцев) снижают число ремиссий нефритического синдрома. Комбинированная терапия преднизолоном с циклофосфаном ГМИ снижает частоту рецидивов заболевания по сравнению с монотерапией преднизолоном.

При некоторых формах гломерулонефритов, в частности при идиопатическом мембранозном, доказана превентивная роль алкилирующих ЛС (хлорамбуцила или циклофосфамида) в отличие от глюкокортикоидов в снижении протеинурии и уменьшении риска рецидивов в последующие 24-36 месяцев после лечения.

Преднизолон, применяемый длительно (в течение 3 месяцев и более) при первом эпизоде нефротического синдрома у детей, предупреждает риск рецидивов в течение 12–24 мес, а 8-недельные курсы циклофосфамида или хлорамбуцила и пролонгированные курсы циклоспорина и левамизола снижают риск рецидивов у детей со стероид-чувствительным нефротическим синдромом по сравнению с монотерапией глюкокортикоидами.

Обучение пациентов. Контроль за балансом жидкости, соблюдение режима и диеты, измерение АД, приём ЛС, назначенных врачом. Фитотерапия не применяется, возможен недлительный приём отвара шиповника, черноплодной рябины. Исключение переохлаждений, стрессов, физических перегрузок. Соблюдение режима и диеты, отказ от табакокурения, самоконтроль АД. Пациента необходимо информировать о необходимости контроля уровня СКФ и креатинина крови, об исключении потенциально

нефротоксических ЛС, рентгеноконтрастных препаратов.

Лечение в стационаре

(в зависимости от степени тяжести, особенностей течения заболевания и характера сочетанной патологии).

Цель лечения. При **ОГН:** достижение выздоровления, устранение осложнений. При **ХГН:** индукция ремиссии, замедление темпов прогрессирования, предотвращение и устранение осложнений. При **БПГН** – снижение активности заболевания и темпов прогрессирования в терминальную почечную недостаточность.

Немедикаментозное лечение. При активном ГН режим полупостельный или постельный вплоть до исчезновения отёков и нормализации АД (1-3 недели), затем следует расширение режима. Длительный постельный режим не улучшает прогноз ГН. Диета: при отёках – ограничение поваренной соли (до 4-6 г/сут), жидкости при массивных отёках и нефротическом синдроме (объём получаемой жидкости рассчитывают с учётом диуреза за предыдущий день + 300 мл), белка до 0,5-1 г/кг/сут. В ремиссию ГН ограничение соли и белка менее строгое.

Ограничение белка несколько замедляет прогрессирование нефропатий, хотя степень эффекта по мере прогрессирования хронического ГН несколько ослабевает. Исключают острые приправы, мясные, рыбные и овощные бульоны, подливки, крепкие кофе и чай, консервы. Запрет на употребление алкоголя, табака. Физиотерапевтическое лечение при ГН не показано.

При лекарственном МГН отмена лекарства иногда ведёт к спонтанной ремиссии: после отмены пеницилламина и золота – в срок от 1-12 месяцев до 2-3 лет, после отмены НПВП – до 1-36 недель. У больных с сопутствующим сахарным диабетом показана замена свиного инсулина на человеческий.

Медикаментозное лечение ОГН

Этиологическая терапия показана при установлении причины заболевания, её профилактический эффект на развитие ОГН не доказан. При наличии очага инфекции или острого инфекционного заболевания назначают антибиотики внутрь. Устранение хронических инфекций, в том числе ассоциированных с MRSA, способствует более быстрому разрешению нефрита. При стрептококковой инфекции - пенициллин V внутрь по 500 000 ЕД 6-8 раз в сутки (детям 25-90 000 ЕД/кг/сутки) 5-7 дней, безопасен при беременности, но необходима оценка преимуществ и риска; амоксициллин 500-750 мг внутрь 2 раза в сутки 5-7 дней, цефалексин по 750-500 мг 2 раза в сутки 10 дней (детям по 50 мг/кг/сут в два приёма 10 дней), в стационаре при наличии персистирующей инфекции - бензилпенициллин по 0,5-1 млн ЕД 6 раз в сутки в/м 10 дней.

При синуситах, пневмонии препараты выбора – амоксициллин 500–750 мг внутрь 2 раза в сутки 5-7 дней, доксициклин при остром бронхите 150 мг 1 раз в сутки 5-7 дней, цефаклор 500 мг 2 раза в сутки 7 дней (детям 40 мг/кг/сут в 2 приёма 7 дней). При аллергии на бета-лактамные антибиотики назначают ЛС из группы макролидов: эритромицин 250 мг 4 раза в сутки 10 дней, азитромицин 250–500 мг 1 раз в сутки 4 дня, рокситромицин 150 мг 2 раза в сутки 7 дней.

Симптоматическая терапия. Антигипертензивная терапия: При АГ – ингибиторы АПФ/БРА в качестве монотерапии или в сочетании с блокаторами кальциевых каналов недигидропиридинового ряда или пролонгированных форм дигидропиридинового ряда. Диуретики при АГ: фуросемид (лазикс) 20-40 мг, при неэффективности на дозе 40 мг назначить другой препарат, детям 0,5-1 мг/кг; при отёках 40-80 мг внутрь с повышением дозы на 20-40 мг через каждые 6 часов до эффективного диуреза (не более 200 мг за 1 приём), затем дозу можно повторять.

Иммунодепрессанты и глюкокортикоиды при ОГН не используют; эффективность антигистаминных ЛС, препаратов кальция, аскорбиновой кислоты, рутина и антиагрегантов в контролируемых исследованиях не доказана.

Медикаментозное лечение ХГН

Эффективность этиологической терапии (воздействия на инфекцию, опухоли, ЛС) в достижении ремиссии или снижении частоты рецидивов в контролируемых исследованиях изучена недостаточно, у отдельных пациентов при чёткой зависимости рецидивов ГН от обострения очаговой инфекции допустима антимикробная терапия инфекций, удаление очага инфекции (тонзиллярных миндалин), опухоли, но данные меры улучшают ближай-

ший прогноз (ускоряют достижение ремиссии), но не влияют на отдалённый прогноз (прогрессирование ХГН. Иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды и цитостатики) направлена на подавление активности ГН. Симптоматическая терапия назначается при показаниях: антигипертензивные ЛС (ингибиторы АПФ/БРА), антиагреганты, антикоагулянты, гиполипидемические ЛС.

Иммуносупрессивная терапия. Обычно при активных ГН назначается комбинированная иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды с цитостатиками), особенно показана при активных формах ГН с высоким риском прогрессирования почечной недостаточности.

Цитостатики при активном ГН назначаются в средних/высоких дозах ежедневно или в двойной дозе через день в течение 1,5-2 месцев до снижения активности заболевания; затем доза снижается вдвое от исходной, и лечение продолжается до ремиссии (с отменой препарата или переходом на поддерживающую противорецидивную терапию). Цитостатики в качестве монотерапии назначаются при противопоказаниях к глюкокортикоидам, их неэффективности или появлении побочных эффектов (в последнем случае возможно сочетанное применение, позволяющее снизить дозу глюкокортикоидов). Циклофосфамид 2-3 мг/кг/сут в/м или в/в назначают: при отсутствии эффекта от ГК или частых рецидивах стероидозависимого ГМИ, или хлорамбуцил 0,1-0,2 мг/кг/сут внутрь в течение 6-8 недель; альтернативные препараты – циклоспорин 2.5-3.5 мг/кг/сут внутрь (отсутствие эффекта от ГК при ФСГС при IgA нефрите уменьшает протеинурию и уровень циркуляции IgA, но повышает уровень креатинина и приводит к рецидиву ГН вскоре после прекращения терапии: азатиоприн по 1,5-3 мг/кг/сут внутрь; микофенолата мофетил: ограниченные данные об эффективности при прогрессирующей IgA нефропатии, небольшой эффект или его отсутствие по сравнению с преднизолоном или плацебо С. Пульс-терапию циклофосфамидом проводят при высокой активности ГН в дозе 15 мг/кг (или 0,6-0,75 г/м² поверхности тела) в/в 1 раз в месяц, обычно сочетая с глюкокортикоидами в виде пульс-терапии или пероральной терапии.

Производные аминохинолина: хлорохин, гидроксихлорохин – убедительных данных об эффективности нет, контролируемые исследования не проводились. Назначаются при отсутствии показаний к активной терапии, при склерозирующих формах по 0,25-0,2 г внутрь 2 раза в день в течение 2 недель, затем 1 раз в день.

Глюкокортикоиды в комбинированной терапии показаны при обострении ГН; в качестве монотерапии показаны – при МПГН и ГМИ. При МГН эффект глюкокортикоидов нечёткий. При МКГН и ФСГС глюкокортикоиды малоэффективны. Противопоказаны при стабильной АГ и ХПН (индуцируют нефросклероз). Преднизолон внутрь назначается в дозе 1-1,5 мг/кг/сут в течение 6-8 недель с последующим снижением на 1/3 или до 20-30 мг/сут и дальнейшим медленным снижением по 2,5-1,25 мг/нед вплоть до отмены или поддерживающей дозы (5-10 мг) при вторичных ГН и иногда – при НС.

Лечение нефротического синдрома у детей преднизолоном в течение 3 месяцев более эффективно в предупреждении рецидивов, чем короткие курсы. Преднизолон «пульсами» назначают при высокой активности ГН в начале лечения в дозе 1000 мг в/в капельно 1 раз в сутки 3 дня подряд или через день; после снижения активности ГН возможно ежемесячное проведение пульстерапии вплоть до ремиссии. Длительная ежемесячная пульстерапия особенно показана при вторичных ГН, ассоциированных с системным заболеванием соединительной ткани

При вторичных ГН иммуносупрессивная терапия назначается по тем же показаниям что и при первичных. Вовлечение почек в болезненный процесс всегда говорит о высокой активности заболевания и является показанием к её назначению. Особенностью иммуносупрессивной терапии ГН при системных заболеваниях соединительной ткани (СКВ, РА), васкулитах большая длительность активной терапии (3-4 месяца), чем при первичных ГН (1-2 месяца), а снижение доз ЛС осуществляется медленнее (6-12 месяцев), чем при первичных (3-6 месяцев), и имеет особенности по выбору патогенетических препаратов. Лечение волчаночного нефрита иммуносупрессивными ЛС в сочетании с преднизолоном по сравнению с одним преднизолоном снижает смертность и отдаляет время достижения терминальной стадии XПН^A.

(Окончание следует.)

Тенденции -

Иностранцы приступили к учёбе

В Алтайском государственном медицинском университете, в ноябре начался учебный год для 260 иностранных граждан из стран дальнего зарубежья. Это весьма солидно для «провинциального» учреждения.

В течение последних нескольких лет Алтайский медуниверситет становится всё более популярным среди абитуриентов республик Казахстан, Таджикистан, Киргизии и ряда других близлежащих стран, в том числе благодаря своим налаженным связям и активной профориентационной политике. В нынешнем году АГМУ вышел на рынок образовательных услуг в таких государствах, как Индия, Ирак, Египет, а также в странах Африки

На протяжении последних 3 лет вуз демонстрирует уверенную положительную динамику по количеству иностранцев, желающих получать здесь образование: в 2014 г. поступили 218 человек, в 2015 г. – 350, в 2016 г. – уже 490. География обучающихся в АГМУ будущих медиков сегодня охватывает 16 стран мира.

Только из стран ближнего зарубежья в текущем учебном году в Алтайский медуниверситет поступили 230 будущих медиков. Ещё больше принято представителей дальнего зарубежья – 260 обучающихся. Большинство из них – граждане Индии. Ирака и Египта.

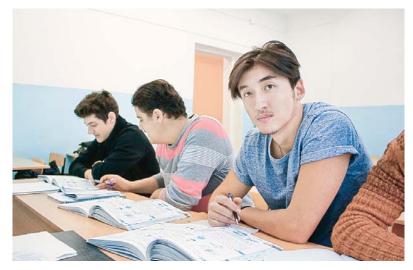
Иностранцы получают подготовку в АГМУ по специальностям «лечебное дело» и «стоматология» на русском и английском языках. А в будущем году международным

факультетом может стать и фармацевтический, который примет арабских студентов.

Кроме обучения иностранцев по программам специалитета, АГМУ на курсах Института довузовского образования готовит их к поступлению в вуз. Граждане Сирии, Нигерии и Монголии одновременно изучают профильные предметы для успешной сдачи вступительных испытаний и осваивают русский язык.

Есть иностранные обучающиеся и среди ординаторов, в том числе из дальнего зарубежья (Китай).

Такой масштабный приём визовых иностранцев потребовал открытия в 2016 г. факультета иностранных студентов, который включает две кафедры – иностранного языка с курсом латинского языка и русского языка как



иностранного. В вузе введены дополнительные площади для организации учебного процесса и выделено для их проживания 6 этажей в общежитии, организованы кухни и столовые для приготовления национальных блюд.

Специально для встречи и сопровождения иностранных об-

учающихся в вузе начал работать волонтёрский корпус из числа студентов, преподаватели и сотрудники вспоминают и осваивают английский язык на собственных курсах иностранного языка.

Елизавета ГУНДАРИНА.

Барнаул

Врач и пациент -

Научите нас не ссориться

В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого завершился двухнедельный тренинг-курс антиконфликтного поведения для студентов 6-го курса лечебного факультета. Это первый из серии тренингов, запланированных в рамках нового образовательного проекта, разработанного в КрасГМУ. Следующими науку неконфликтного поведения на работе будут осваивать студенты-старшекурсники педиатрического факультета.

Как подчёркивают в руководстве университета, основная цель тренинга – подготовить будущих врачей к реальным ситуациям «выяснения отношений», которые, увы, часто происходят в поликлиниках и стационарах. Примечательно, что идея создать такой важный образовательный проект принадлежит министру здравоохранения Красноярского края Вадиму Янину, а разработчиками проекта и тренерами стали профессора и преподаватели кафедры клинической психологии и психотерапии КрасГМУ.

В программу курса входили как теоретические занятия, так и практические. Студентам предстояло побывать и в роли недовольного больного, и в роли участкового терапевта, на приём к которому пришёл конфликтный пациент, и в роли руководителя лечебного учреждения, получившего жалобу на сотрудника.



Вот «встану в позу», и попробуйте со мной договориться

Отдельное внимание обратили на ситуацию в приёмном покое стационара, ведь именно эти подразделения всё чаще становятся «эпицентрами эмоциональных взрывов». В ходе тренинга отрабатывались вербальные и невербальные технологии неконфликтного общения, навыки снижения энергии конфликта, опыт продуктивного взаимодействия с самым «сложным» человеком и реагирования в нестандартной ситуации.

Глава Красноярского Минздрава В.Янин в один из дней побывал

на тренинге и как опытный врач и организатор здравоохранения оценил достоверность ситуаций, на которых психологи-конфликтологи обучали студентов. Он дал свои рекомендации, а также предложил медуниверситету использовать для последующих тренингов не придуманные, а реальные истории из письменных жалоб от пациентов, поступающих в министерство.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Дискуссии —

Профильная комиссия Минздрава России по пластической хирургии разработает стандарты для выпускников ординатуры по этой специальности. Медицинские вузы, выпускники ординатуры которых не будут соответствовать стандартам, будут лишаться лицензии на обучение пластических хирургов. Об этом сообщалось на заседании профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ.

В поисках единого стандарта

Заведующий кафедрой пластической и челюстно-лицевой хирургии Российской медицинской академии последипломного образования Александр Неробеев констатировал, что закрытие 4-месячной профпереподготовки по пластической хирургии мало влияет на тенденцию к непрофессионализму в отрасли и ориентацию врачей на коммерчески привлекательную эстетическую медицину.

«У нас очень большие сложности. Образование - только за деньги, цена не утверждена. В разных московских институтах она может отличаться в несколько раз. В одном - полмиллиона рублей, в другом, как у нас, например, - 150 тыс. На каком основании? Вузы принимают, к сожалению, людей, которые могут заплатить. Серьёзные экзамены в такой ситуации проводить сложно. Финансовая сторона мешает очистить нашу специальность, как любую другую хирургическую специальность, в которой на первом месте - профессиональные умения специалистов», – посетовал А.Неробеев.

Профессор также подчеркнул, что для начала практической деятельности пластическому хирургу мало 3 лет специализированного образования, нужно не менее 5. «Отработав 3 года, они сравнивают себя с лучшими хирургами мира. Мы делаем много микрохирургических операций - более 100 в год. Молодые люди постоят со мной на 20-25 операциях и уже начинают понимать, как и что делать. И делают лучше, чем я, ведь они быстрее и моложе. Что говорить об эстетических операциях? Эстетическая хирургия обманчиво проста. Мануальные навыки развить легко, но необходимы ещё и ментальные, а также понимание, когда и кого оперировать. Надо уметь отказать человеку, который пришёл к тебе с деньгами», - отметил А.Неробеев.

> Алина КРАУЗЕ. МИА Cito!

nubace

Лучшие медицинские вузы глазами студентов

Подведены результаты независимой оценки качества образовательной деятельности государственных вузов. Исследование проводилось Министерством образования и науки РФ совместно с Международным информационным агентством «Россия сегодня». Участниками исследования стали 503 российских высших учебных заведения Минобрнауки, Минздрава, Минкультуры, Минсельхоза и других ведомств.

Как поясняют организаторы исследования, независимая оценка

качества учитывала открытость и доступность информации об учебном заведении, наличие дополнительных образовательных программ, возможности для развития творческих способностей студентов, а также отзывы обучающихся о комфортности условий обучения, доброжелательности и компетентности работников вуза.

Информационную открытость оценивали на основании анализа вузовских интернет-сайтов, в частности смотрели, в каком формате и объёме представлены там сведения о профессорах и преподавателях, есть ли у сту-

дента возможность контакта с педагогическими работниками и администрацией по телефону и электронной почте, интересуется ли руководство университета мнением и предложениями студентов об улучшении работы alma mater. Что немаловажно, отзывы собирались методом прямого опроса студентов и преподавателей вузов. В опросе приняли участие 108 тыс. респондентов.

Эксперты подчёркивают, что данные этого исследования не только помогут абитуриентам ориентироваться при выборе места учёбы, но также станут

дополнением к официальной традиционной оценке качества образовательных программ в высших учебных заведениях страны и будут учтены при составлении очередного официального рейтинга российских вузов.

В перечне лучших вузов, по результатам независимой оценки качества образовательной деятельности, – 67 университетов, академий и институтов. Срединих – 9 учебных заведений медицинского профиля:

Алтайский государственный медицинский университет,

Волгоградский государственный медицинский университет,

- Ивановская государственная медицинская академия,
- Кировская государственная медицинская академия,
- Красноярский государственный медицинский университетим. В.Ф.Войно-Ясенецкого,
- Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия,
- Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского.
- Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
 Читинская государственная

медицинская академия.

Елена ЮРИНА

Проблема артериальной гипертонии (АГ) особенно актуальна в гериатрической практике. Общеизвестно нарастание частоты заболеваемости АГ с возрастом в России и странах зарубежья. Число лиц в возрасте 65-74 лет заметно возросло в 28 из 32 стран Европы и Америки. Доля их в Польше достигла 30%, в Японии, Финляндии, Италии -20% от общего числа жителей. По мере старения человеческой популяции возрастает и число больных с АГ. В России у лиц старше 50 лет АГ превышает 50%, у лиц старше 80 лет – 80%.

У пожилых и старых людей наблюдается три варианта АГ: систолодиастолическая, систолодиастолическая реноваскулярная (атеросклеротическая), систолическая (атеросклеротическая) изолированная.

Наиболее распространённой формой является изолированная систолическая артериальная гипертония (ИСАГ). Возникновение ИСАГ обусловлено прогрессирующим по мере старения понижением эластичности стенок аорты и её крупных ветвей; вторичное вовлечение сердца связано с функционированием в условиях повышенного общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и АД; левый желудочек постоянно испытывает повышенную работу в течение всей систолы (постнагрузка). Сердце реагирует усилением сократимости, структурной адаптацией и воздействием нейрогуморальных приспособительных механизмов.

Нарушение активного расслабления миокарда левого желудочка в период диастолы является ранним проявлением изменений миокарда у больных АГ. Прямые и косвенные признаки ухудшения диастолической функции ЛЖ выявлены у 2/3 - 4/5 больных АГ. У стариков систолическая АГ встречается в 2-3 раза чаше, чем обычная АГ. ИСАГ регистрировалась в группе мужчин 55-64 лет в 9,5%, 65-74 лет в 15%, 75-79 лет в 26,9%, 80 лет и старше в 18% случаев. У женщин эта форма регистрировалась несколько чаще: 55-64 лет в 15,6%, 65-74 лет в 30,7%, 75-79 лет в

Особенностью ИСАГ является хроническое, не всегда устойчивое повышение систолического АД >160-170 мм рт.ст. при диастолическом АД <90 мм рт.ст. Возможны ортостатические реакции до применения противогипертонических средств. Резкие подъёмы систолического давления, как и внезапные его снижения, могут осложняться ишемией мозга, инсультами.

Исследования показывают, что у лиц 65-74 лет, имеющих систолическое давление (СД) >180 мм рт.ст. при диастолическом давлении (ДД) <95-90 мм рт.ст. риск заболеть инфарктом миокарда или инсультом выше, чем у людей того же возраста с более низким уровнем Слово о болезни

По принципу «не навреди»

Особенности артериальной гипертонии пожилых пациентов



систолического давления. Устойчивое возрастание систолического давления до уровня >200 мм рт.ст. повышает в 2-4 раза вероятность сердечно-сосудистых расстройств и случаев кровоизлияния в мозг.

Наряду с увеличением систолического и пульсового давления отмечаются и другие проявления атеросклероза аорты и её крупных ветвей: скорый, высокий пульс, загрудинная пульсация, псевдогипертензия или псевдогипотензия, асимметрия давления на плечевых артериях, неодинаковое наполнение пульса на сонных артериях, акцент II тона над аортой, рентгенологические и Эхо-КГ признаки расширения, уплотнения и обызвествления аорты: шумы на артериях живота и бедренных артериях, сужение артерий нижних конечностей. Характерно повышение скоростей распространения пульсовой волны по артериям - аорта бедренная артерия 13-15 м/с (до 25 м/с); уменьшение коэффициента См/Сэ <1; повышение Сэ на отрезке брюшная аорта – бедренная артерия - усиление «гемодинамического удара» до 25-50 мм рт.ст.

Сахарный диабет встречается в 2-6 раз чаще у больных с систолической АГ, чем в общей популяции. У больных АГ атеросклеротический компонент проявляется в большем увеличении систолического давления по сравнению с диастолическим. Резкое учащение случаев АГ у пожилых связано с особенностями патогенеза развития этого заболевания в данной возрастной группе и её распространённостью.

Существует ряд механизмов **АГ v** пожилых:

- снижение растяжимости аорты; - нефросклероз;
- повышение чувствительности к поваренной соли:
- дисфункция эндотелия (ДЭ).

С возрастом снижается растяжимость аорты, что является одним из основных механизмов формирования ИСАГ у пожилых. После 60 лет количество функционирующих нефронов сокращается в 2 раза,

уменьшается площадь фильтрации и возникают подъёмы АД. Наряду с этим с голами нарастает чувствительность к поваренной соли, формируется дисфункция эндотелия со снижением сосудорасширяющих компонентов (NO - оксид азота) и повышением выработки сосудорасширяющих факторов.

Среди пациентов с ИСАГ преобладают лица старше 60 лет: в этой возрастной подгруппе ИСАГ составляет 65-75% всех случаев АГ. Повышение САД, по-видимому, происходит до 80 лет, тогда как ДАД - лишь до 50-летнего возраста, затем оно или выравнивается, или имеет тенденцию к снижению. Основным механизмом формирования ИСАГ большинство исследователей считают снижение растяжимости аорты и крупных артериальных стволов. Это способствует тому, что выброс крови из ЛЖ происходит в более ригидную и менее эластичную аорту, обуславливая повышение САД. Растяжимость сосуда представляет его способность к изменению объёма под влиянием изменяющегося давления.

Снижение растяжимости сосудов напрямую связано с процессом старения, потерей эластичности стенок артерий и отложением в них коллагена, эластина, гликозамингликанов и кальция. Выделение ИСАГ существенно потому, что повышение САД, изолированное, даже при нормальном ДАД является важным негативным фактором риска формирования сердечно-сосудистых осложнений (ССО) - кардиальных, церебральных, хронической почечной недостаточности (ХПН).

Не следует считать повышение САД проявлением возрастной нормы, как это иногда ранее расценивалось, а теперь считается ошибочным. Повышение САД и ДАД является существенным фактором риска, поэтому требуется по возможности их нормализация.

Известно, что повышение САД имеет нередко большее значение в развитии ССО во всех возрастных группах, формирование инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), сердечной недостаточности (СН), ХПН, атеросклероза периферических артерий более коррелирует с САД, а не с ДАД. ИСАГ увеличивает сердечно-сосудистую смертность в 2-5 раз и общую смертность на 51%, по сравнению с таковой у лиц с нормальным уровнем АД.

Снижение АД систолического до уровня 137-148 мм рт.ст. сопровождается у пожилых и старых пациентов уменьшением смертности от мозгового инсульта; при дальнейшем снижении АД систолического, особенно до уровня <120 мм рт.ст. число смертей возрастало. Слишком низкие, как и высокие, величины систолического давления связаны с возрастанием смертности этих больных.

Лостаточно лискуссионным является уровень необходимого снижения САД. Рекомендуется целевой уровень САД для пациентов СД доводить до менее 130 мм рт.ст., а для всех остальных пациентов независимо от возраста - менее 140 мм рт.ст. У пожилых пациентов следует постепенно снижать АД, достигая целевого уровня в среднем за месяц. Исключение естественно составляют ситуации с гипертоническими кризами. Лечение ИСАГ, о чём будет сообщено далее, достаточно сложная задача, так как нормализация САД обычно труднее, чем ДАД. Установлено, что с повышением количества лет возрастают трудности контроля АД, которые обусловлены преимущественно наличием у больных ИСАГ.

Следовательно, ИСАГ представляет распространённый вариант АГ у лиц пожилого возраста. При данной форме заболевания повышается риск смерти от ССЗ, развития таких серьёзных осложнений, как ИМ, МИ, ХИН, ХСН и др. Снижение САД до целевого уровня способствует уменьшению риска развития этих осложнений.

Лечение ИСАГ

Средствами первого выбора для лечения ИСАГ являются тиазидные и тиазидоподобные диуретики в низких дозах и дигидропиридиновые антагонисты кальция (АК) пролонгированного действия. АК присущ умеренный диуретический эффект, не приводящий к дальнейшему уменьшению ОЦП, они активны при низкорениновой форме АГ, поддерживают почечный и мозговой кровоток.

Применение у пациентов ИСАГ этих классов препаратов приводит к нормализации АД и к снижению смертности, риска осложнений (ИМ, МИ, СН, ХПН, деменция). Снижение САД на 12-13 мм рт.ст. приводит к уменьшению риска развития ИБС при МИ на 21 и 37%, смертности от этих причин на 27 и 36% соответственно. Антигипертензивная терапия этими препаратами у пожилых пациентов снижает частоту развития деменции на 50%.

Для лечения ИСАГ преимущественно следует использовать препараты пролонгированного действия, которые обычно принимаются 1 раз в сутки. АД, особенно САД, довольно лабильно в течение суток, что требует более жёсткого контроля у таких больных уровня АД до 24 часов. Для лечения ИСАГ следует шире использовать комбинированную терапию. По-видимому, чаще необходимо применять фиксированные комбинированные препараты, в состав которых входят тиазидные и тиазидоподобные диуретики в низких дозах или дигидропиридиновые АК пролонгированного

Весьма целесообразно пожилым людям, имеющим высокие цифры систолического АД, курсовое лечение препаратами, улучшающими трофику мозга и мозговое кровообращение. Принцип «не навреди» особенно актуален при лечении АГ у пожилых людей.

Следовательно, ИСАГ представляет распространённый вариант АГ у лиц пожилого возраста. ИСАГ повышает риск смерти от ССЗ, таких как ИМ, МИ, почечная недостаточность, ХИН и сосудистая деменция. Снижение САД до целевого уровня уменьшает риск развития перечисленных осложнений. Препаратами первого выбора для лечения ИСАГ являются тиазидные и тиазидоподобные диуретики в низких дозах или дигидропиридиновые АК пролонгированного действия. Большое значение имеет комбинированная терапия и постоянное диспансерное наблюдение.

> Михаил ГУРЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор.

Кафедра терапии факультета усовершенствования врачей Московского областного научноисследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского.

В России зарегистрировано более 1,7 млн человек с диагнозом «хронический гепатит С». Несмотря на появление инновационных высокоэффективных препаратов, из всего числа больных получают лечение менее 15%. Об этом сообщалось в ходе Межведомственной конференции «Финансирование системы здравоохранения» -«ФинЗдрав 2016».

Как известно, в мире более 150 млн человек страдают хроническим гепатитом С. У 15-30% всех пациентов может развиться цирроз печени, у 5% из них - гепатоцеллюлярная карцинома. При этом в соответствии с целевой программой ВОЗ по борьбе с вирусными гепатитами к 2030 г. необходимо обеспечить лечением

Гепатит: далеко до намеченных целей

80% больных. Однако, по словам эксперта, Россия ещё очень далека от реализации намеченных

Так, в России лишь 15% из 1,7 млн получают лечение инновационными высокоэффективными препаратами. Основными проблемами, по её мнению, являются недостаточный объём финансирования, недостаточное лекарственное обеспечение, а также то, что в льготном списке до сих пор отсутствуют препараты, обеспечивающие практически стопроцентную эффективность лечения. которые совершили настоящую революцию в лечении хронического гепатита С.

Важно понимать, что если речь идёт о гепатите С, то возможность вылечить пациента при правильно подобранной терапии составляет

В ходе конференции выступил руководитель Референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами Владимир Чуланов. По его словам, в России хроническим гепатитом С страдают предположительно от 3,5 до 4,7 млн человек. Больше всего инфицированных среди мужчин в возрасте от 30 до 39 лет.

Среди основных проблем эксперт выделил проблему дублирования извещений о выявлении вируса, отсутствие эффективных механизмов диспансерного наблюдения за больными хроническим гепатитом С, а также проблему учёта исхолов хронического гепатита С. В связи с этим В. Чуланов подчеркнул необходимость ведения учёта больных с вирусными гепатитами, обратив внимание аудитории на отсутствие единого регистра в России. Также, по его мнению, необходимо изменить подход к лечению пациентов: обеспечить ранний доступ к современной высокоэффективной терапии, увеличить долю пациентов, получивших лечение, улучшить скрининговые программы.

По итогам дискуссии было принято решение о создании рабочей группы по разработке и внедрению региональных программ по лечению хронического гепатита С. в которую войдут сотрудники Национального НИИ общественного здоровья, Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, представитель Референс-центра по вирусным гепатитам Роспотребналзора, главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

В разговорах о том, быть или не быть общему рынку лекарств Евразийского экономического союза (ЕАЭС), поставлена точка. В середине ноября прошлого года все участники этого процесса получили долгожданный предновогодний подарок. Им стала весть об утверждении базового пакета документов, необходимого для его запуска. Теперь участников рынка и регуляторов ждёт переходный период, в течение которого необходимо будет адаптировать национальное законодательство к союзным условиям.

Есть выбор

До 31 декабря 2020 г. у производителей есть право выбора в отношении регистрации лекарственных препаратов. В этот период на рынке параллельно будут осуществляться две процедуры единой регистрации: децентрализованная (с одновременным рассмотрением досье всеми государствами-членами ЕАЭС) или по национальным правилам (для рынка одного государства).

Лекарства, зарегистрированные на территории государствучастниц ЕАЭС, будут продолжать своё обращение на общем рынке до конца 2025 г. В течение этого срока компании должны привести регистрационное досье в соответствии с правилами Евразийского союза. Длительность процедуры составит 100 дней.

Кроме того, вводится переходный период для получения

Nmosu u nposhosы -

Опять — вместе

Общий рынок лекарств Евразийского экономического союза готов к запуску

производителями сертификата GMP EAЭС. В течение переходного периода, до 31 декабря 2018 г., при осуществлении единой регистрации заявитель имеет право предоставить национальный сертификат GMP, выданный уполномоченными органами государств-участниц EAЭС.

- Мы старались не изобретать каких-то особых условий и подходов, а разработать единые требования, которые были бы понятны всем участникам союза, – прокомментировал член коллегии (министр) по техническому регулированию ЕАЭК Валерий Корешков, выступая на III Евразийском экономическом конгрессе, состоявшемся в декабре в Москве.

Взаимная интеграция, безусловно, уже перешла в практическое поле. В течение последующих 2 лет планируется разработать акты так называемого третьего уровня. Эти документы позволят детализовать отдельные «узкие» вопросы, направленные на развитие основных положений уже принятых регуляторных документов ЕАЭС в сфере обращения лекарственных средств с учётом лучших международных практик.

Великая стройка

Аналогичные требования по процедуре регистрации и экспертизы разработаны в отношении обращения медицинских изделий. Небольшое отличие – в сроках. Так, регистрация по национальным правилам будет осуществляться включительно по 31 декабря 2021 г.

Кроме того, решён вопрос, в отношении которого длительное время не удавалось достичь консенсуса — определён перечень организаций, имеющих право проводить испытания медицинских изделий в целях их регистрации и установления требований к ним.

Также создаётся единая информационная система в сфере обращения медизделий, что позволит проводить эффективный мониторинг безопасности, качества и эффективности обращающейся на рынке продукции. Все медизделия перед выпуском на общий рынок ЕАЭС будут маркироваться специальным знаком обращения — своеобразным аналогом знака качества, существовавшего в прошлом.

Фундамент общего рынка заложен, теперь предстоит построить само здание. По разным оценкам, на адаптацию потребуется 2-3 года. «Общий рынок не будет работать в авральном режиме, для этого предусмотрены различные переходные периоды. В основе всех решений должны лежать экономическая целесообразность и потребность всех участников рынка работать именно по тем документам, которые разработаны, поскольку они дают им ощутимые преимущества», подчеркнул В.Корешков.

Собрать пазл

Несомненно, на пути формирования общего рынка ещё остаётся много вопросов, требующих согласованного решения. «Лекарства – очень сложный и опасный продукт, которым можно очень легко нанести огромный вред вместо пользы», – напомнил заместитель начальника отдела координации работ в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий ЕАЭК Дмитрий Рождественский. В частности, по его словам, могут возникнуть проблемы, связанные

с неодинаковой экспертной интерпретацией тех или иных разделов регистрационного досье.

– До последнего времени эксперты работали в определённой изоляции. Они общались на научных конференциях, симпозиумах, но при этом не занимались вопросами практического сопоставления своих оценок, которые они выносят в рамках выполнения экспертной работы, – заключил представитель ЕАЭК. – В переходный период им придётся работать с двойной нагрузкой и оценивать досье как по национальной, так и единой процедуре.

Кроме того, Д.Рождественский не исключил определённых сложностей, связанных с переклассификацией лекарственных средств. К примеру, есть препараты, которые зарегистрированы в Российской Федерации, но запрещены к применению в Белоруссии, и наоборот. Аналогичные трудности могут возникнуть и у других участников общего рынка.

Ещё одна проблема – разный уровень систем клинических испытаний лекарственных средств и медизделий в области методического и методологического обеспечения, профессиональных компетенций врачей, которые участвуют в таких программах, и т.д. Видимо, все эти «несовпадения» придётся решать в рамках рабочей группы ЕАЭК по формированию общих подходов к регулированию обращения лекарственных средств в рамках ЕАЭС.

Ирина СТЕПАНОВА, корр. «МГ».

Акценты -

Понемногу о главном

Анализ, проекты, распоряжения

На итоговом заседании Российской ассоциации фармацевтического маркетинга, состоявшемся в конце декабря, были озвучены основные законодательные инициативы ушедшего года, привлёкшие наибольшее внимание фармацевтического сообщества.

- Введена аккредитация медицинских и фармацевтических специалистов, которая должна заменить выдачу сертификатов специалиста (Приказ Министерства здравоохранения РФ № 334н от 02.06.2016).
- Минздравом России разработаны технические требования к единой информационно-аналитической системе (ИАС), которая поможет мониторировать все торги и препятствовать закупкам ЛП по завышенным ценам. Планируется, что с 1 марта 2017 г. ИАС будет работать в тестовом режиме, а с 2018 г. она перейдёт в штатную эксплуатацию.
- Минздравом России разработан законопроект постановления правительства «О проведении эксперимента по маркировке контрольными (идентификационными) знаками лекарственных препаратов для медицинского применения».
- Минпромторгом России разработан проект постановления «О внесении изменений в Постановление Правительства РФ № 1289» (так называемый Третий лишний). Планируется, что к государственным закупкам не будут допускаться другие ЛС, если предложен препарат из отечественной субстанции по полному циклу. Это расширение «Третьего лишнего» планировалось к старту в 2017 г., однако сейчас ведутся переговоры об отложенном старте действия поправок.
- Распоряжением Правительства РФ № 1403р утверждена «дорожная карта» по повышению доступности наркотических средств и психотропных веществ. Планом предусматривается расшире-



ние номенклатуры наркотических ЛС, используемых при болевом синдроме, в том числе и у детей.

- Минпромторг России выступил с предложением отпустить цены на препараты до 50 руб., учитывая риск прекращения производства таких препаратов из-за низкой рентабельности. Тем не менее решение по этому вопросу пока так и не принято.
- ФАС России выставила на общественное обсуждение уведомление о внесении изменений в Федеральном законе «О защите конкуренции». Законопроект направлен на противодействие злоупотребления правообладателем своим доминирующим положением из-за возможности угрозы отказа от производства или поставки социально значимых ЛС.
- В конце года ФАС представила итоги анализа цен на ЛС, продаваемые в РФ по сравнению с другими

странами. Большинство из проанализированных препаратов, закупаемых в рамках госпрограмм, продавались по ценам одинаковым или меньшим, чем в странах сравнения. Однако 48 позиций превысили усреднённый международный уровень.

Антимонопольная служба открыла расследование по всем этим позициям и письменно предложила производителям добровольно снизить цены в порядке самодисциплины. Некоторые уже воспользовались советом и написали заявление в Минздрав России.

Среди других значимых законодательных инициатив – легализация интернет-торговли лекарственными средствами, возможность продажи лекарств в торговых сетях, использование данных клинических исследований оригинаторов при регистрации воспроизведённых препаратов.

паратов. Анна КРАСАВКИНА.

Статистика —

Госзакупки лекарств в упаковках упали на 20%

По данным госпитального аудита фармацевтического рынка России, проводимого компанией DSM Group, за январь сентябрь 2016 г. лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) было закуплено 594 млн упаковок лекарственных средств на сумму 149,3 млрд руб. В сравнении с первыми 9 месяцами 2015 г. объёмы закупок в упаковках упали на 20%, а в рублях – на 2,6%.

Отечественные препараты в натуральном выражении всегда преобладают в сегменте госпитальных закупок. По итогам 9 месяцев 2016 г. их доля составила 76%. В стоимостном объёме наблюдается рост доли отечественных производителей с 33% в январе – сентябре 2015 г. до 36% по итогам отчётного периода.

Несмотря на рост доли отечественных препаратов, рейтинг производителей по стоимостным объёмам состоит в основном из иностранных компаний, отмечается в отчёте. В ТОП-10 производителей в госпитальных закупках в стоимостном выражении попала лишь одна российская компания, она занимает 5-ю строчку рейтинга.

- Средневзвешенная стоимость закупленной упаковки ЛПУ составила 251 руб., что на 21,8% выше, чем за первые 9 месяцев 2015 г. Импортные препараты закупались в среднем за 618 руб. (прирост 4,6%), отечественные лекарства на порядок дешевле – за 9 месяцев 2016 г. средневзвешенная цена была на уровне 116 руб. (это на 39,7% выше, чем в аналогичном периоде 2015 г.), – комментирует эксперт фармацевтического рынка, генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

В сегменте госпитальных закупок лидером среди АСТ групп первого уровня за 9 месяцев 2016 г., как и в прошлые периоды, по стоимостному объёму являются «противомикробные препараты для системного использования».

- Максимальный прирост в денежном выражении принадлежит лекарственным препаратам группы «противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы» (+15,4%), что позволило группе переместиться на вторую строчку. Максимальный отрицательный прирост у группы «препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы» (-21,5%), – отмечает эксперт.

В рейтинге натуральных объёмов лидирует АТС группа первого уровня «препараты, влияющие на кроветворение и кровь»: за 9 месяцев 2016 г. было закуплено 205,6 млн упаковок лекарственных средств. В целом, в упаковках по всем группам АТС наблюдается снижение объёма закупок.

Ирина АНДРЕЕВА.

Одними из наиболее часто встречающихся видов расстройств психики являются тревожные состояния. Они характеризуются постоянным беспокойством, повод для которого отсутствует. Люди, страдающие тревожными расстройствами, могут плохо спать, испытывать сложности с концентрацией внимания, часто нервничают из-за вещей, которые здоровому человеку показались бы совершенно того не стоящими.

Расстройство может проявляться и на физическом уровне — например, учащается сердцебиение. Ранее уже было доказано, что пациенты с тревожными расстройствами чаще, чем другие люди, умирают от болезней сердца. Была выявлена связь, например, между депрессией и развитием коронарной недостаточности. В целом,

Перспективы

Оставить в покое

как показывает статистика, у тревожных людей шанс скончаться от сердечно-сосудистых заболеваний выше, чем у остальных.

Учёные из Норвегии решили дополнительно исследовать взаимосвязь между тревогой по поводу здоровья и собственно здоровьем. Научной работой занималась Лин Иден Берг и её коллеги из больницы города Берген. Они выявили, что люди, которые сильно беспокоятся о своём здоровье (самая выраженная форма этого беспокойства называется ипохондрией), на самом деле рискуют гораздо больше, чем

это утверждалось ранее. С учётом всех прочих факторов влияния у ипохондриков шанс развития ишемической болезни сердца и других заболеваний сердечно-сосудистой системы был выше.

Для своей работы сотрудники больницы использовали данные исследования, которое проводил Университет Бергена вместе с федеральным и региональными департаментами здравоохранения. Это исследование продолжалось 12 лет, и в нём участвовали более 7 тыс. человек, рождённых в 1953-1957 гг. Первые данные собирались

в 1997-1999 гг.: респонденты отвечали на вопросы о своём здоровье, образе жизни и образовании, у них брали на анализ кровь, измеряли давление, рост и вес, а также оценивали уровень их тревожности, пользуясь индексом ипохондрии Уайтли. Если человек набирал по этой шкале 90% и выше: предполагалось, что у него имеется тревожное расстройство.

За все 12 лет у 234 участников (3,2%) были диагностированы ишемическая болезнь сердца или острая стенокардия. Те участники, у которых учёные предположили наличие тревожного расстройства, в два раза чаще обращались к врачу по поводу этих острых состояний -6,1 против 3% у пациентов, никакими расстройствами психики не страдавших. Даже с учётом других возможных причин возникновения патологий тревожные пациенты заболевали на 73% чаще (женщины при этом чуть чаше, чем мужчины).

Исследователи подчеркнули, что даже то, что беспокоящиеся о своём здоровье люди отслеживали проявление симптомов заболеваний, не снижало риск развития у них коронарной недостаточности. Наоборот — если человек нервничал из-за здоровья, то его организм постоянно испытывал стресс, что, в свою очередь, могло негативно влиять на состояние его сердца.

Lunomesh -

Лечить и не калечить?

Исследователи из Института Сенгера (Великобритания) объявили об обнаружении новых терапевтических мишеней для лечения острого миелоидного лейкоза (ОМЛ). В ходе исследования они выявили ряд генов, подавление которых уничтожает лейкозные клетки без вреда для здоровых клеток крови.

Как известно, клетки ОМЛ вытесняют здоровые клетки в костном мозге, они быстро размножаются и препятствуют возможности производить нормальные клетки крови.

Современные методы лечения ОМЛ не меняются уже на протяжении десятилетий, несмотря на то, что их эффективность составляет менее 30%.

Для выявления новых способов лечения ОМЛ, учёные использовали метод редактирования генома и выявления уязвимых точек раковых клеток с последующим их уничтожением. Для более эффективной работы учёные усовершенствовали метод crispr-cas9, что позволило им выявить те гены, нарушение работы которых отрицательно сказывается на росте и выживании клеток ОМЛ.

В процессе скрининга генома больных клеток исследователи обнаружили около 500 генов, которые необходимы раковым клеткам для выживания, в том числе более 200 генов, для блокирования которых могут быть разработаны лекарственные препараты. Некоторые из этих генов уже являются терапевтическими мишенями, однако подавляющее большинство из них являются новыми, что открывает новые возможности для лечения этого заболевания.

В частности, ингибирование выбранного учёными гена КАТ2А с использованием генетических препаратов показательно снизило рост и выживание клеток ОМЛ, при этом нормальные клетки крови остались неповреждёнными. В целом нарушение работы гена КАТ2А повысило продолжительность жизни трансгенных мышей. больных лейкемией.

«Результаты наших исследований вскоре будут доступны другим учёным для облегчения их дальнейшей работы, - сказал один из руководителей проекта доктор Джордж Василиу. - Есть много кандидатов, кроме КАТ2А, на которых, разрабатывая стратегию лечения острой миелоидной лейкемии, стоит обратить внимание».

Исследования –

Противодиабетический «коктейль»

Известно, что физические упражнения улучшают состояние людей, страдающих диабетом 2-го типа. Однако польза, которую больные получают от нагрузки, варьируется в зависимости от конкретного человека – состояние одних улучшается значительно быстрее, чем других. До сих пор не было понятно, почему это происходит, но сейчас сотрудники Школы спорта и упражнений Университета Мэсси в Новой Зеландии утверждают, что нашли причину.

Мартин Грэм, Ли Стонер и Дэвид Роулендс в настоящее время проводят исследование с применением белкового экстракта на основе кератина. По мнению учёных, использование такого «протеинового коктейля» может существенно улучшить результат, получаемый от упражнений. М.Грэм рассказал, что участники исследования отзываются об эффекте кератинового экстракта более чем положительно.

Один из них, по словам учёного, сообщил, что у него наладился сон, а также исчезли проблемы с вниманием и концентрацией. Ещё одна женщина приняла участие в научной работе, когда врачи ей рекомендовали срочную инсулиновую терапию, потому что уровень сахара в её крови рос устрашающими темпами.

По результатам приёма протеинов, сопряжённого с физической нагрузкой, этот уровень вновь упал, и, как добавила сама женщина, она была очень рада, когда пришли результаты анализа крови. Сейчас её цель - ещё более снизить содержание сахара в крови.

В качестве независимого эксперта выступил Ник Оскрофт (из Ньютаунского медицинского центра в Веллингтоне, Новая Зеландия). Он заявил, что у пациентов наблюдается значительный прогресс, они снова имеют возможность контролировать свою болезнь, кроме того, общее состояние их здоровья также улучшилось. Из 8 участников у 4 уровень сахара в крови упал настолько, что они уже не считаются больными диабетом.

Доктор Грэм пояснил, что благотворный эффект протеина обусловлен, скорее всего, уникальной комбинацией из аминокислот и минералов, которые могут играть роль антиоксидантов, защищая ткани тела. Приём кератина, по его словам, помогает больным снизить уровень глюкозы, и, возможно, по результатам исследования люди получат новое натуральное нелекарственное средство от своей болезни.

Изыскания продолжаются по сей день, учёные ищут новых участников - людей в возрасте 35-65 лет, ведущих сидячий образ жизни. У них должен быть диагностирован диабет 2-го типа, но они не должны при этом получать инсулиновую терапию. Новое исследование продлится 17 недель, из которых 14 будут посвящены упражнениям под контролем медиков, также регулярно будут проводиться обследования с целью контроля здоровья участников. Будет оцениваться эффективность сочетания физической нагрузки и применения протеина.

Учёные из Оксфордского уни-

Открытия, находки ——

Зона симпатии

верситета совместно с Универстетским колледжем Лондона (оба - Великобритания) выявили область головного мозга, которая помогает человеку хорошо относиться к людям. Это открытие может помочь в понимании психопатий, а также причин возникновения асоциального поведения людей.

Исследование проводилось под руководством Патриции Локвуд, которая объяснила: «Просоциальное поведение людей является определённой социальной моделью, которая способствует тому, что люди приносят пользу другим. Оно является одним из основополагающих аспектов человеческого взаимодействия, необходимого для социальных связей и сплочённости, однако в настоящее время мало известно о том, что способствует такому поведению людей».

Хоть люди и имеют склонность к просоциальному поведению, однако остаётся один вопрос: в чём кроется причина неодинакового отношения к разным людям? Сочувствие, способность поддержать, понять чувства другого человека, было выдвинуто как мотиватор данного поведения, однако возникали вопросы об их взаимодействии между собой.

Для выяснения такого поведения были набраны добровольцы. Участникам предлагалось посмотреть на определённые символы и подумать, какие из них способны принести наибольшую пользу им или же кому-нибудь ещё. Всё это происходило под контролем МРТ.

Учёные обнаружили, что люди быстро могли делать выбор, который способен принести пользу им, нежели другим людям. В случае же, когда человек думал о пользе для другого, происходила активация определённой области мозга – передней части поясной извилины. Также выяснилось, что эта часть мозга работала у разных людей с различной интенсивностью. Примечательно, что люди. оценившие в себе более высокий уровень эмпатии, показывали результаты выше, нежели остальные.

«Данное исследование помогло более детально изучить просоциальное поведение, а также возможную его связь с сочувствием к другим людям. Именно понимание данных процессов, возможно, поможет понять, какие механизмы происходят в человеческом мозге у лиц, страдающих психическими расстройствами, с преобладанием антисоциального поведения», - заключили учёные.

> Подготовил Марк ВИНТЕР. По материалам BBC, medicalxpress.com, **Medical News Today.**

Почему бы и нет!

С заботой о сердце

Сердечно-сосудистые заболевания (наряду с онкологией) – основная причина смертей в США, которая уносит жизнь каждого четвёртого человека. Пятилетняя выживаемость после инфаркта меньше, чем после большинства видов рака. Человеческое сердце не способно восстанавливаться после таких повреждений, и этой проблемой сейчас занимаются многие учёные, в том числе и специалисты из Университета Хьюстона (США).

Исследователи ищут способы, применение которых помогло бы восстанавливаться клеткам сердечных мышц. Количество этих клеток снижается в процессе старения организма. Повреждённые ткани сердца замещаются соединительной тканью. Из-за этого сердце уже не может так же эффективно, как раньше, перекачивать кровь, и именно по этой причине сердечнососудистые заболевания не менее опасны, чем рак.

Один из ведущих авторов исследования, биохимик Ю Лю рассказал, что его группе удалось обнаружить новые регуляторы, работающие при формировании тканей сердца. Эти регуляторы, принадлежащие к одному из видов микроРНК, действуют на ранних этапах образования сердца, и

их несложно доставить в нужную часть человеческого тела - что в будущем может быть полезным при непосредственной клинической работе.

В поисках решения Лю и его коллеги обратились к самым началам - они изучили, каким образом сердце формируется у эмбриона. Одной из задач учёных было выяснить, какие именно регуляторы превращают человеческие фибробласты в мышечную ткань этого органа. Профессор биохимии Роберт Шварц, которому в составе другой группы удалось впервые создать из фибробластов кардиомиоциты, также участвовал в этом исследовании. Он заявил,

что выявленные им, Лю и другими учёными регуляторы могут оказаться очень эффективными как при самостоятельном действии, так и при совместной работе с другими уже известными агентами влияния.

Научной группе удалось отследить процесс формирования тканей сердца в лабораторных условиях. Они идентифицировали около 140 видов микроРНК, присутствовавших в тех клетках, из которых росла ткань, а затем проверили, какие микроРНК запускают рост. В обоих случаях на первый план вышел кластер miR-322/503. Именно с ним исследователи планируют работать дальше.

Лю также предположил, что результаты их работы уже через 5-10 лет можно будет использовать для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Сейчас он и его коллеги продолжают свои изыскания.

№ 2 · 13. 1. 2017

Уходя — уходи

Эксперименты по оживлению людей в Индии проводиться не будут. Как известно, в мае прошлого года крупная индийская фармацевтическая компания получила разрешение на проведение экспериментов по возвращению к жизни пациентов, чей мозг умер. Предполагалось, что методика «оживления» будет испытана на 20 людях, чья жизнь поддерживается лишь с помощью медицинской аппаратуры.

В ходе эксперимента планировалось применить сразу несколько подходов, среди которых инъекции мезенхимальных стволовых клеток и пептидов, транскраниальная лазерная стимуляция и электростимуляция срединного нерва

руки. Эти методики уже успешно применяются при реабилитации пациентов с травматическими повреждениями головного мозга.

Руковолитель исследования Химаншу Банзал ранее пояснял, что собирается вернуть пациентов в состояние минимального сознания. Он подчёркивал, что в медицинской литературе описано немало случаев, когда люди. находящиеся в состоянии минимального сознания, полностью приходили в себя.

Многие учёные критически отнеслись к эксперименту по оживлению: они неоднократно подчёркивали, что о случаях восстановления функций умершего мозга практически ничего неизвестно. Редкие упоминания подобных историй в медицинских журна-

лах довольно противоречивы. Эксперимент, который ещё не начался, вызвал многочисленные споры. Противники исследования подчёркивали, что учёные не протестировали методику на животных и не получили доказательств её эффективности. Х.Банзал, впрочем, парировал, что адекватной животной модели не существует.

Однако недавно стало известно. что в Индии эксперимент точно проводиться не будет. Национальный институт медицинской статистики при Индийском совете по медицинским исследованиям исключил «опыты по оживлению» из Регистра клинических исследований, проводимых в стране. Авторы уверены, что работа будет продолжена. Скорее всего, эксперимент проведут за пределами

Поделись улыбкою своей

Когда люди видят, что им кто-то улыбается, это провоцирует непроизвольную реакцию: уголки губ сами расползаются вверх в ответной улыбке. Учёные считают, что эмоции и их выражение влияют друг на друга, и, если заставить человека улыбнуться, это автоматически поднимет его настроение, так как мозг подстроится и, например, «подкинет» какое-либо приятное воспоминание. Именно на этом специалисты из Университетского колледжа Лондона (Великобритания) решили построить свой новый проект приложение PocketSmile.

Разработчики приложения хотят провести с его помощью исследование - выяснить, повышают ли улыбающиеся лица настроение у пользователей. Сейчас они набирают добровольцев, которые зарегистрируются в приложении и в течение 20 дней будут информировать создателей о том, какое у них настроение, и как на него влияют улыбки. Просматривать кадры с улыбками пользователи будут на протяжении 10 дней, и ещё в течение 10 дней им будут демонстрировать фотографии с пейзажами. Затем учёные проанализируют полученные данные.

Если окажется, что просмотр фотографий улыбающихся людей действительно поднимает настроение - специалисты будут рекомендовать приложение для людей, которым только что поставили диагноз «депрессия» или «тревожное расстройство», но ещё не направили на терапию. По словам членов научной группы, заразность настроения - базовое свойство человеческих существ.

Cumyaция -

Энергетики: вред и только вред

Как известно, чрезмерное употребление энергетических напитков может нанести вред здоровью. Об этом неоднократно говорили врачи и учёные. Случай, который произошёл в США, стал этому очередным подтверждением. Здоровый мужчина, который начал употреблять большое количество энергетиков ежедневно, в итоге попал в больницу. Как только пациент избавился от этой вредной привычки - его организм начал восстанавливаться.

Сам 50-летний мужчина рассказал, что начал употреблять напитки с высоким содержанием кофеина из-за того, что ему было тяжело справляться со своей работой: трудоустроен он строительным рабочим. В течение 3 недель мужчина выпивал по 5 банок энергетика ежедневно и в конце концов обратился в больницу с жалобами на простуду и боль в животе. Через некоторое время появились следующие симптомы – началась рвота, белки глаз пожелтели, позже - моча приобрела характерный тёмный цвет. а кожа стала бледно-жёлтой. По анализам врачи определили у него острую форму гепатита С.

Скорее всего, болезнь развилась именно из-за энергетических напитков, которые содержат ниацин (витамин В, или PP). В больших количествах он может вредить печени так же, как вредят алкоголь и наркотики. Рекомендуемая суточная доза ниацина – около 16 мг, больной ежедневно превышал её более чем в 10 раз. Ослабленный орган не справился с инфекцией, и мужчина заразился гепатитом. Известно, что до этого случая он ничем серьёзным не болел, не имел привычки употреблять алкоголь или никотин, не принимал медикаменты.

В рамках терапии больному запретили пить энергетики, и вскоре он почувствовал себя лучше. Его лечащие врачи подчеркнули, что данный случай ещё раз указывает на опасность энергетических напитков. Рынок энергетиков постоянно растёт, и, по словам авторов исследования, потребителям необходимо иметь представление о том, какое влияние на их организм оказывают эти напитки. Часто содержание в них определённых витаминов и микроэлементов значительно превышает дневную норму, что может приводить к отравлениям.

Донюхались...

Первый в мире ингалятор с марихуаной выходит в серийное производство.

Уже в следующем году фармацевтический рынок может сотрясти новинка от одной из израильских компаний, которая заключила соглашение о коммерциализации первого в мире медицинского ингалятора для препаратов медицинской марихуаны и получит эксклюзивные права на них и сменные картриджи. При этом будет разработана система обучения работы с устройством для медицинских работников и пациентов.

Министерство здравоохранения Израиля дало разрешение на то, чтобы этот ингалятор на протяжении года использовался в госпитале Рамбам (Хайфа). Эта больница стала первой в мире, где препарат на основе марихуаны применялся как стандартная терапия. В Израиле марихуану нередко назначают пациентам с разными болями. Если сегодня таких пациентов около 26 тыс., то к 2018 г. число должно удвоиться.

Сейчас приходится употреблять марихуану в пищу или вдыхать её дым. Но это не гарантирует точных дозировок, и подобные методы использования не позволяли назначать марихуану как обычное лекарственное средство.

A kak u hux? -

Гомеопатия, как известно, представляет собой область альтернативной медицины, появившейся в XVI веке. Её основоположник немецкий медик Христиан Фриидрих Самуэль Ганеман - считал, что «подобное лечится подобным». Болезнь можно вылечить, если предложить больному употребить препарат, действующее вещество которого вызывает симптомы, сходные с симптомами болезни. При этом, что характерно, вещество должно быть в очень низкой концентрации - вплоть до следовых количеств, которые сложно обнаружить обычными методами. Эффективность гомеопатии за прошедшие три века так и не доказали, однако она достаточно популярна и среди врачей, и среди пациентов.

Докажите, пожалуйста

Несмотря на то, что клинических исследований, подтверждающих то, что гомеопатия работает, не проводилось и большинство медицинских экспертов выступает против гомеопатии, производители средств утверждают, что их продукция действительно лечит разнообразные заболевания. В то же время, по результатам научных работ, которые велись в этом направлении, разницы между эффектом гомеопатических средств и плацебо-препаратов не было, и эффект гомеопатии на самом деле, по мнению некоторых экспертов, - это естественное выздоровление пациента, которое произошло бы и без приёма дополнительных «лекарств».

Федеральная торговая комиссия США опубликовала новую политику, касающуюся гомеопатических средств и их производителей.

Согласно положениям документа, теперь компании, которые производят гомеопатические средства, должны будут провести клинические исследования и доказать эффективность своих препаратов на практике, чтобы не вводить пациентов в заблуждение. Организации могут и не делать этого (отметим здесь, что клинические исследования достаточно дороги), но тогда им придётся указать на упаковке своих средств, что их эффективность не доказана и что теоретические представления об их действии базируются на теории 1700-х годов «издания».

Сотрудники комиссии будут внимательно следить за маркетинговыми заявлениями производителей гомеопатических средств, и, если эти заявления будут обещать потребителю слишком многое, будут применяться санкции.

Загадочное изображение

Жительница Австрии подала в суд на Еврокомиссию за использование фотографии её умершего от опухоли головного мозга супруга на сигаретных пачках. Но вдова из Бельгии на том же самом изображении узнала своего умершего супруга.

Австрийка утверждает, что на фото, сделанном в палате реанимации центральной венской больницы, действительно изображён её покойный муж Франц. Дизайнеры сигаретных пачек использовали эту фотографию незаконно и без соответствующих разрешений, считает истица.

«Так больно каждый раз видеть его фотографию на смятых сигаретных пачках, - говорит вдова. - Это на все 1000% он». Дело находится на рассмотрении в суде Вены.

Австрийские парламентарии направили запрос в правительство по поводу этого инцидента. Министо здравоохранения Сабина Оберхаузер ответила, что Еврокомиссия после проверки подтвердила, что на фото изображён не человек, скончавшийся в венской больнице.

Еврокомиссия располагает полными данными о личности человека, который изображён на пачке сигарет с предупреждающими о вреде курения надписями. Также имеется письменное разрешение этого человека на использование



фотографии. Речь идёт об актёре из Германии, чью личность Еврокомиссия отказалась разглашать из-за закона о неприкосновенности частной жизни.

В этом же мужчине на снимке. сфотографированном в последние часы жизни с трубкой для искусственного дыхания, своего мужа опознала вдова из Бельгии. Она также утверждает, что на фото её супруг, который скончался 6 лет назад от инсульта. Обе семьи пожаловались в Еврокомиссию независимо друг от друга.

Примечательно, что одна из самых известных фотографий умирающего курильщика была опубликована в 2012 г. на пачках сигарет в Австралии. На ней был изображён 34-летний Брайан Кёртис, жизнь которого унёс рак лёгких. Б.Кёртис в последние дни жизни превратился в буквальном смысле в мумию, и шокирующая фотография его настолько убедительно говорит о последствиях курения, что многие австралийцы, по их собственному признанию, бросили курить именно после её просмотра.

Полготовил Ян РИПКИЙ. По материалам Science, British Medical Journal, The Telegraph, Ремедиум, Reuters.

время и мы Nº 2 · 13, 1, 2017

Уильям Шекспир писал, что несчастья могут приносить сладкие плоды: без невроза. пьянства, нищеты, непоправимого одиночества не было бы книг Эдгара По. Кто бы мог предвидеть, что из этого сироты, родившегося в семье странствующих лицедеев, вырастет знаменитый литератор? По считается непревзойдённым мастером «мрачной» психологической новеллы. Он предвосхитил появление детективного и на**учно-фантастического** жанров. стал предтечей символизма, а его статьи способствовали расцвету американской литературно-критической мысли. Своим учителем считали его Жюль Верн и Герберт Уэллс, Артур Конан Дойл и Роберт Льюис Стивенсон. С портретом По не расставался романтик Александр Грин, а великий композитор Сергей Рахманинов написал на текст поэмы «Колокола» чарующую музыку.

Сумасшедший гений

Родился Эдгар По 19 января 1809 г. в семье гастролирующих актёров в Бостоне. Ирландские предки Эдгара появились в США давно – его дед участвовал в войне за независимость и был уважаем в военных кругах. Отец будущего литератора, влюбившись в актрису Элизабет Арнольд, сам стал актёром, хотя ему светила карьера на военном или юридическом поприще. Родители Эдгара переезжали из города в город с труппой бродячих артистов. В два года мальчик потерял близких навсегда. Отец, попав в тотальную зависимость от алкоголя, ушёл из семьи, а мать из-за скверного питания и ужасных бытовых условий скончалась от туберкулёза лёгких. Негоциант из Ричмонда Джон Аллан взял сироту на воспитание в свою семью. Отличавшийся большой добротой «странный Эдди», как его называли в приёмной семье, рос, развивая многочисленные природные таланты. Уже в раннем детстве он сочинял стихи, превосходно рисовал, занимался музыкой, плаванием и верховой ездой. Особенно легко ему давались математика, химия и... медицина. Последняя интересовала мальчишку в связи с тем, что ему хотелось установить причину раннего ухода из жизни матери. На пять лет (1815-1820) опекун уехал в Англию по торговым делам и взял с собой Эдгара. Бледное небо, дожди и туманы Лондона вызывали у мечтательного школьника с юга США приступы задумчивости и поэтических грёз. При этом чувство одиночества и тоски по близкой душе никогда не покидало юного поэта.

В 1820 г. Алланы вернулись в Вирджинию, и Эдгар поступил в ричмондскую школу, удивляя учителей тем, что всегла был готов решить любую сложнейшую умственную задачу. Свой замечательный интеллект позже он убедительно продемонстрировал в приключенческом рассказе «Золотой жук»... Чопорная обстановка в доме Алланов была чужда и даже враждебна впечатлительному мальчику, несмотря на то, что приёмная мать его баловала. Он пылко отзывался на малейшие проявления участия и доброты. Случайная знакомая Джейн Крейг Стенард по-матерински приласкала его. и Эдгар ответил ей искреннейшей привязанностью. Женщина вскоре скончалась, и Эдгар в безутешной печали ходил на её могилу, проводя на кладбище много часов. Стих «К Елене», появившийся благодаря этой подростковой любви, в переработанном виде входил во все сборники поэта.

Знания Эдгару давались легко, так за ним закрепилось прозвище «гениальный подкидыш». Однако получить высшее образование, ему не удалось по причине ссоры с опекуном, который отказался оплачивать долги (их набралось за 10 месяцев 2,5 тыс. долл.) и дальнейшую учёбу в университете.

Скитания

«В одиночестве я ищу покоя, но не уныния...» Лишённый наследства, без цента в кармане и без крова, вчерашний студент завербовался в солдаты. Будучи грамотным и очень смышлёным, Эдгар стал служить при штабе

Трудясь в журналах и готовя статьи критического характера, По рассорился со многими влиятельными литераторами тогдашней Америки. Периоды глубоких упадков духа, несоответствие желаний имевшимся возможностям (фрустрация), невыносимый груз печали рождали у романтика спутанность психофизическое состояние стали теми обстоятельствами, которые оказались сильнее гения.

Гибнущий поэт. Лучшие новеллы

«Дьявол противоречия обитал в нём и безжалостно коверкал

его судьбу...». Дипломированный

Важно отметить и негативное влияние наркотических субстанций. ускоривших фатальный исход. Поэт принимал «Лауданум» - спиртовую настойку опия с целью утоления болей и успокоения нервной системы. Однако наряду с желаемыми эффектами это средство быстро вызывало наркотическую зависи-

Болезни великих -

Пригоршня света и клочья тьмы

Счастливые плоды горестной судьбы «аристократа литературы» Эдгара По



Иллюстрированный портрет Э.По к поэме «Ворон»

артиллерийского полка и получил со временем чин сержант-майора. Он был замечен начальством и рекомендован к обучению в Военной академии США Вест-Пойнта. Но муштра и казарменная рутина оказались, в конце концов, не по душе вольнолюбивому юноше. С помощью миссис Фрэнсис Аллан его выкупил из армии, и Эдгар По вернулся в Ричмонд. К сожалению, застать в живых спасительницу он не смог - она безвременно скончалась... Беды и потери преследовали Эдгара почти всю его короткую жизнь.

Окончательный разрыв с опекуном стал неизбежным. Парень уезжает в Бостон и, переполненный идеями и впечатлениями, мечтая прославиться и заработать, выпускает в свет несколько поэтических книг, которые у публики успехом не пользовались и, к сожалению, не раскупались.

Что делал и где был

Дальше начинается область допусков, апокрифов и предположений. Достоверно тогда почти никто не знал, что делал и где был По в течение ряда лет. Существовало по этому поводу множество версий, сомнительных слухов, историй и легенд, которые, вероятно, распространял сам писатель. Это был своего рода «самопиар», выражаясь на современном сленге... Только в самое последнее время дотошные исследователи жизни великого романтика установили все его многочисленные перемещения по стране в поисках средств к существованию. К 30 годам у По уже были и публикации, и работа в журналах в должности помощника редактора, но ни дома, ни счёта в банке, ни постоянной службы не было... Лишения, безденежье и постоянная смена мест проживания в поисках литературного заработка только усугубляли его ипохондрию. Эдгара терзали одиночество и отчаяние. Посещали и мысли о самоубийстве. Чтобы преодолеть это тягостное состояние, приходилось спасаться алкоголем.

стоящее сумеречное состояние с недолгими фазами просветлений. Помогали родные - тётушка по отцовской линии Мэри Клемм, и её несравненной красоты и обаяния юная дочь Вирджиния, на которой поэт женился. Миссис Клемм была больше чем тёшей она стала настоящей заботливой матерью для Эдди. Невесте же не было и 14 лет. Эксперты говорят о том, что жена-ребёнок не была никоим образом готова к отношениям

сознания и на-

зом, что романтик всегда нуждался в тех людях, которые заботились о нём. Но и ему надобно было думать о финансовых поступлениях в семью. Будучи литературным фрилансером, По подрядился за ничтожную плату написать учебник по конхиологии (науке о раковинах), «перелицовав» солидную книгу известного специалиста в этой области Т.Уайетта. Ирония судьбы заключалась в том, что учебник конхиологии выдержал в США 9 (!) изданий и даже вышел дважды в свет в Англии (пиратским способом), что существенно отличалось от публикаций всех его вышедших при жизни поэтических и прозаических сборников. Конвертировать гениальные мозги в звонкую монету - эта задача оказалась для Эдгара По практически неразрешимой. Между тем состояние его жены-девочки резко ухудшилось из-за туберкулёза, что погрузило нашего героя в бездну отчаяния и в бредово-исступлённое состояние. Временами он впадал в тяжкий запой с редкими фазами просветлений. Зависимость от спиртного, как и любое иное прогредиентное психическое страдание, влекло метаморфозы в личностной, семейной и профессиональной сферах жизнедеятельности нашего героя, снижало его социальную адаптивность и личностную сохранность, негативизировало качество и без того не очень завидной жизни. По упустил несколько выгодных шансов найти стабильный источник доходов (друзья пытались помочь ему в этом, но Эдгар на встречи с работодателями не приходил по причине... пьянства). Алкогольная болезнь в периоды ремиссий никуда не исчезала, а только переходила в латентное состояние и выздоровлением не «грозила». Незаурядный человек с неординарным воображением всё больше и глубже погружался в сумеречные состояния, требовавшие уже не только спиртного, но и... опия. Таким образом, наследственность, склад характера, пороки и

чины и женщины. Однако характер

Эдгара был устроен таким обра-

врач и литератор Томас Данн Инглиш, близко знавший Эдгара По, выпустил в свет роман «Гибель алкоголика». По признанию этого автора, именно modus vivendi (образ жизни) знаменитого новеллиста и поэта оказал существенное влияние на перипетии сюжета этого нашумевшего в своё время произведения. Надо сказать, что потенциал здоровья Эдгара был весьма значительным в детские и юношеские годы: он превосходно плавал и на спор против течения мог преодолеть несколько миль по быстрой реке, хорошо держался в седле и мог часами неутомимо идти пешком из города в город. Однако со времени своей учёбы в университете ресурсы здоровья гения неумолимо сокращались. Испытания, пережитые в 16-17 лет и в последующем, надломили психо-эмоциональный статус нашего героя, и, начиная с того периода, отчаяние и даже сумасшедшее исступление были его нередкими гостями. Рука тянулась к алкоголю в любые моменты его горестной жизни, превратив привычку в пагубное пристрастие. Спиртное разрушало организм и делало совершенно неадекватным его поведение. Характерной особенностью стала такая необычная черта: в то время, когда его ровесники толькотолько вступали в период расцвета мужества, набирая пик своей физической формы, Эдгар неуклонно и быстро начал стариться. Приступы отчаяния, сумрачное расположение духа, быстро накатывавшаяся усталость, слабость и тревога провоцировали бессонницу. На портретах этой поры Эдгар выглядит значительно старше своих лет. Он редко бывал весел и почти никогда не знал беззаботности, находясь по большей части в сумрачности. Последняя бывала разной – иногда сосредоточенной и концентрированной, а порою - суетящейся. беспокойною и даже отчаяннопанической. Пусковым моментом его девиаций практически каждый раз было то или иное стрессовое состояние. А истоком последнего могло стать всё, что угодно - ссора, несерьёзная соматическая патология, неприятная весть, пусть даже пустячная, а главное - отсутствие финансовых средств.

Современные авторитетные критики утверждают, что По - это тот, кто «прошёл сквозь дымки и иллюзии романтичности и идеализма и оставил нам картины психологической угнетённости и отступлений от морали в огромном обществе, преобразующемся индустриализмом». Остаётся загадкой, как именно По, несмотря на эмоционально угнетённое общее состояние и свои пагубные пристрастия, продолжал сочинять, практически не прекращая писать

Трагический финал

Исследователи жизни и творчества Э.По высказывают обоснованное убеждение в том, что человек, носивший в своей душе такую удивительную сложность и бушевание страстей, неумолимо «должен был страдать глубоко и погибнуть трагически», что фактически и произошло в реальности. мость и, в конце концов, сломало волю этого великого человека.

Начиная с 1847 г. все сохранившиеся до нашего времени врачебные наблюдения относительно нашего героя свидетельствовали о нарастающей сердечной недостаточности. Участились и приступы так называемой мозговой лихорадки, что считалось наследием имевшей место в молодые годы черепно-мозговой травмы. Суровейшая нужда и хроническое безденежье, астенизация и депрессивные состояния наряду с изнурительным литературным трудом не позволяли Эдгару активно противостоять нищете и фатальным хворям. Сердце литератора, то трепеща, то замирая, билось с перегрузками, слабея с каждым днём. Нервы были подобны туго натянутым и готовым лопнуть струнам, тремор рук был почти постоянным, а голова переполнялась жуткими и странными видениями. Лечащий врач нашего героя доктор Картер строго предупредил По о том, что даже малая доза спиртного способна погубить его окончательно. Под влиянием бесед с этим опытным медиком По даже вступил в ричмондское общество «Сыны трезвости»... Но фатальная развязка приближалась. В сентябре 1849 г. Эдгар По прибыл в Балтимор, чтобы отредактировать стихи знакомой дамы и получить за эту работу приличный гонорар. Как на грех в ту пору в этом городе проходили выборы в конгресс и законодательное собрание штата. Балтимор был печально известным городом, в котором орудовали шайки «охотников за голосами». Он же стал и последним пристанищем По. Напоив Эдгара спиртным до беспамятства, его отвели в специальное место, именуемое «курятником», где содержались десятки таких же несчастных, одурманенных алкоголем и наркотиками. Этих людей возили с участка на участок, где они «голосовали». В день выборов 3 октября писателя обнаружили в таверне. Он сидел, бессильно откинувшись в кресле, окружённый дурной компанией нетрезвых людей. Давний друг Эдгара доктор Джеймс Снодеграсс перевёз ослабевшего и потерявшего сознание литератора в Washington hospital, где медики быстро поняли, что пациент безнадёжен и часы его сочтены. Эдгар метался в неотступном брелу, и его с трудом удерживали в постели две дюжие сиделки.

Смерть писателя стала ещё более мучительной, чем его жизнь. В ночь на 7 октября слабеющее сознание По стали теснить ужасающие видения. Минутные просветления случались всё реже. Что-то сместилось в его затуманенном мозгу, и умирающий писатель стал выкрикивать имя одного из своих героев - «Рейнольдс!». К утру писатель ослабел окончательно и около 3 часов ночи произнёс едва слышно: «Господи, спаси мою бедную душу» и скончался.

Константин Бальмонт провидчески заметил: «Его поэзия – есть воплощение царственного Сознания, которое с ужасом глядит на обступившую его со всех сторон неизбежность дикого Хаоса».

> Николай ПЕРЕСАДИН, профессор Бутурлиновского медицинского техникума.

Воронежская область.

№ 2 · 13. 1. 2017

Моему поколению «повезло»: очень редко на протяжении человеческой жизни в одной стране так резко менялись властные идеи, сами власти и быт. Рассуждения мои - о профессиональной медицине, но, подытоживая более чем 50-летний опыт работы врача - от сельского хирурга до руководителя отдела научноисследовательского института и затем научного консультанта многопрофильной частной клиники, - хочу сказать, что описанные события были не только «медицинскими», они были общественно типичными. Моя жизнь прошла в обществе советском и постсоветском, и, хотя пока ещё для изменения

эпохальных общественных

тенденций сроки малы, срав-

нивать можно.

В советскую медицину в 50-е годы прошлого века пришла беда. Типичный школьник-пионер, затем студент-комсомолец, воспитанный в духе преданности Родине и обожествлявший Сталина, с искренней радостью участвовавший во всех политических и избирательных кампаниях, я вдруг получил, что называется, по морде. Оказался врагом народа. В 1953 г. на 5-м курсе мы, вернувшись с каникул, увидели совершенно новых профессоров и преподавателей, а несколько студентов, я в том числе, были обвинены в участии в работе иностранной «шпионской» организации «Джойнт», о которой я и не слыхивал. Английское «joint» обозначает «соединение, объединение» (в медицинском лексиконе - «сустав»), а «Джойнт» - известная в мире демократическая благотворительная организация, поддерживающая в разных странах политические свободы. Страшные события, «дело врачей-вредителей» развивалось с устрашающей быстротой, в институте одномоментно были уволены и репрессированы известные учёные-медики (в основном, этнические евреи, но не только), в прессе появились призывы к расправе над «безродными космополитами». Меня исключили из комсомола.

Через много лет в зарубежных поездках, сравнивая, в частности. нашу и иностранную медицину, я понимал, как мы отстали и насколько в этом отставании была виновата единоличная сталинская власть, губившая своих собственных лучших людей. Во имя чего? Дело врачей было признано страшной провокацией, все нелепые обвинения были сняты. но ещё долго, вплоть до окончания учёбы, надо мной и другими «агентами Джойнт» висел этот туман. Это теперь мне почти всё ясно, а тогда я - наивный ортодокс - считал всё случившееся трагической ошибкой, вовремя исправленной властями.

На распределении выпускников директор института, конечно, участвовавший в позорной кампании и знавший в лицо основных обвиняемых, в том числе меня, с явной издёвкой спросил – хочу ли я поехать работать в сельскую больницу. Он был уверен в моём отказе, что происходило со многими выпускниками, неза-

А ещё был случай —

В Калужской глуши

Воспоминания сельского врача



служенно обиженными недавним страшным «делом врачей». Но я принял это предложение.

Существует два основных пути становления медика в нашей стране. Первый по дороге проторенной: клиническая ординатура, аспирантура, защита диссертации и работа в научно-исследовательском учреждении или преподавание в медицинском институте. Другой путь - несколько лет самостоятельной работы врачомпрактиком, обычно в провинции, и потом, при желании, обретение своего пути, очень часто случайное. Первый путь обычно открывается перед выпускниками с хорошим «врачебным анамнезом», то есть перед детьми профессоров, преподавателей института, известных медиков или людей с другими большими возможностями. Мне эта дорога была заказана, судьба «вела меня иным путём», я действительно хотел увидеть глубинку и принял первое же предложение работать в сельской районной больнице в Калужской области.

Приехал я в облздравотдел, опытный руководитель этого ведомства сразу увидел, что хирург из меня на данном этапе никакой, и направил меня на полугодовую стажировку в областную больницу. Вот здесь-то я и получил настоящее профессиональное образование. Ещё и ещё раз с огромной благодарностью вспоминаю двух пожилых ведущих хирургов этой больницы, настоящих корифеев-практиков - Алексея Ефимовича Конева и Эдмунда Микайповича ∆ламовича (г имел печатные труды, и на него была ссылка в учебнике хирургии, он одним из первых предложил тампонаду сальником на ножке при прободной язве желудка).

Через 2-3 месяца я с их ассистенцией оперировал всех поступавших по скорой помощи больных, а по ночам оперировал самостоятельно. Главное, чему я научился - не превышать своих возможностей, звать на помощь в любом сложном случае. Здесь это было просто. В общем, подучился я в областной больнице и приехал в самый отдалённый район, в посёлок Бетлица, на границе Калужской и Брянской областей. Хорошая, удобная, маленькая больница, врачи из разных городов России, хирурга нет уже 8 лет, спился, к несчастью. В поликлинике кабинеты с тонкими перегородками, при необходимости доктор стучал коллеге в стенку и вызывал его на консультацию.

Хирурги калужской областной больницы научили меня, как ни странно, не спешить при возникновении ургентных ситуаций, особенно при ночных вызовах: не надо бежать, сломя голову, надо спокойно выслушивать крики «скорее», рассказы свидетелей и родственников, чтобы понять суть дела. Если ранение было смертельным, то больного не довезли бы; идя ночью в больницу, можно примерно понять, о чём речь, и составить план действий.

Так, привезли парня, получившего в пьяной драке удар ножом по шее, везли издалека, и было ясно, что ранение несерьёзное. При осмотре картина действительно страшная - поперечный разрез от уха до уха, но дыхание свободное, больной в пьяном сне. По-видимому, его ударили ножом в позе сидя и наклонившись вперёд, так что рассечена только кожа и плоская фасция шеи. Наложил швы по всей ллине раны и создавалось впечатление что парню пришили голову, и это долго обсуждалось в посёлке, создавая мне чуть ли не обо-

жествляя меня. Очень часто я звонил в Калугу, советовался, подбирал больных для плановых операций, ко мне приезжал один из названных мною выше опытных хирургов, и мы выполняли достаточно сложные вмешательства.

Одно событие изменило всю мою жизнь. Доставили девочку 13 лет с глубокой флегмоной шеи. которая задыхалась от острого отёка гортани. Я эту патологию видел впервые, позвонил в Калугу, но погода была нелётная и времени не было. А.Конев, о котором я писал выше, спросил, есть ли у меня книга «Очерки гнойной хирургии», она у меня была. Пока я мыл руки, санитарка держала передо мной эту книгу В.Войно-Ясенецкого, открытую на главе «Флегмона шеи». Автор подробно описывал такую больную и приводил рисунок-схему операции. Я действовал точно по книге, вскрыл абсцесс под второй фасцией шеи, и девочка выздоровела. Много раз я мысленно благодарил автора этой книги. известного профессора-хирурга. Ещё и ещё раз призываю молодых хирургов, приезжающих работать самостоятельно в сельскую больницу, брать с собой и постоянно изучать классические труды по хирургии. Интернет, конечно, облегчает поиск и чтение нужных источников, но не первичных и часто спорных. Первоисточник, книга автора, намного ценнее, и, кроме всего прочего, хорошо изданная и иллюстрированная научная книга - предмет искусства.

Для молодых хирургов, уезжаюших работать на периферию, дам несколько проверенных жизнью советов. Главное - справляться с острой патологией. Аппендицит, острый холецистит, ущемлённая іжа непроходимость ника, прободная язва желудка, перитонит, ранения внутренних органов с жизнеопасными кровотечениями (не говоря о менее сложных поражениях типа наружных флегмон или простых переломов без смешения отломков) – вот основной патологический набор. требующий немедленных реше-

ний и вмешательств. Институт, в том числе годичная ординатура по хирургии, такого объёма знаний и, тем более, хирургических навыков не обеспечивают. Вообще, обучение врача, особенно хирурга, в СССР, да и в нынешней России - предмет особой критики. Ниже, при анализе медицинского образования в развитых странах, об этом подробнее, но скажу сразу: работать самостоятельно хирургом сельской районной больницы сразу после института нельзя. Заведующий калужским облздравотделом, куда я явился, это сразу же понял и направил меня на полгода на стажировку в областную больницу. Именно здесь я получил необходимый и оптимальный объём знаний и навыков, без которого работа в районной больнице была бы очень опасна для больных, которым больше обратиться не к кому.

Учите английский. Из-за проклятого железного занавеса мы долго не могли открыто пользоваться иностранными источниками, да и до сих пор не изучаем как следует английский язык, на котором ныне печатается вся важнейшая медицинская литература. Это не «преклонение перед Западом», это, к сожалению, правда. Мы резко отстаём от передовых американских и европейских учёных-медиков, ведущие отрасли медицины у них развивались во много раз интенсивнее, например, близкая мне проктология. Сколько раз я в этом убеждался! Какой-то эксклюзивный факт или отдельный клинический пример могут быть интересны, в том числе для публикации, но не для длительного изучения с привлечением различных, часто дорогих, но надуманных исследований.

Конечно, в конце концов из таких исследований может выйти и диссертация, но кому она, кроме автора, нужна? Автору она нужна для получения учёной степени, но такой учёный и дальше будет копаться в неадекватных, несовременных изысканиях и отстаивать старые, зато свои, идеи. Так было, к примеру, с целым направлением по лечению множественных полипов толстой кишки клизмами с чистотелом. Ныне в иностранные, а сейчас и в некоторые российские медицинские журналы принимаются только работы, выполненные в ситама показатапьной малининь предполагающей обязательную рандомизацию материала и обзор литературы из Кокрановской библиотеки (Канада). Так что - учите английский.

> Виктор РИВКИН, доктор медицинских наук.

Москва.

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

особом материалов, Материалы, помеченные значком □, публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель. Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

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

Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286;

ИНН 7702394528, КПП 770201001, p/c 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Корреспондентская сеть «МГ»: bлаговещенск (4162) 516190; bрянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

владение 1, дом 1.
Заказ № 16-12-00491
Тираж 23 742 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

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