Медицинская газета®

3 февраля 2017 г.
пятница
№ 8 (7726)

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

Инициатива

Зачёт по донорству

Его успешно приняли челябинские трансфузиологи

Молодые доноры провели акцию с хорошим настроением

Челябинская областная станция переливания крови провела широкомасштабную молодёжную акцию «Зачёт по донорству». Около 300 жителей Златоуста, Магнитогорска, Миасса, Сатки, Челябинска и Аргаяшского района поддержали это полезное начинание, пополнив южноуральский банк крови на 145 л.

– Мы стараемся активно вести работу по привлечению внимания молодёжи к донорскому движению, – говорит главный трансфузиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Челябинской областной станции переливания крови Галина Рудакова. – Сотрудничаем с молодёжными комитетами городов и районов области, ректоратами и студенческими профсоюзами южноуральских учебных заведений, центром волонтёрских объединений региона.

Всего в молодёжных мероприятиях, прошедших в регионе в минувшем году, приняли участие более тысячи молодых людей. Банк крови пополнился почти на 450 л.

К примеру, в Челябинском государственном университете уже сложились традиции поддержки донорского движения. Молодёжь участвует в акциях по несколько раз в год.

Своими впечатлениями от посещения станции переливания крови студенты делятся в социальных сетях, привлекая тем самым своих сверстников в ряды донорского движения.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Челябинск.

Евгений ЧОЙНЗОНОВ,
директор Томского национального исследовательского медицинского центра, академик РАН:

Мы все понимаем условность и вторичность наукометрических показателей для оценки работы учёных, главное – содержание и значение проводимых ими исследований для медицины.

Стр. 5

Андрей БЕЛЕВСКИЙ,
главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор:

Важнейшей задачей реабилитации является улучшение социальной адаптации пациента.

Стр. 7

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии России:

Суд собственной совести – самый главный и самый тяжёлый для врача.

Стр. 10–11

Профилактика

За здоровьем — на зимнюю лыжню!

Об эффективности межведомственного взаимодействия, о необходимости консолидации усилий многих структур по сохранению здоровья населения помнят в Алтайском краевом центре медицинской профилактики, который на днях начал выездную работу на лыжной базе «Динамо».

– Здоровье является сферой взаимной ответственности государства, общества и человека, где интересы и ответственность личности имеют решающее значение, – напоминает, главный врач Краевого центра медицинской профилактики Татьяна Репкина. – Потенциал, роль и степень участия организаций и учреждений, как общественных, так и коммерческих, становятся всё более значимыми во многих сферах жизни: социальной помощи, здравоохранении, профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни. Благодаря тенденции смещения приоритета здравоохранения от лечения заболеваний к их профилактике у всех жителей Алтайского края появилась возможность позаботиться о себе до появления проблем.

С появлением центров здоровья теперь любой гражданин может оценить свою физическую форму, получить помощь в избавлении от вредных привычек, проанализировать своё питание, узнать, есть ли риски сердечно-сосудистых заболеваний, и получить рекомендации о том, как сделать образ жизни более здоровым.

В этом можно было убедиться и во время выезда специалистов краевого центра медпрофилактики и Центра здоровья на «трассу здоровья» лыжной базы «Динамо». Полноценное обследование, консультации врачей бесплатно проводились в специальном автобусе – ВМК (врачебно-медицинском комплексе), расположившемся в этот день на площадке в лесу. Обследование в мобильном центре здоровья прошли около 60 человек.

Для всех барнаульцев, прогуливавшихся возле лыжной базы, стало приятной неожиданностью появление здесь медицинских работников. А ведь, по статистике, эту трассу посещает каждый пятый житель города.

И даже понижение температуры до – 25°С ни для кого не стало препятствием.

Подобные выезды планируется периодически повторять.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Решения

Шаманам здесь не место

Народная медицина официально становится частью системы здравоохранения Республики Тыва. В региональном Минздраве сообщили о начале работы по созданию Центра народной медицины и уточнили, что речь не идёт об услугах оккультно-магического характера и религиозных обрядах. К разделу «народная медицина» здесь относят именно методы оздоровления, а конкретно – траволечение, гомеопатию, мануальную и ароматерапию, акупунктуру, магнитотерапию, водолечение, апитерапию и т.п.

Тува является одним из российских регионов, где традиции народной медицины имеют очень давние и крепкие корни, а вера в возможности целителей сохраняется у части жителей республики даже на фоне развития современной медицины, высокотехнологичной и основанной на научных доказательствах. Именно поэтому власти региона дали возможность целителям легализоваться, то есть получить в Минздраве Тувы официальное разрешение на занятие народной медициной.

Лицензии уже получили известные в республике два гомеопата, один костоправ и один тибетский врач. Их кабинеты и будут открыты в Центре народной медицины. Отныне деятельность этих специалистов регулируется законодательством Российской Федерации: они обязаны получить письменное согласие пациента на лечение данным методом и заключить с ним договор с указанием видов, объёма и сроков предоставления услуг. Единственный вопрос, который пока остаётся без ответа, – будет ли государство контролировать ценообразование на услуги специалистов народной медицины?

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Новости

Четыре доклада на конгрессе

Учёные Ростовского научно-исследовательского онкологического института приняли активное участие в ежегодном конгрессе по опухолям желудочно-кишечного тракта, проходящем в Сан-Франциско (Калифорния, США), который провело Американское общество клинической онкологии. Были представлены 4 доклада онкологов РНИОИ по вопросам диагностики и лечения новообразований пищевода.

Работы ростовских учёных посвящены изучению свободного и связанного плазмина в опухолях пищевода и окружающих тканях, половых стероидных гормонов, глобулина и пролактина в тканях при аденокарциноме и плоскоклеточном раке пищевода, факторов ангиогенеза при раке пищевода, факторов половых различий в гормональном статусе при плоскоклеточной карциноме пищевода.

«Второй год подряд наш институт становится единственным научным центром России, представившим свои исследования на конгрессе по опухолям желудочно-кишечного тракта Американского общества клинических онкологов. Если в прошлом году к сессии конгресса был допущен один наш доклад, то в этом комиссией ASCO были одобрены сразу 4 работы. Значит, наши исследования не отстают от мирового научного процесса. Это подтверждает и большой интерес к нашим постерам со стороны участников конгресса», – отметил директор РНИОИ, член-корреспондент РАН Олег Кит.

Алла МЫСНИК.

Ростов-на-Дону.

Лечение под наркозом

В стоматологическом отделении Научно-клинического многопрофильного центра медицинской помощи матерям и детям им. З.И.Круглой Орловской области впервые провели лечение под наркозом. Пятилетний пациент из-за неврологического диагноза панически боялся контактов с любым посторонним человеком.

– Показаниями к наркозу при лечении зубов может быть ряд неврологических заболеваний: детский аутизм, психозы, неврозы, специфические фобии, – поясняет детский и подростковый врач-психиатр Евгения Ильичёва. – Таких деток очень много. Из-за специфики заболевания у них зубы скорее портятся, чем у их здоровых сверстников: они едят сладкое, грызут предметы. Как итог: глубокие кариесы, стёртая эмаль, трещины и сколы.

Применение наркоза для лечения таких пациентов позволяет решить стоматологическую проблему.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Орёл.

Образование не прерывается

Образовательную программу Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) освоили 16,5 тыс. столичных медиков, среди них как практикующие медработники, так и клинические ординаторы и студенты старших курсов медицинских вузов.

Обучение по образовательной программе ЕМИАС Москвы за последние 2 года прошли 11,4 тыс. практикующих медработников и 5,1 тыс. студентов медицинских колледжей. В 2016 г. обучились 8,7 тыс. практикующих медработников, из них 8 тыс. по курсу «Использование электронной медицинской карты». От того, насколько успешно врачи освоят работу сервиса, во многом зависит скорость его внедрения. В настоящее время 3,1 млн москвичей получили электронную медицинскую карту.

Также в прошлом году 2,4 тыс. студентов медицинских колледжей освоили учебную программу ЕМИАС. Помимо базового курса, они проходят обучение по предметам «Использование электронной медицинской карты в работе врача», «Льготное лекарственное обеспечение».

Масштабная образовательная программа ЕМИАС стартовала в 2014 г. Занятия проходят в 25 образовательных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы. Каждый класс оборудован компьютерами, смарт-картами, считывателями, инфоматами, принтерами, то есть полностью имитирует работу кабинета врача и поликлиники.

ЕМИАС разрабатывается Департаментом информационных технологий Москвы по заказу столичного Департамента здравоохранения в рамках госпрограммы «Информационный город» на 2012-2018 гг. Система внедрена в 660 медицинских учреждениях амбулаторно-поликлинического звена столицы.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Москва.

Застрахованному медпомощь гарантирована

Введение системы страховых представителей поможет решить ряд вопросов, касающихся предоставления медицинских услуг. Застрахованные пациенты должны получать тот объём помощи, который предусмотрен по программе госгарантий. Об этом заявила член рабочей группы Общероссийского народного фронта «Социальная справедливость» Разиет Натхо.

С прошлого года Федеральным фондом обязательного медицинского страхования была введена система страховых представителей, уже подготовлено около 6 тыс. таких специалистов. На первом уровне системы принимаются обращения граждан в контакт-центр страховой компании, даются консультации по их правам в рамках ОМС. На втором – специалисты страховой компании организуют застрахованным медицинскую помощь, даже сопровождают их при плановой госпитализации, защищают законные интересы, не допуская навязывания платных услуг. Третий уровень – специалист-эксперт страховой медицинской организации, который занимается урегулированием вопросов качества оказываемой медицинской помощи и индивидуальным информированием, а также сопровождением застрахованных при оказании медицинской помощи по результатам диспансеризации.

Р.Натхо обратила внимание на то, что страховые представители также будут следить за тем, чтобы пациенты вовремя проходили диспансеризацию. Особенно большое внимание будет уделяться лицам нетрудоспособного возраста. «Если при обследовании врачи выявят какое-то заболевание, поверенный должен будет контролировать ход лечения», – отметила представитель ОНФ.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

Праздники

Благотворительность в ритме вальса

Этот бал надолго запомнится московским студентам

Бальные танцы на всех произвели неизгладимое впечатление

В Татьянин день в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова прошёл бал-маскарад «Пироговъ». Ещё до начала праздника возле панно на втором этаже начали собираться прекрасные дамы в пышных платьях, исторических и маскарадных костюмах и элегантные кавалеры во фраках и смокингах.

Встречал участников и гостей оркестр РНИМУ под управлением маэстро И.Каверного. Некоторые приехали из других вузов: Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, Московского государственного технического университета им. Н.Э.Баумана. Непринуждённая и весёлая атмосфера воцарилась почти сразу. Молодые люди знакомились, активно общались, фотографировались на память.

Открыл бал-маскарад ректор университета Сергей Лукьянов, который поздравил студентов с Татьяниным днём и выразил надежду, что это мероприятие станет ещё одной доброй традицией университета:

– Сегодня праздник российского студенчества. Я думаю, все, в чьей жизни была эта удивительная пора, с радостью проведут сегодняшний вечер.

В программу бала вошли танцы разных эпох и народов: вальсы, мазурки, польки, кадрили, танго. Программа была составлена таким образом, чтобы на паркете было интересно и опытным танцорам, и новичкам. Танцмейстеры А.Антипова и С.Матвеев всегда были готовы объяснить желающим особенности того или иного танца.

В отделениях и в антракте отдыхающих ждали музыкальные и танцевальные номера от талантливых студентов вуза, а также выступление хора РНИМУ.

У каждого на балу была возможность помочь благотворительному фонду «Шередарь», который проводит реабилитационные программы для детей, перенёсших онкологические заболевания. Участники бала подарили подопечным фонда одежду, канцелярские принадлежности и товары для творчества.

Хочется надеяться, что бал-маскарад «Пироговъ», организатором которого выступила проректор вуза по связям с общественностью и воспитательной работе Марина Лалабекова, с каждым годом будет собирать всё больше гостей.

Ирина ОБУХОВА.

Москва.

Фото Ольги СЛАСТИКОВОЙ.

Перемены

Новый корпус в старом здании

В структуре хакасского Республиканского клинического онкологического диспансера появился лечебно-диагностический центр. Это не впервые созданное подразделение онкологического диспансера, а сформированное из всех ранее существовавших разрозненных диагностических служб учреждения и размещённое теперь в отдельном корпусе. Под лечебно-диагностический центр реконструировали одно из старых зданий, расположенных на территории онкодиспансера. Здесь просторно разместились лаборатории, отделения ультразвуковой и эндоскопической диагностики, а также несколько врачебных кабинетов.

По словам главного врача диспансера Олега Борисова, местная поликлиника изначально была расположена на первом этаже основного корпуса учреждения. Возможно, в 1973 г., когда это здание было построено, его хватало для всего: и для стационарного лечения, и для консультативного приёма, и для проведения диагностики. Но в связи с постоянным ростом больных – в регионе ежегодно выявляется около 2 тыс. новых случаев онкозаболеваний – существующих площадей поликлиники стало маловато. Так появилось решение разделить потоки первичных пациентов, пришедших на приём к онкологу и нуждающихся в обследовании, и тех, кто уже состоит на учёте.

Как уточняют в Министерстве здравоохранения республики, на реконструкцию старого здания бюджет региона выделил почти 30 млн руб. И это лишь первый этап модернизации Республиканского онкологического диспансера. Следующим будет строительство радиологического корпуса, разработка проектно-сметной документации которого уже началась.

Елена СИБИРЦЕВА.

МИА Cito!

Абакан.

Проекты

С научным подходом к новациям

Мэр Москвы Сергей Собянин провёл совместное заседание наблюдательного и попечительского советов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, где поддержал проект создания индустриального парка биомедицины.

«Это прорывной проект для университета, который реально превращается в ведущий исследовательский центр мирового уровня. Правительство Москвы всемерно поддерживает создание индустриального парка биомедицины, где будут рождаться и внедрять-ся новые высокие технологии в интересах сбережения здоровья людей», – подчеркнул С.Собянин, отметив плодотворное сотрудничество правительства Москвы и Первого МГМУ.

Поясняется, что в индустриальном парке планируется организовать полный цикл разработки, опытного и мелкосерийного производства биомедицинских препаратов – традиционных и генотерапевтических средств, клеточных и тканеинженерных конструкций. В состав парка войдут четыре крупных структурных блока: Центр фундаментальных исследований, Центр трансляционной медицины, Центр биомедицинского инжиниринга, Клинический центр.

Кроме того, на заседании была рассмотрена долгосрочная стратегия развития университета. «Стратегия предусматривает повышение качества научной и образовательной деятельности университета, а также формирование инновационной экосистемы, транслирующей результаты научных исследований в практическое здравоохранение», – говорится в материале.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Cito!

Москва.

Итоги и прогнозы

На Алтае думают о будущем

На расширенном заседании коллегии Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, прошедшем совместно с Медицинской палатой региона, было наглядно продемонстрировано активное взаимодействие управления с общественными организациями. Коллегия была посвящена подведению предварительных итогов деятельности минувшего года и перспективе развития службы на 2017 г.

Накануне мероприятия его участники оценили масштабное преображение городской больницы № 5. Экскурсию провели главный врач Ирина Вильгельм и президент Медицинской палаты Алтайского края, руководитель кафедры факультетской хирургии Алтайского государственного медицинского университета Яков Шойхет.

В медицинском учреждении проведена комплексная модернизация: появились новые диагностические площадки, переоснащены отделения, что дало возможность внедрить современные технологии оказания медицинской помощи и предоставить пациентам высококвалифицированную помощь на уровне ведущих клиник страны. Благодаря инициативе губернатора в 2016 г. реализован новый проект – построен дом для медицинских работников, 32 квартиры в нём выделено докторам. Затем форум продолжился в конференц-зале.

В ходе своего выступления заместитель губернатора Виктор Мещеряков подчеркнул, что развитие региональной системы здравоохранения является безусловным приоритетом в работе краевых властей. Он рассказал, что минувший год стал ещё одним шагом в направлении улучшения здоровья жителей края, увеличения продолжительности их жизни, совершенствования регионального здравоохранения.

Руководитель Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Долгова отметила, что основными ориентирами, в соответствии с которыми развивалось региональное здравоохранение, стали Указы Президента РФ Владимира Путина. Основным приоритетом по-прежнему остаётся демографическая политика. Благодаря реализации государственной программы развития здравоохранения региона и комплекса мер по повышению доступности и качества медицинской помощи удалось закрепить все положительные демографические тенденции, которые намечались за последние годы, такие как снижение общей смертности населения, в том числе лиц трудоспособного возраста. Это стало следствием повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Начиная с 2014 г., многие виды ВМП были включены в базовую программу обязательного медицинского страхования, а наиболее сложные и уникальные операции проводятся в ведущих федеральных центрах.

«Важнейшим направлением наших действий должно стать дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи матери и ребёнку. Благодаря принятым за последние годы системным мерам нам удалось достичь исторического для края минимума по показателям младенческой и материнской смертности. Только за последние 3 года они снизились на 22 и 35% соответственно», – подчеркнула И.Долгова.

Другим приоритетным направлением, определяющим развитие здравоохранения, станет переход от инфраструктурной информатизации здравоохранения к широкому применению цифровых технологий.

Следующим приоритетом развития отрасли станет обеспечение своевременной экстренной медицинской помощи гражданам в труднодоступных районах региона. Алтайский край вошёл в число 34 регионов РФ, в которых будет осуществляться реализация проекта по санитарной авиации.

Ещё одно очень важное стратегическое направление – непрерывное обучение медицинских кадров. В 2017 г. планируется аккредитация молодых врачей по всем специальностям. Получать аккредитацию уже работающим специалистам, у которых закончится действие сертификата, снова не понадобится, они просто продлят его. Уже не только студенты, окончившие медицинские вузы, но и выпускники системы профессионального среднего образования (медсёстры, акушерки, лаборанты) выйдут из стен учебного заведения аккредитованными специалистами. И впервые будут получать аккредитацию получившие образование по программам ординатуры или те, кто пройдёт в 2018 г. профессиональную переподготовку.

С докладом об организации совместной работы, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи в Алтайском крае, выступил Я.Шойхет. Он коснулся важности кластерной стратегии и отметил: «В регионе сформирован мощный врачебный коллектив. Хотя у нас нет НИИ и академий, профессиональный уровень медицинского сообщества очень высок». Прозвучавшие на коллегии цифры в полной мере подтверждают эти слова.

Елена ЛЬВОВА.
МИА Cito!

Барнаул.

Акценты

Центры здоровья: не пусто, но и не густо

Органы управления здравоохранением двух соседних областей Сибири – Новосибирской и Томской – обнародовали итоги работы центров здоровья в 2016 г.

В Томской области диагностику в условиях этих учреждений в минувшем году прошли 27 тыс. взрослых и 4210 детей. Врачи провели здесь 2512 процедур лечебной физкультуры, обучили 2645 человек в школах здоровья. Вот, собственно, и все итоговые показатели, обнародованные Департаментом здравоохранения Томской области.

Учитывая, что в регионе с миллионом населения действуют всего 4 центра здоровья (кстати, все – в пределах областного центра, и ни одного в сельских районах), можно ли считать адекватной такую нагрузку на работающих здесь специалистов, а результаты их работы оценивать, как высокие? В официальной информации департамента таких выводов, к сожалению, нет.

Зато в ней есть одна подробность, которая прямо-таки требует проанализировать причины данного обстоятельства. Как сообщила заместитель начальника Департамента здравоохранения области Елена Тимошина, в 2016 г. среди обследованных в центрах здоровья на 5% по сравнению с 2015 г. уменьшилось число курильщиков (16 и 21% соответственно), и на столько же (с 44 до 41%) сократилось число пациентов с повышенным артериальным давлением. Почему же люди, страдающие табачной зависимостью и артериальной гипертонией, стали реже обращаться в центры здоровья? Возможно, они не находят здесь той помощи, на которую рассчитывали? Между тем, говоря о профилактических задачах центров здоровья, в департаменте поясняют: «Люди обращаются туда, чтобы узнать, может ли у них появиться та или иная болезнь, как её предупредить или свести к минимуму негативные последствия». Кому же, как не курильщикам, людям с повышенным давлением, а также с другими негативными пристрастиями и симптомами, прямая дорога к профилактологам?

Что касается 14 центров здоровья, созданных в Новосибирске и сельских районах области, они за прошлый год приняли более 75 тыс. пациентов, из которых почти 19 тыс. – дети. В школах здоровья, организованных на базе этих учреждений, завершили циклы обучения более 15 тыс. человек. Из положительных итогов в региональном Минздраве называют то, что по сравнению с прошлым годом доля повторных посещений центров здоровья взрослыми новосибирцами выросла на 11%, что может говорить о доверии специалистам этих учреждений.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск – Новосибирск.

Однако

Ошибки дорого стоят

Сахалинский областной суд обязал местную больницу выплатить пациентке компенсацию в размере 1,3 млн руб. за удаление здоровой почки. Таким образом, суд апелляционной инстанции оставил без изменений вынесенное ранее решение Южно-Сахалинского городского суда, который пришёл к выводу, что здоровью женщины был причинён тяжкий вред.

Как уточнили в областной прокуратуре, судмедэкспертиза показала, что врачи приняли решение о проведении операции без достаточных на то оснований. В результате была повреждена правая почка пациентки, после чего её потребовалось удалить. Хотя до вмешательства никаких жалоб и проблем с этим органом не было.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Cito!

Южно-Сахалинск.

Санитарная зона

Радиационный фон в пределах нормы...

«Радиация может подстерегать нас повсюду: в воздухе и воде, в почве и продуктах, дома и в поликлинике... Заставить «фонить» окружающую среду способны как природные источники, так и рукотворные объекты. В Прииртышье радиационная обстановка остаётся стабильной и удовлетворительной», – такой вердикт вынесли специалисты регионального Управления Роспотребнадзора, проанализировав итоги радиационно-гигиенической паспортизации, проводившейся недавно. В ведомстве также подчеркнули, что на территории Омской области «отсутствуют объекты с повышенной потенциальной радиационной опасностью...»

В ходе мониторинга радиоизлучений использовались результаты исследований внешней среды нескольких крупных лабораторий. В частности, Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области, Обь-Иртышского управления по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, Омского референтного центра Россельхознадзора, а также региональных банков данных по дозам облучения персонала, пациентов, населения и лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Кроме того, скрупулёзно изучались радиационно-гигиенические паспорта 300 организаций, работающих с источниками ионизирующего излучения.

Судя по полученным данным, обнародованным на днях, превышений основных дозовых пределов у лиц, работающих с фонирующими источниками, на территории области не зарегистрировано. Средняя индивидуальная доза облучения от всех источников в прошлом году на одного жителя Прииртышья составила 4,08 м^3, что ненамного отличается от среднероссийского показателя.

Пристальное внимание специалисты обращали на строительные материалы. В частности, были исследованы 63 пробы стройматериалов местного производства и завезённых из других регионов. Все исследованные пробы были отнесены к I классу с эффективной удельной активностью менее 370 Бк/кг, что является основанием для их применения при возведении любых зданий жилого и общественного назначения.

Главный государственный санитарный врач по Омской области Александр Крига дал органам исполнительной власти, юридическим и физическим лицам региона, владеющим источниками ионизирующего излучения, рекомендации по оптимизации работы, направленной на обеспечение радиационной безопасности населения области.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Острая тема

«Детский сад» для алкоголиков

Во что превращаются порой медицинские учреждения

Эта жуткая история буквально «поставила на уши» полумиллионный Брянск. Артур Мажурин, 42-летний инвалид по зрению, изрядно «заложив за воротник», задушил свою 75-летнюю мать! Поняв позже, что натворил спьяну, обмотал труп простыней и густо посыпал его… солью.

«Чтобы не разлагалась, а мумифицировалась», – простодушно объяснил он на следствии.

И такие завсегдатаи тротуаров всегда готовы затребовать медицинскую помощь…

Небезынтересно, что последующий остаток жизни, замаливая тяжкий грех, преступник намеревался провести в монастыре. Однако вместо тихой кельи пришлось обосноваться за решёткой. И вот наступило возмездие. По решению Фокинского районного суда Брянска убийца приговорён к 10 годам лишения свободы с отбыванием наказания в исправительной колонии особого режима.

Исключительный случай? Вовсе нет. В Климовском районе, например, вдрызг пьяная дочь пыталась утопить мать в бассейне. А в посёлке Любохна Дятьковского района захмелевшая супруга лишила жизни мужа. И такой список, судя по информации следственного управления по Брянской области, можно продолжать. Но суть ведь заключается вовсе не в жутких историях, на которые толкает свои жертвы разбушевавшийся «зелёный змий».

Всё дело в том, по заверению главного врача Брянского областного наркологического диспансера кандидата медицинских наук Владимира Харитоненкова, что пациенты этого лечебного учреждения и вообще все выпивохи больными себя вовсе не считают, тем более опасными для других. «Сегодня, мол, выпил, а завтра не буду. Хочу – пью, хочу – не пью…» Так что давайте пристальнее посмотрим на медицинскую составляющую проблемы.

Мне не раз доводилось встречаться с Владимиром Фёдоровичем. Выпускник лечебного факультета тогдашнего Смоленского государственного медицинского института, он прошёл большой путь становления нарколога-профессионала. А потому порученное ему дело выполняет с высокой мерой ответственности, переживая за происходящее. А болеть душой есть за что. Ситуация с алкоголизмом в регионе по-прежнему тревожная, больше тысячи пациентов страдают алкогольными психозами. В геометрической прогрессии растёт количество злоупотребляющих спиртным женщин и подростков. Дошло до того, что в 2009 г. пришлось даже открыть специальное женское отделение на 30 коек. Да это и понятно: всевозможные стрессы наваливаются, как снежный ком, а средство от них – чаще всего то самое, испытанное. Тем более что практически в каждом новом только что сданном жилом доме тут же появляются манящие вывески: «гран-пью», «красное и белое», «пиво живое» и т.д. Для тех же, кому подобные изысканности не по карману, всякого суррогатного пойла – хоть залейся.

Скажем, в медицинской среде города на Десне до сих пор вспоминают этот курьёзный случай. Выехавшая по вызову в Бежицкий район бригада «скорой» увидела в квартире горько плачущего мужчину, который был с ног до головы… синий. Мочился и плакал он тоже синими жидкостями. Оказывается, люто маясь после «вчерашнего», хозяин квартиры «тяпнул» бутылку морилки для работ по дереву. Бедолагу доставили в Брянскую городскую больницу № 1, где с трудом удалось вернуть пациенту нормальный цвет кожи.

Рассказавшая корреспонденту «МГ» про этот случай бывшая врач «скорой» Наталья Цветкова поведала, что для «усиления кайфа» в суррогатное спиртное нередко добавляют четырёххлористый углерод. Пластиковые же зонды для промывания желудка так окрашиваются стеклоочистителем или другим пойлом, что не помогает никакое кипячение.

Напомним, что медицинских вытрезвителей нынче нет, а потому всех выпивох приходится доставлять в городские медучреждения. Специальных палат для таких горе-пациентов не предусмотрено, в итоге лечить их приходится наряду со всеми остальными. Зрелище, поверьте, не из приятных: грязные, вонючие, они ещё поистине виртуозно «кроют матом». А хрупкие медицинские сёстры вместо того, чтобы заниматься по-настоящему больными, должны их обмывать, успокаивать и укладывать спать, совсем как в детском саду. Где же выход?

Брянские полицейские предлагают вернуть в город вытрезвители. В областном Департаменте семьи, социальной и демографической политики пояснили, что вскоре действительно может появиться специализированное учреждение для временного содержания выпивох. Ведь аналогичные центры уже функционируют в Ивановской и Смоленской областях и успели на практике доказать свою эффективность.

К слову, не надо думать, что безудержное пьянство укоренилось лишь в наши дни. Например, по подсчётам академика Фёдора Углова, в царской России мужчин-трезвенников было меньше половины. А в дореволюционном Брянске создали даже Комитет народной трезвости, при котором был и сад народной трезвости. Вход туда был бесплатным, а городское духовенство организовало общество трезвости имени святых Олега и Поликарпа. Но, судя по архивным источникам, «зелёный змий» не боялся святых. А вот во времена последнего российского императора крестьянским сходам дали право закрывать винные лавки и кабаки. И за неполные полгода в западных губерниях Российской империи сознательные подданные позакрывали больше 12 тыс. питейных заведений. Однако и это благое намерение со временем кануло в Лету.

Директивно пытались бороться с бедой и в приснопамятные советские времена. Вспомним хотя бы Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16.05.1985. Отныне девизом для всех граждан должен стать лозунг: «Трезвость – норма жизни». На практике же все меры обернулись обыкновенной кампанейщиной, торговлей спиртным по талонам и просто фантастическим спросом на нелегальный алкоголь. К тому же, потери от сокращения продажи легальной водки уже в следующем году едва не обвалили государственный бюджет. Так что одними лишь карательными мерами «зелёного змия» не одолеть.

Слов нет, рецептов предлагают массу. Начиная от желательности введения сухого закона и до серьёзности рассмотрения предложения Владимира Жириновского: «Нам бы продавать спиртное раз в неделю один час. Объявить его как «час алкоголика».

Однако практика показывает, что без активизации на этом направлении современной медицинской помощи никак не обойтись. А В.Харитоненков с болью как-то рассказал мне, что в ряде районов Брянщины даже нет пока специалистов-наркологов, и больных там принимают врачи, работающие по совместительству.

Однако проблемы, как известно, создавали и создают люди. Решать их приходится тоже людям. А если речь идёт о здоровье и будущем нации, ни денег, ни усилий жалеть не надо.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Тенденции

Хороший работник – здоровый работник

На Ямале подвели итоги диспансеризации 2016 г.

В прошлом году диспансеризацию на Ямале прошли 50 тыс. человек, что составило 83% от запланированных показателей. В ходе медосмотров установлено, что 41% обследованных здоровы, 21% относятся ко II группе здоровья – то есть у них возможен риск развития каких-либо патологий, а свыше трети обследованных (37,5%) имеют хронические заболевания и относятся к III группе.

В списке выявленных заболеваний лидируют эндокринные. Ожирение, к примеру, диагностировано у каждого десятого пациента, избыточную массу тела или ожирение имеют около 18%. На втором месте – заболевания мочеполовой системы, на третьем – болезни системы кровообращения. У 6% жителей округа выявлен повышенный уровень глюкозы в крови. У 12% – высокий сердечно-сосудистый риск. Высокое артериальное давление обнаружено у 14%, а в постоянном курении признались 18% ямальцев. Малоподвижный образ жизни ведут 22% обследованных, 26,8% неправильно питаются. Все эти факторы могут спровоцировать развитие хронических заболеваний, далее – привести к инвалидности и преждевременному уходу из жизни.

В связи с этим окружные учреждения здравоохранения постоянно работают над повышением уровня и качества проведения диспансеризации. Эффективность этих усилий в 2016 г. позволяет оценить результаты анкетирования ямальцев, прошедших медосмотр. По ответам респондентов также можно судить об отношении населения к программе диспансеризации, о понимании её целей и задач. В целом, жители округа считают регулярные медосмотры полезной необходимостью (так ответили 94% респондентов), 38% опрошенных уверены, что диспансеризация позволяет вовремя обнаружить заболевания, а 27% – что она призвана выявить факторы риска и определить пути профилактики возможного заболевания.

По сравнению с опросом 2015 г. удовлетворённость населения организацией медосмотров выросла и составила 73%. А удовлетворённость качеством этих услуг повысилась до 96%. Однако среди основных неудобств при прохождении осмотра 15% респондентов отметили очереди, а 24% – необходимость посещения поликлиники несколько раз.

Большинство респондентов (66%) отметили, что узнали о проведении диспансеризации от специалистов медицинских учреждений, 13% эту информацию почерпнули из СМИ или от работодателей. Интересно, что в 2015 г. почти половина работодателей лояльно отнеслась к прохождению диспансеризации своими подчинёнными. А в 2016 г. этот показатель значительно снизился и составил лишь 21%. При этом количество ямальцев, проходящих медосмотр в нерабочее время, возросло практически в два раза и составило около 40%. Видимо, длительное отсутствие сотрудника на рабочем месте в ходе диспансеризации некоторыми руководителями не приветствуется. К сожалению, не все готовы отпустить подчинённых на медосмотр в разгар трудового дня.

В связи с возникающими трудностями многие северяне просто отказываются от прохождения диспансеризации. Для решения данной проблемы ямальский центр медицинской профилактики внёс в Госдуму РФ инициативу о предоставлении выходного дня работнику для прохождения диспансеризации. Сейчас это предложение рассматривается в Комитете по охране здоровья.

В 2017 г. у ямальских медиков не менее амбициозные планы. Диспансеризацию, по задумке окружного ведомства, должны пройти свыше 60 тыс. человек. Большая нагрузка ляжет на плечи специалистов крупных больниц, однако пройти диспансеризацию, как и всегда, можно будет в любой ямальской поликлинике. С этой целью традиционно будут активно задействованы и мобильные медицинские бригады.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Кадры

Будущих врачей учат по-новому

Молодому поколению предстоит совершить прорыв в отечественном здравоохранении

Губернатор Приморского края Владимир Миклушевский накануне Дня студента встретился с учащимися Тихоокеанского государственного медицинского университета. Тот факт, что современные информационные технологии – будущее медицины, в лучшем медицинском вузе на Дальнем Востоке России знают не понаслышке, здесь уже сегодня готовят специалистов, которые смогут работать на сложном оборудовании.

Глава региона проинспектировал систему подготовки будущих врачей в новом корпусе ТГМУ. Он осмотрел отделения хирургии, реанимации, травматологии, терапии, общего ухода и сестринского дела, оснащённые самым современным учебным оборудованием.

– Сегодня наш центр является одним из лучших в стране, здесь есть тренажёры мануальных навыков, инструментальных методов диагностики, эндоскопических оперативных вмешательств, родовспоможения, аудио- и видеотренажёры патологических состояний, учебные компьютерные 3D-технологии. Их использование способствует максимальной адаптации будущих специалистов к современным условиям работы в системе здравоохранения, – рассказал ректор университета Валентин Шуматов.

На виртуальных симуляторах с обратной стороны тактильной связью можно отрабатывать хирургические навыки, провести операцию или реанимационные действия. При этом компьютер сам отследит правильность действий будущего врача и выставит оценку. На таком оборудовании

Губернатор Приморья (в центре) в новом корпусе медицинского университета

тренируются не только студенты, но и практикующие врачи. Сложное техническое оборудование помогает получить необходимые профессиональные навыки, отметил руководитель вуза.

В.Миклушевский подчеркнул, что сегодня здравоохранение – одна из самых высокотехнологичных сфер, современные методики и технологии должны активно внедряться в процесс обучения, и ТГМУ в полной мере соответствует этому тренду.

– Информационные технологии за последние 10 лет совершили революцию. Операции, которые проводятся на высокотехнологичном оборудовании, раньше казались фантастикой, – отметил губернатор. – Мы уделяем большое внимание переоснащению приморских лечебных учреждений, и именно вашему поколению предстоит внедрять передовые технологии и совершить очередной прорыв в здравоохранении, и я верю, что у вас это получится.

Студенты проводят занятия на тренажёрах

Ключевое направление внедрения современных информационных технологий – развитие телемедицины, акцентировал глава региона.

– В Приморье уже почти 90% медицинских учреждений используют или находятся в процессе внедрения информационных технологий, – заявил В.Миклушевский. – Это помогает решить проблему нехватки высококвалифицированных кадров в отдалённых населённых пунктах и повысить качество услуг. Мы будем усиливать работу в этом направлении, и нам очень нужны специалисты, которые со студенческой скамьи знают эти технологии.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Ситуация

Две стороны одной реформы

«Узаконенная коллаборация» – это плохо или хорошо?

Изменение внутренней структуры Российской академии наук, начавшееся в результате объявленной государством в 2013 г. реформы РАН, до сих пор вызывает споры. Мнения против закрытия, перетасовки и объединения институтов, ранее принадлежавших трём ветвям академии – Большой, Медицинской и Сельскохозяйственной – звучат чаще и громче, чем мнения тех, кто усматривает в таком «калейдоскопе» реальный стимул для развития отечественной науки.

Могло быть хуже

Особенно болезненной стала данная тема для региональных отделений РАН: в отличие от столичных НИИ, формально пока сохраняющих свою самостоятельность (хотя директора многих из них уже не первый год работают с приставкой «врио» – авт.), институты, расположенные за пределами МКАД, почему-то сразу были признаны неспособными выжить в прежнем статусе самостоятельных учреждений. По решению ФАНО началось создание федеральных (национальных) исследовательских центров путём объединения разнопрофильных научных организаций по территориальному принципу: профилей много, а юрлицо одно.

В интервью разным изданиям председатель Сибирского отделения РАН академик Александр Асеев неоднократно высказывался против происходящего: «В Уральском отделении хотят объединить всех со всеми. Уже разрушены путём их объединения институты научного центра в Красноярске, такие же проблемы в настоящее время в Иркутском и Якутском научных центрах». Руководитель крупнейшего и, безусловно, самого мощного из региональных отделений РАН видит параллели между происходящей реформой и сокращением бюджета на науку: «Часть направлений и конкретных научных организаций (объявлено, что их будет примерно 150 из тысячи) финансировать будут. Остальные выживут – так выживут. Нет – значит, нет».

Справедливости ради надо сказать, что не все научные институты загонялись в федеральные исследовательские центры из-под палки, у некоторых даже была возможность выбора. И они своим выбором вполне довольны. Так, в «МГ» № 4 от 20.01.2017 опубликована статья о добровольном вхождении двух новосибирских институтов из бывшего, теперь уже полностью распавшегося Сибирского отделения Российской академии медицинских наук – Института клинической и экспериментальной лимфологии и Института терапии и фундаментальной медицины – в федеральный исследовательский центр «Институт цитологии и генетики». Директор НИИ терапии и проифлактической медицины академик Михаил Воевода считает данное решение лучшим из возможных: терапевты, лимфологи и генетики говорят на одном языке.

Больше, чем другим, повезло и научно-медицинским институтам Томска. Бывший Томский научный центр СО РАМН, в составе которого было 6 самостоятельных институтов, летом 2016 г. преобразован в Томский национальный исследовательский медицинский центр. Теперь это единое учреждение с общим бюджетом. И хотя руководители объединённых институтов автоматически утратили ряд полномочий, «семья» из 6 научно-медицинских организаций представляется куда более естественной и жизнеспособной, чем могло бы быть, если бы из большого научного потенциала Томска была собрана совсем иная конфигурация институтов. Скажем, НИИ психического здоровья и НИИ акушерства и гинекологии объединили бы с Институтом химии нефти и Институтом оптики атмосферы…

Результаты не сразу, но обязательно будут

Директор Томского национального исследовательского медицинского центра (кстати, избранный коллективом, а не назначенный «сверху»! – **авт.**) академик РАН Евгений Чойнзонов тоже называет объединение 6 медицинских институтов наиболее логичным. Вот как он прокомментировал для «МГ» итоги первого полугодия работы новой научной структуры:

– В том, что в плане проведения общих исследований у нас не будет проблем, изначально никто не сомневался. Но у многих были сомнения в экономической целесообразности объединения. Однако оказалось, что и с точки зрения экономии бюджетных средств данная реструктуризация была оправданной. Именно за счёт объединения ресурсов мы теперь тратим на организацию научных исследований, образовательного процесса значительно меньшие суммы, и даже для скептиков это становится очевидным.

Даже на почтовых расходах получается ощутимая экономия. Если раньше каждый из 6 институтов самостоятельно решал «по переписке» вопросы с ФАНО, то сегодня это делает центр. Командировочные расходы сократились, потому что теперь не каждый институт отправляет своего гонца в Москву, а туда летит один представитель центра.

Кроме того, покупку оборудования для научных лабораторий мы теперь проводим коллегиально, согласуя интересы общие и каждого института в отдельности. И если бы мы по-прежнему были «одиночками», никогда не могли бы закупить такой парк оборудования, какой нам уже поставлен в минувшем году. Мы приобрели прибор для проведения цифровой ПЦР-диагностики, который необходим и онкологам, и генетикам, и сотрудникам Института психического здоровья, и коллегам из Института фармакологии. Стоять он будет в лаборатории института генетики, но пользоваться им смогут учёные всех институтов.

А на базе Института онкологии разместится другое новое оборудование коллективного пользования – клеточный сортер. Это одна из самых передовых технологий по выделению клеточных популяций, которая требуется в работе учёным Института психиатрии, а также генетикам и онкологам.

Есть ещё один немаловажный аргумент в пользу того, что поодиночке мы вряд ли смогли бы не просто решить какую-либо глобальную задачу фундаментальной науки или клинической медицины, но даже конкурировать за право участвовать в их решении. Сегодня при проведении конкурса грантов Российского научного фонда, Российского фонда фундаментальных исследований при Правительстве РФ, Российского гуманитарного научного фонда, федеральных целевых программ шансов получить финансовую поддержку значительно больше у крупных научных учреждений. В минувшем году томские научно-медицинские институты выполнили работы по 53 грантам и подали заявки на 61 новый грант.

Конечно, от нас ждут и количественных, и качественных результатов объединения институтов. Что касается наукометрических показателей, наивно было бы полагать, что за полгода институты центра резко увеличат публикационную активность, количество выпущенных монографий и защищённых диссертаций. Кстати, количество научных статей, опубликованных томскими учёными в российских и зарубежных журналах в прошлом году, и без того было внушительным – больше 520 при общем числе научных сотрудников 409 человек. К тому же, мы все понимаем условность и вторичность наукометрических показателей для оценки работы учёных, главное – содержание и значение проводимых ими исследований для медицины.

У каждого из институтов давно сформирована научная тематика до 2019 г., это оформлено в виде государственного задания, и даже теперь, когда институты сменили статус, оставить незавершёнными рабочие проекты нельзя. А вот задача на ближайшие 5 лет после нашего объединения состоит как раз в том, чтобы работать над сквозными научными темами. Одна из них – коморбидность заболеваний: метаболический синдром и сахарный диабет, онкологическая и кардиологическая патологии, метаболический синдром и рак, онкозаболевания и психические расстройства. Учитывая, что мы создали лабораторные центры коллективного пользования, есть уверенность, что проведение исследований по данной тематике в рамках «узаконенной коллаборации» позволит нам получить результаты более высокие, чем если бы институты работали над этими проектами по отдельности.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Наши коллеги

Сила привычки травматолога, или почему гипс уходит в прошлое

Травматология – одна из самых, скажем так, продвинутых специальностей в медицине всех времён. И самая, пожалуй, востребованная среди населения. А вот о тех, кто её представляет, рассказывают не очень часто. А жаль… Словно восполняя этот пробел, корреспондент «Медицинской газеты» Николай БЕРЕЗОВСКИЙ познакомился с заведующим отделением травматологии Клинического медико-хирургического центра Минздрава Омской области Андреем ЛИФАНОВЫМ, чтобы поведать об этом настоящем профессионале и интересном человеке.

– Андрей Викторович, вы не только, насколько мне известно, практикующий врач и заведующий отделением травматологии в центре, но ещё и преподаёте на кафедре Омского государственного медицинского университета и работаете в частной клинике. Как на всё хватает времени?

– Это – сила привычки. Когда я учился в вузе, то совмещал учёбу с работой медбрата в реанимации специализированной травматолого-ортопедической больницы. Затем, когда учился в ординатуре, служил врачом «неотложки» в больнице скорой медицинской помощи и подрабатывал здесь, в клинике (тогда МСЧ-10). А когда появился какой-то опыт, стал работать и в частных клиниках… Конечно, есть и материальная заинтересованность – нечего здесь скрывать. Да и комфортно мне жить в таком ритме.

– У каждого профессионала есть в практике какой-то памятный случай, операция…

– Вспоминается случай, когда я устроился работать медбратом. Это был 2001 г. В моё первое дежурство привезли пациента с дорожно-транспортного происшествия с осложнённой спинальной травмой. Молодой парень не был пристёгнут. Машина упала с моста, он вылетел в лобовое стекло. У него оказалась травма позвоночника с необратимым повреждением спинного мозга. Сделали ортопедическую операцию, но от инвалидности не уберегли. Не знаю, но почему-то он навсегда запал мне в память. Конечно, каждый случай уникален. Даже, казалось бы, делая одинаковые операции, мы сталкиваемся с разными ситуациями, и всегда ты имеешь возможность приобрести какой-то новый опыт, улучшить свои навыки… Понятно, что мы делаем свою работу, получаем за это деньги – зарплату. Но вспоминается ещё и такой случай. Был пациент со сложным переломом руки, мы его прооперировали, он лежал какое-то время у нас. Потом подходит и говорит: «Отпустите меня домой, у меня там жена, проблемы… кролики заболели, чумка напала…». Стали объяснять: «Тебе ещё рано, рука ещё болит…». Но он ни в какую: «Я справлюсь»… В общем, отпустили его. Прощаясь, он так искренне, неподдельно благодарил… Почему запомнилось – тоже не ведаю… Операции – да, бывают разные: простые, сложные. Что-то стирается в памяти, что-то остаётся. Но вспоминаются, как правило, первые операции, какие в отделении не делались раньше. Например, остеосинтез лучевой

Андрей Лифанов

кости или по эндопротезированию плечевого сустава. Ты стоишь у истоков, и такого пациента, конечно, запоминаешь.

– Травматология как самостоятельная дисциплина «обособилась» в начале XX века, а сейчас, как я понимаю, в этой области наметилось разделение. В вашем учреждении три отделения: хирургия кисти, позвоночника, верхних и нижних конечностей. Выходит, если травматолог специализируется на хирургии кисти, то позвоночником он уже не сможет заниматься?

– Мы все в ординатуре выбираем себе специализацию… А вообще-то необходимы специализированные клиники, необходимо разделение сфер деятельности. Каждый врач, имея общее представление о травматологии и ортопедии, должен заниматься своим делом, выделяться чем-то особенным. Современное представление об ортопедической проблеме, например о переломе, очень обширно. Быть одновременно уникальным специалистом в хирургии плечевого, тазобедренного и голеностопного суставов, конечно, можно, но сложно. Узкая же специализация позволяет доктору лучше ориентироваться в практическом вопросе. Потому что когда ты занимаешься всем понемногу, то ты сможешь легко справиться с обычными, банальными случаями, а если что-то сложное, то доктор работает «один на один», ему нужны широкие знания. Если он узкий специалист, то он глубоко знает проблему…

– Но ведь к вам в отделение привозят пациентов из районных больниц области. Что, там плохие хирурги-травматологи?

– Однозначно на этот вопрос нельзя ответить. Скорее, это – следствие тех реформ, которые сейчас проводятся в системе здравоохранения, так называемая оптимизация, которая привела к тому, что сокращается хирургический коечный фонд, недостаточно оборудования, не хватает узких специалистов (вместо двух докторов остаётся один врач, и ему просто некогда заниматься какими-то проблемными случаями). Вот и приходится заниматься только неотложной хирургией (торакальная, абдоминальная и пр.). А травматология, в том числе плановая, как бы отходит на второй план, ею некогда заниматься, проще отправить пациента в специализированную клинику…

– Но травмированных не один-два, у нас 32 района, и даже по одному пациенту из каждого – их уже будет три с лишним десятка. А в вашем отделении сколько коек?

– 45 коек. В отделении работают 6 докторов плюс один аспирант – Илья Стасенко. Он оканчивает аспирантуру, в ближайшее время будет защищаться. Пока совмещает работу на кафедре с работой у нас – оперирует пациентов. Помощь оказывает нам колоссальную (он заинтересовался травматологией ещё студентом, когда приходил к нам)…

– Таких среди студентов немного?

Андрей Викторович у своего пациента

– Да, тех, кто увлекается травматологией со студенческой скамьи, из массы можно найти несколько, и они в дальнейшем приходят в нашу профессию, успешно работают, добиваются результатов. Большинство студентов не слишком увлекаются, им не интересно… Хотя бывают исключения, и встречаются ребята, которые сразу выбирают для себя конкретную специализацию, ходят на ассистенции, дежурят по неотложной помощи, знакомятся с работой отделения и приходят в ординатуру уже подготовленными. Но таких мало…

– Вы сами таким были… Наверное, в вашу студенческую пору увлечённых ребят было больше?

– Не могу это утверждать. Были и среди моих однокурсников такие, кто подрабатывал, дежурил по хирургии, гинекологии, травматологии.

– Доктора у вас с большим стажем работы?

– Да. Опытные врачи. Александр Стороженко – стаж 29 лет, Дмитрий Картавцев – 20, Александр Тютюнников – 9…

– Удивительно, но у вас мало загипсованных пациентов… Гипс уходит в прошлое?

– Не так активно используется. И полностью от него отказаться, наверное, в ближайшее время будет нельзя. Технологии сейчас меняются. Наше отделение с очень высокой хирургической активностью. Приоритет в работе отдан оперативным вмешательствам, консервативное лечение, как правило, проходит на амбулаторном этапе, и гипсовые повязки пациенты здесь носят временные… До или после операции на короткое время.

В последнее время появилось много новых технологий для внешней фиксации и обеспечения сращений костей и суставов. Конечно, нашим пациентам требуется реабилитационный период. И если есть необходимость, мы направляем их на реабилитацию в санаторий, особенно пациентов с застарелыми травмами, с несвежими переломами, когда у пациентов есть контрактура. В таких случаях реабилитация показана. Можно блестяще провести операцию, но, если пациент останется без рекомендаций, без реабилитации, этот результат может пойти насмарку. Период реабилитации зависит от вида травмы, состояния пациента и других факторов.

Гипотезы

Аутизм: распознать как можно раньше

Чтобы помочь ребёнку в будущей жизни

Специалисты лаборатории изучения аутизма Московского государственного психолого-педагогического университета предложили абсолютно новый способ диагностики расстройств аутического спектра, который можно применять у детей уже в возрасте 3-4 месяцев. Хоть вылечить аутизм на данном этапе развития медицины и нельзя, однако раннее вмешательство помогает значительно улучшить качество жизни пациентов – и если диагноз будет поставлен ещё до года, то ребёнку будет существенно проще адаптироваться в обществе.

В основе нового способа лежит ориентационная чувствительность – способность человека распознавать вертикальные и горизонтальные линии и определять, насколько они отклоняются от горизонтали и вертикали. Эта способность проявляется у людей уже в 3-4 месяца, и за её работу несут ответственность тормозные интернейроны. Ранее исследования показывали, что расстройства аутического спектра влияют на мозг, создавая в нём растормаживание – иными словами, страдающие аутизмом дети в те же 3-4 месяца и далее могут хуже справляться с задачами на определение отклонения линий.

Чтобы проверить свою гипотезу, учёные провели эксперимент с участием 78 мальчиков, из которых у 40 были диагностированы расстройства аутического спектра, а 38 были здоровы. Всем детям показали несколько изображений, где были линии – вертикальные, диагональные, а также отклоняющиеся от вертикали и диагонали. Юным участникам необходимо было определить, сильно ли отклонялись линии. Группа аутичных детей хуже справилась с заданием на выявление отклонений у вертикальных линий.

Руководитель лаборатории, доктор биологических наук Татьяна Строганова рассказала, что то, как дети воспринимают линии, с помощью современных методов можно изучить даже в самом раннем их возрасте, и это не потребует больших затрат. Исследователь пояснила, что сами по себе линии не слишком важны, однако нарушение их восприятия означает, что у ребёнка существует недостаток тормозных нейронов, что в будущем скажется на его развитии. На следующем этапе научной работы Т.Строганова и её коллеги планируют провести глобальное исследование с участием 300 младенцев из группы повышенного риска.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Москва.

Медицинская газета

№ 8 • 3. 2. 2017

Авторитетное мнение

Ориентир — качество жизни

Реабилитация как наиважнейший компонент в лечении респираторной патологии

Проблема реабилитации больных с патологиями органов дыхания стоит весьма остро. До недавнего времени в нашей стране под реабилитацией понималось санаторно-курортное лечение со всем характерным для этого набором мероприятий и процедур. Если рассматривать такой подход, то он мало чем отличается от лечения с той лишь разницей, что проводится он в условиях санатория или курортной поликлиники.

Что такое реабилитация?

В то же время в последние годы произошли существенные изменения как в понимании самой сущности реабилитации пациентов, страдающих патологией лёгких, так и в наполнении самих реабилитационных программ. Однако перед тем как приступить к разработке и внедрению реабилитационных мероприятий краеугольным камнем встаёт вопрос – что такое реабилитация.

Согласно последним совместным рекомендациям Американского торакального общества и Европейского респираторного общества, определение выглядит следующим образом: «Пульмонологическая реабилитация – мультидисциплинарная, основанная на доказательной базе, всеобъемлющая система мероприятий для больного хроническим заболеванием органов дыхания, имеющих клинически значимое течение заболевания и нарушение уровня повседневной активности. Интегрированная в ежедневное лечение пульмонологическая реабилитация призвана уменьшить проявления болезни, оптимизировать функциональный статус, улучшить кооперативность и уменьшить стоимость лечения за счёт стабилизации или уменьшения системных проявлений болезни».

Таким образом, если коротко пересказать предыдущий абзац, то важнейшей задачей реабилитации является улучшение социальной адаптации пациента, нарушенной вследствие наступления немощи, являющейся следствием хронической болезни.

Помоги себе сам

Основной причиной немощи больных заболеваниями лёгких является снижение физических возможностей, однако большинство работ в настоящее время сфокусировано на больных ХОБЛ. Это связано с тем, что именно у этих пациентов наблюдается наибольшее падение переносимости физической нагрузки, а эффект от лекарственной терапии может быть значительно усилен путём внедрения реабилитационных программ.

Данное положение ярко демонстрирует исследование качества жизни (КЖ) у подобных больных и сравнение его уровня с таковым у больных бронхиальной астмой (БА) и среднепопуляционными значениями. Как было показано в недавних широкомасштабных исследованиях, основной проблемой, значительно отличающих КЖ больных ХОБЛ с таковым больных БА и среднепопуляционными значениями, является падение физической активности и возрастание роли физических проблем в повседневной жизни.

Качество жизни больных БА средней степени тяжести в указанном возрастном интервале

мало отличается от среднепопуляционных показателей качества жизни. Те же закономерности выявляются при более прицельном анализе физических возможностей. Интереснейший факт – больные с плохо леченной БА или те, которые вовсе не получали должного лечения, значительно превышают больных ХОБЛ по физическим возможностям, а болевой синдром значительно ниже.

В связи с этим встаёт вопрос о том, какие же реабилитационные мероприятия должны предлагаться для больных БА. Исходя из многолетнего опыта внедрения астма-школ, можно предположить, что основным фактором, улучшающим состояние здоровья больных БА, является оптимальная лекарственная терапия, а реабилитация должна заключаться в полноценном обучении методам самоконтроля и самоведения и развитии кооперативности между больным и медицинским работником, осуществляющим ведение пациента.

Факторы, вызывающие снижение переносимости физической нагрузки у больных хронической лёгочной патологией

Вентиляционные нарушения. Основным фактором нарушения вентиляции при ХОБЛ является развитие воздушной ловушки и гиперинфляции, что вызывает одышку при физической нагрузке разной степени тяжести в зависимости от стадии заболевания. Следует отметить также повышенную потребность в дополнительной вентиляции у больных ХОБЛ вследствие общей детренированности и дисфункции периферической мускулатуры.

Изменения газообмена. Сама по себе гипоксия вызывает нарушения толерантности к физической нагрузке. Кроме того, повышение концентрации молочной кислоты в мышцах ведёт к накоплению CO_2. Применение кислорода во время физических нагрузок как больным гипоксемией, так и без неё, ведёт к повышению переносимости физических упражнений.

Изменения со стороны сердца. Патология сердечно-сосудистой системы вызывается различными путями, наиболее значимым из которых является повышение постнагрузки правого желудочка в результате повышения сопротивления в системе лёгочной артерии, что, в свою очередь, приводит к гипертрофии правого желудочка с возможным развитием правожелудочковой недостаточности. К этому добавляются нарушение работы левого желудочка вследствие смещения межжелудочковой перегородки, нарастание давления в лёгочной артерии при физической нагрузке, а также детренированность миокарда в результате гиподинамии.

Дисфункция скелетной мускулатуры. Изменения в периферической мускулатуре, заключающиеся в потере мышечной массы, слабости мышц, приводящие к снижению толерантности к физической нагрузке, что является проявлением системного действия болезни, гиподинамии и иногда приёма системных стероидов, хорошо описаны. Эти изменение вносят важный вклад в общую картину болезни и очень часто недооцениваются при ведении больных ХОБЛ.

Нарушения работы дыхательных мышц. Нарушения силы сокращения дыхательных мышц нарастают по мере прогрессирования болезни, причём наиболее поздно значимые изменения наступают в диафрагме. Это приводит к усилению ощущения одышки и дальнейшему снижению переносимости физической нагрузки.

Физическая тренировка как метод улучшения переносимости физических нагрузок

В пульмонологической реабилитации физическая тренировка рассматривается как основное мероприятие по улучшению физических возможностей. Этот аспект более всего изучен для больных ХОБЛ. Помимо прямого улучшения функции периферической мускулатуры, физические тренировки способствуют улучшению мотивации, улучшают настроение, уменьшают симптомы болезни и положительно влияют на сердечно-сосудистую систему. Приступая к выполнению физических тренировок, больной должен получать полноценное медикаментозное лечение, носовое дыхание должно быть максимально нормализовано, для обеспечения безопасности процедуры должен быть проведён стресс-тест, а также выявлены и по возможности скорректированы все обстоятельства, способные помешать проведению занятий.

Методика тренировок

Для тренировок нижней группы мышц применяются упражнения на велоэргометре или бегущей дорожке, для верхней группы – с лёгкими гантелями, отяжелителями на запястьях или эспандерами. Тренировки с интенсивной нагрузкой приводят к большему успеху, однако у больных ХОБЛ, никогда прежде не проходивших физических тренировок, имеется выраженная мышечная слабость и нарушение функции суставов, что серьёзно препятствует внедрению интенсивных тренировок.

В связи с этим тренировки низкой интенсивности с постепенным увеличением времени и объёма нагрузок более предпочтительны. Не рекомендуется применять в качестве тренировочного упражнения подъём тяжестей из-за опасности возникновения синкопе. Телемониторирование функций сердечно-сосудистой системы рекомендуется при начале занятий и в случае возникновения опасности нарушения ритма. Для больных, развивающих гипоксемию во время тренировок или получающих длительную кислородотерапию, должно быть предусмотрено обеспечение ингаляций кислорода.

В литературе имеются указания на то, что даже у больных без гипоксемии ингаляции кислорода улучшают переносимость физических нагрузок во время тренировок. В связи с этим рекомендуется всегда сочетать их. У некоторых пациентов переносимость физических тренировок может быть достигнута с применением неинвазивной вентиляции лёгких во время упражнений.

Эффективность тренировки респираторных мышц остаётся предметом интенсивного изучения. В наших недавних исследованиях показана высокая эффективность возрастающей пороговой нагрузки на вдохе и выдохе, которая приводит к улучшению переносимости физических нагрузок и улучшению функционального состояния лёгких. При полной невозможности применения физических тренировок вследствие крайней детренированности или у больных в крайне тяжёлом состоянии имеются сведения о положительном влиянии нейромышечной электростимуляции периферических мышц.

Обычно тренировки проводят 2-3 раза в неделю продолжительностью до 7 недель. Одно занятие длится от 20 до 40 минут в зависимости от исходных физических возможностей пациента и сопутствующих состояний. Общей проблемой является то, что приверженность к самостоятельным тренировкам в домашних условиях без инструктора у больных ХОБЛ крайне низка.

Коррекция массы тела и лекарственная терапия

Несмотря на то, что изменения массы тела происходят при многих заболеваниях лёгких, основная часть работ посвящена этому феномену у больных ХОБЛ.

Коррекция массы тела включает в себя для истощённых пациентов белковую диету с повышением калоража, введение анаболических стероидов, причём данные мероприятия, вне всякого сомнения, должны сочетаться с физическими тренировками во избежание накопления жировой массы.

Физическая реабилитация/физическая терапия должны, безусловно, сопровождаться оптимальной лекарственной программой. В широкомасштабных исследованиях по влиянию на течение заболевания реабилитационных программ в сочетании с лекарственной терапией достоверно показано улучшение всех показателей течения заболевания при применении современных пролонгированных бронхолитиков, в частности, тиотропия бромида.

Таким образом, физическая реабилитация (или физическая терапия) являются важнейшей неотъемлемой частью ведения больных ХОБЛ, значительно улучшающей результаты лечения.

Андрей БЕЛЕВСКИЙ,
президент Российского респираторного общества,
главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы,
заведующий кафедрой пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова,
профессор.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 8 (2038)

Диагностика, лечение и профилактика тяжёлой внебольничной пневмонии у взрослых

Федеральные клинические рекомендации

(Продолжение. Начало в № 5 от 25.01.2017.)

Противовирусные препараты

Среди противовирусных препаратов наибольшее клиническое значение при тяжёлой ВП принадлежит ингибиторам нейраминидазы – осельтамивиру и занамивиру, обладающих высокой активностью в отношении вирусов гриппа А и Б.

Использование ингибиторов нейраминидазы критически больным пациентам, инфицированным вирусами гриппа, улучшает прогноз, а также сокращает продолжительность выделения вируса, причём эффективность препаратов выше при их раннем назначении (≤48 ч с момента появления симптомов). Среди циркулирующих в настоящее время вирусов гриппа А (H3N2, H1N1pdm2009) устойчивые к осельтамивиру штаммы встречаются редко, все они сохраняют чувствительность к занамивиру.

Осельтамивир и занамивир обладают сопоставимой эффективностью при гриппе, однако у критически больных пациентов, нуждающихся в ИВЛ, препаратом выбора является выпускающийся в пероральной лекарственной форме осельтамивир. Занамивир также должен с осторожностью применяться у пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой ввиду потенциального риска усиления бронхообструкции.

Выбор режимов эмпирической АМТ тяжёлой ВП

При ТВП назначение антибиотиков должно быть неотложным; отсрочка с началом АБТ на 4 ч и более существенно ухудшает прогноз. В случае развития септического шока это время целесообразно сократить до 1 ч.

Стартовая АБТ тяжёлой ВП предполагает внутривенное введение АМП, так как данный путь доставки обеспечивает наиболее высокую и предсказуемую биодоступность, не зависящую от полноты и скорости всасывания препаратов в ЖКТ. В дальнейшем по мере клинической стабилизации возможен перевод пациента на пероральный приём АМП в рамках концепции ступенчатой терапии.

Выбор режима эмпирической АМТ тяжёлой ВП зависит от наличия факторов риска инфицирования P.aeruginosa, предполагаемой/документированной аспирации, клинических и/или эпидемиологических данных, свидетельствующих об инфицировании вирусами гриппа.

У пациентов без факторов риска эмпирическая АБТ предусматривает назначение препаратов, активных в отношении наиболее вероятных «типичных» бактериальных возбудителей (в первую очередь S.pneumoniae) и L.pneumophila. Препаратами выбора являются цефалоспорины III поколения без антисинегнойной активности, цефепим, ингибиторозащищённые аминопенициллины или эртапенем, которые должны назначаться в комбинации с макролидом для внутривенного введения.

Указанные выше режимы терапии в целом характеризуются сопоставимой эффективностью, выбор конкретного β-лактама может определяться рядом дополнительных факторов – сопутствующими заболеваниями, наличием препаратов в ЛПУ, затратной эффективностью. В регионах с более высокой распространённостью ПРП при наличии индивидуальных факторов риска инфицирования ПРП предпочтение следует отдавать цефтаролину. У пожилых пациентов с множественной сопутствующей патологией и высоким риском неблагоприятного прогноза, обитателей домов престарелых определёнными преимуществами может обладать эртапенем. При развитии ВП у пациентов с гриппом предпочтительны ингибиторозащищённые аминопенициллины, цефтаролин, цефепим в силу их более высокой антистафилококковой активности.

Альтернативным режимом эмпирической АБТ тяжёлой ВП без дополнительных факторов риска является комбинация респираторного фторхинолона (моксифлоксацин, левофлоксацин) с цефалоспорином III поколения (цефотаксим, цефтриаксон).

Имеются данные отдельных клинических исследований о сопоставимой эффективности монотерапии респираторными фторхинолонами с комбинированной терапией (β-лактамный антибиотик + макролид, β-лактамный антибиотик + фторхинолон) у пациентов с тяжёлой ВП. Однако подобные исследования немногочисленны, большая часть из них носила нерандомизированный характер, либо не включала наиболее тяжёлых пациентов, поэтому более надёжной, особенно у больных, находящихся в критическом состоянии (интубация, септический шок), остаётся комбинированная АБТ.

У лиц с факторами риска инфицирования P.aeruginosa препаратами выбора являются β-лактамные АБП с антисинегнойной активностью (пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем) в сочетании с ципрофлоксацином или левофлоксацином в высокой дозе; β-лактамы с антисинегнойной активностью могут комбинироваться с аминогликозидами II-III поколения и макролидами, либо респираторными фторхинолонами – таблица 10.

При документированной/предполагаемой аспирации препаратами выбора являются ингибиторозащищённые β-лактамы, карбапенемы, либо комбинация цефалоспорина III поколения без антисинегнойной активности с клиндамицином или метронидазолом.

Рутинное назначение препаратов, активных в отношении MRSA (ванкомицин, линезолид), в режимах эмпирической АБТ ТВП не рекомендуется ввиду ожидаемой низкой распространённости возбудителя в РФ.

В дополнение к АБП у пациентов с клиническими симптомами, предполагающими инфицирование вирусами гриппа, рекомендуется назначение ингибиторов нейраминидазы. Противовирусные препараты могут назначаться эмпирически пациентам с ВП, находящимся в критическом состоянии в период сезонного подъёма заболеваемости гриппом в регионе (терапию целесообразно отменить в случае отрицательного результата исследования респираторных образцов на грипп методом ПЦР).

Рекомендации по этиотропной АМТ тяжёлой ВП

Рекомендации по выбору АМП в случае выявления конкретного возбудителя ТВП представлены в таблице 14. Следует отметить, что, несмотря на эмпирический выбор АМП для стартовой терапии, у пациентов с ТВП должны быть предприняты максимальные усилия, направленные на установление этиологии ВП с последующей деэскалацией АМТ и назначением препаратов, наиболее активных в отношении выявленного возбудителя.

Оценка эффективности стартового режима АБТ

Первоначальная оценка эффективности стартового режима АБТ должна проводиться через 48-72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры тела, выраженности интоксикации, ДН и ПОН. Если у пациента сохраняются высокая лихорадка и интоксикация, прогрессируют симптомы заболевания или развиваются осложнения, АБТ расценивается как неэффективная. В этом случае необходимо пересмотреть выбранный режим АБТ.

При неэффективности АБТ на втором этапе необходимо провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления возможных осложнений ВП и проанализиро-

Таблица 9.

Активность различных антибиотиков в отношении ключевых возбудителей тяжёлой ВП

Название АМП	S.pneumoniae (ПЧП)	S.pneumoniae (ПРП)	H.influenzae	Legionella spp.	S.aureus (MSSA)	S.aureus (MRSA)	Entero-bacteriaceae	P.aeruginosa	Анаэробы[1]
Бензилпенициллин	+++	0	+	0	0	0	0	0	+
Аминопенициллины	+++	++	++	0	0	0	0	0	+
Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам	+++	++	+++	0	+++	0	+	0	+++
Пиперациллин/тазобактам	+++	0	+++	0	+++	0	+++	+++	+++
Оксациллин	+	0	0	0	+++	0	0	0	0
Цефотаксим, цефтриаксон	+++	++	+++	0	+	0	++	0	+
Цефтазидим	+	0	+++	0	0	0	++	+++	+
Цефоперазон/сульбактам	+	0	+++	0	0	0	+++	++	++
Цефепим	+++	++	+++	0	+++	0	++	+++	+
Цефтаролин	+++	+++	+++	0	+++	++	++	0	0
Эртапенем	+++	++	+++	0	++	0	+++	0	+++
Имипенем, меропенем	+++	++	+++	0	+++	0	+++	+++	+++
Макролиды	++	+	+	+++	++	0	0	0	0
Моксифлоксацин	+++	+++	+++	+++	+++	+	++	+	++
Левофлоксацин	++	++	+++	+++	++	+	++	++	0
Ципрофлоксацин	+	+	+++	+++	+	0	+++	+++	0
Ванкомицин	++	++	0	0	++	+++	0	0	0
Линезолид	+++	+++	+	0	+++	+++	0	0	0
Аминогликозиды II-III	0	0	+	0	+	0	+++	++	0
Клиндамицин	++	+	+	0	+++	+	0	0	+++

Примечание: +++ – высокая активность, подтверждённая клиническими данными, может быть препаратом выбора; ++ – активность, подтверждённая клиническими данными, может быть препаратом альтернативы; + – низкая активность АМП; 0 – отсутствие клинически значимой активности (в некоторых случаях активность только in vitro);

[1] при отсутствии активности против грам(-) анаэробов препарат расценивается как неактивный

вать результаты доступных к этому моменту микробиологических исследований.

При положительной динамике следует рассмотреть возможность перевода пациента на пероральные АБП в рамках ступенчатой терапии. Ступенчатая АБТ предполагает двухэтапное применение АБП, при котором терапия начинается с внутривенного введения антибиотика с последующим переходом на пероральный приём того же препарата, либо АБП со сходным спектром активности и механизмом действия. Переход осуществляется сразу после стабилизации клинического состояния пациента.

Цель ступенчатой терапии заключается в уменьшении длительности парентеральной АБТ, что обеспечивает сокращение сроков пребывания пациента в стационаре и риска осложнений, уменьшение стоимости лечения при сохранении высокой клинической эффективности. Оптимальным вариантом ступенчатой АБТ является последовательное использование двух лекарственных форм (для парентерального введения и приёма внутрь) одного и того же АБП. Возможно последовательное применение препаратов, близких по своим антимикробным свойствам. Важнейшим критерием выбора АМП для второго этапа ступенчатой терапии является высокая и предсказуемая биодоступность при приёме внутрь.

Для ступенчатой терапии можно использовать следующие АБП: амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин, азитромицин, линезолид, клиндамицин. Для некоторых АБП, не имеющих ЛФ для перорального применения, возможна замена на близкие по антимикробному спектру препараты (например, цефотаксим, цефтриаксон → амоксициллин/клавуланат).

Переход с парентерального на пероральный режим АБТ должен осуществляться при стабилизации гемодинамических показателей пациента, нормализации температуры тела и улучшении клинических симптомов и признаков ТВП.

При принятии решения о переводе на пероральный приём АБП целесообразно использовать следующие критерии:

- снижение температуры тела до субфебрильных цифр (< 37,5ºС) при двух измерениях с интервалом 8 ч;
- уменьшение выраженности одышки;
- отсутствие нарушения сознания;
- положительная динамика со стороны других симптомов и признаков заболевания;
- отсутствие нарушений всасывания в ЖКТ;
- согласие (настроенность) пациента на пероральное лечение.

На практике возможность перехода на пероральный способ введения АБП появляется в среднем через 2-4 дня с момента начала лечения.

Продолжительность АБТ

Оптимальная продолжительность применения АБП при ТВП до настоящего времени не определена. Метаанализ исследований, оценивавший исходы лечения у пациентов с ВП относительно коротким (< 7 дней) и более длительным (> 7 дней) курсом АБТ, не выявил различий между группами, однако в него не включались пациенты, госпитализированные в ОРИТ.

Выбор оптимальной продолжительности АБТ у пациентов с ВП зависит от различных факторов – возраста, сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы, наличия осложнений, скорости «ответа» на стартовую АБТ, характеристик назначенного АБП, выявляемых возбудителей.

По мнению экспертов, при ТВП неуточнённой этиологии продолжительность АБТ должна составлять 10 дней. Более длительные курсы АБТ (14-21 день) рекомендуются при развитии осложнений заболевания (эмпиема, абсцесс), наличии внелёгочных очагов инфекции, инфицировании такими возбудителями, как S.aureus, Legionella spp., неферментирующие микроорганизмы (P.aeruginosa и др.). **Длительность применения противовирусных препаратов (осельтамивир, занамивир) обычно составляет 5-10 дней.** При решении вопроса об отмене АМП рекомендуется руководствоваться следующими критериями:

- температура тела < 37,2ºС
- отсутствие интоксикации
- отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД < 20 в мин)
- отсутствие гнойной мокроты
- количество лейкоцитов < $10x10^9$/л, нейтрофилов < 80%, «юных» форм < 6%
- отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме ОГК (при её выполнении в указанные сроки).

Сохранение отдельных клинических, лабораторных или рентгенологических признаков ВП не является абсолютным показанием к продолжению АБТ или её модификации. В подавляющем большинстве случаев их разрешение происходит самостоятельно. Рентгенологические признаки пневмонии разрешаются медленнее клинических симптомов, поэтому контрольная рентгенография органов грудной полости не является критерием для отмены АБП, а сохраняющаяся инфильтрация – показанием к продолжению АБТ у пациентов с положительной клинической динамикой.

Однако в случае длительно сохраняющейся клинической, лабораторной и рентгенологической симптоматики необходимо провести дифференциальную диагностику ТВП с другими заболеваниями.

Неантимикробная терапия

Необходимость поиска новых подходов к лечению ТВП обусловлена высокой летальностью в данной группе пациентов, несмотря на адекватную АБТ, которая ассоциируется, прежде всего, с наличием в исходном состоянии СШ и ПОН.

Обоснованность применения определённых ЛС в качестве адъювантной терапии определяется пониманием механизмов реализации системного воспаления у пациентов с ТВП, осложнённой сепсисом.

У пациентов с клиническими проявлениями системной воспалительной реакции (СВР) в острую фазу болезни в системном кровотоке регистрируется повышение уровня провоспалительных медиаторов, в первую очередь фактора некроза опухоли (ФНО) и интерлейкинов (ИЛ) – 1,6, 8.

Формирование органной дисфункции на фоне персистенции СВР сопровождается дальнейшим повышением уровня провоспалительных медиаторов (ИЛ-6, ИЛ-8 и др.). Рост содержания ключевых противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 не компенсирует «воспалительный натиск» и не в состоянии адекватно поддержать баланс в системе воспаление – антивоспаление. Нарастание медиаторного воспалительного ответа совпадает с повышением тяжести органной дисфункции и увеличением риска неблагоприятного прогноза.

Наряду с гистогормонами значимая роль в поддержании СВР и формировании синдрома ПОН принадлежит молекулам, образующимся в результате тканевого повреждения, таким как HMGB1 – high mobility group box protein, HSP – heat shock protein и др.

Среди ЛС, относящихся к адъювантной терапии ТВП, наибольший интерес в настоящее время представляют системные ГКС, внутривенные иммуноглобулины (ИГ), некоторые иммуностимуляторы. Среди перспективных ЛС можно рассматривать группу статинов и препараты селена.

Глюкокортикостероиды

Целесообразность назначения ГКС рассматривается в первую очередь при ТВП, осложнённой СШ. При прогрессирующем системном воспалении, возникшем в результате инфекции и сопровождающемся развитием органных нарушений, ГКС способствуют ограничению его деструктивного влияния с помощью геномных и негеномных эффектов. С негеномным действием ГКС связано уменьшение агрегации тромбоцитов и уровня молекул эндотелиальной адгезии в крови. Геномное действие в зависимости от конечного эффекта подразделяют на репрессивное и активирующее. Репрессивное заключается в торможении синтеза и секреции провоспалительных медиаторов, активирующее – в увеличении субпопуляции моноцитов с противовоспалительными свойствами, которые быстро проникают в ткани, охваченные воспалением.

(Продолжение следует.)

Таблица 10.

Рекомендации по эмпирической антимикробной терапии тяжёлой ВП

1. Пациенты без факторов риска инфицирования P.aeruginosa[1] и аспирации
Цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, цефепим, цефтаролин, эртапенем в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или Моксифлоксацин, левофлоксацин в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в
2. Пациенты с факторами риска инфицирования P.aeruginosa[1]
Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + + ципрофлоксацин или левофлоксацин в/в[2] или Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + аминогликозид II-III поколения[3] в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + аминогликозид II-III поколения[3] в/в + моксифлоксацин или левофлоксацин в/в
3. Пациенты с подтверждённой/предполагаемой аспирацией
Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, эртапенем, меропенем, имипенем/циластатин в/в или Цефтриаксон, цефотаксим в/в + клиндамицин или метронидазол в/в
При наличии показаний всем пациентам дополнительно к антибактериальной терапии могут назначаться осельтамивир[4] внутрь или занамивир ингаляционно

Примечание:

[1] Длительная терапия системными ГКС в фармакодинамических дозах, муковисцидоз, вторичные бронхоэктазы, недавний приём системных АМП

[2] Левофлоксацин назначается в дозе 500 мг/2 раза в сутки

[3] Могут использоваться гентамицин, амикацин, тобрамицин; выбор препарата зависит от региональных/локальных данных чувствительности P.aeruginosa

[4] У пациентов, нуждающихся в ИВЛ, при наличии бронхообструктивных заболеваний предпочтение следует отдавать осельтамивиру

Таблица 11.

Рекомендации по этиотропной АБТ ТВП при инфицировании наиболее частыми возбудителями

Возбудитель	Препараты выбора[1]	Альтернативные препараты[1]
S.pneumoniae пенициллиночувствительные штаммы	Ампициллин	ЦС: – Цефотаксим – Цефтаролин – Цефтриаксон ФХ: – Левофлоксацин – Моксифлоксацин
S.pneumoniae пенициллин-резистентные штаммы	ЦС: – Цефотаксим – Цефтаролин – Цефтриаксон ФХ: – Моксифлоксацин – Левофлоксацин	Ванкомицин Линезолид
H.influenzae	ИЗП: – Амоксициллин/клавуланат – Ампициллин/сульбактам ЦС: – Цефепим – Цефотаксим – Цефтаролин – Цефтриаксон ФХ: – Левофлоксацин – Моксифлоксацин	Карбапенемы: – Имипенем – Меропенем – Эртапенем
S.aureus метициллиночувствительные штаммы	Оксациллин ИЗП: – Амоксициллин/клавуланат – Ампициллин/сульбактам	ФХ: – Левофлоксацин – Моксифлоксацин Линезолид
S.aureus метициллин-резистентные штаммы	Линезолид	Ванкомицин Цефтаролин[2]
Legionella spp.	Левофлоксацин ± Рифампицин Азитромицин ± Рифампицин	Доксициклин ± Рифампицин
Enterobacteriaceae (БЛРС –)	ЦС: – Цефепим – Цефотаксим – Цефтаролин – Цефтриаксон	Карбапенемы: – Имипенем – Меропенем – Эртапенем ФХ: – Левофлоксацин – Моксифлоксацин – Офлоксацин – Ципрофлоксацин ИЗП: – Амоксициллин/клавуланат – Ампициллин/сульбактам
Enterobacteriaceae (БЛРС +)	Карбапенемы: – Имипенем – Меропенем – Эртапенем	Пиперациллин/тазобактам Цефоперазон/сульбактам
P.aeruginosa	Карбапенемы: – Имипенем – Меропенем ЦС: – Цефепим – Цефтазидим Пиперациллин/тазобактам Ципрофлоксацин ± АГ: – Амикацин – Гентамицин – Тобрамицин	
C.burnetii	Доксициклин	Моксифлоксацин Левофлоксацин

Примечание: АГ – аминогликозиды, ИЗП – ингибиторозащищённые пенициллины, ФХ – фторхинолоны, ЦС – цефалоспорины.

[1] для всех препаратов путь введения только внутривенный;

[2] только при подтверждённой чувствительности возбудителя.

Совесть врача – в постоянном беспокойстве: ответственность за пациента, естественные сомнения в правильности диагноза, прогноза и адекватности лечения. Мучительна часто возникающая необходимость выбора между нею и долгом, между морально-нравственными устоями личности врача и объективной допустимостью и целесообразностью его действий. Совесть доктора нередко вступает в конфликт с требованиями разных инструкций, приказов, рекомендаций, платностью стационирования и лечения, высокой ценой нужных лекарств и т.д.

Совесть, определяющая поведение и поступки медиков, – ключевой ориентир и фактор самооценки их морали и нравственности. Вместе с тем сама совесть есть понятие исключительно субъективное и сугубо индивидуальное. Если хотите, в каждом из врачей живёт своя философия совести, которой противостоит философия интересов личности – амбициозных, карьерных, материальных, коммерческих и т.д. Врач, даже действующий нравственно, чаще, чем другие, испытывает то тяжёлое состояние, которое известно как «муки» или «угрызения» совести. Успокоить её часто не удаётся годами, а порой – никогда.

Точка зрения

Не только Homo sapiens,

Каждый больной – огромная нагрузка на совесть

Грех

Я – грешен. Не о греховности жизни нашей, а о грехах врача, связанных с профессиональной деятельностью, говорю я. У кого их нет! Великий нейрохирург Александр Коновалов порой напоминает своим коллегам: «У каждого хирурга – своё кладбище: есть оно и у меня». «Кладбище врача» – не грех и вина в прямом смысле, но всегда, когда результаты лечения оказываются плачевными, неизбежно возникает ощущение вины, ощущение греха. И начинается суд – суд собственной совести. Если обычный суд учитывает в равной степени как результат действия, так и намерения, то суд врачебной совести признаёт только результат.

Расскажу об одном случае, который потряс мою совесть.

Дело было в докомпьютерную эру. Я работал в Горьком в только что открывшемся здесь нейрохирургическом центре. Как самый опытный, столично образованный невролог брал на себя самые сложные случаи диагностики. Меня просили – я никогда не отказывал.

Однажды осенью 1964 г. вызвали нейрохирурга нашего центра Якова Певзнера в волжский затон «Парижская коммуна». Затон – это место, где зимуют суда; там осуществляется их ремонт, покраска, в общем, значительное производство. При нём посёлок, где живут семьи речников, есть магазины, столовая, небольшая больница… Начальник затона накануне на воскреснике получил черепно-мозговую травму: ему на голову свалился камень, и крепкий мужчина 32 лет упал, потерял на короткое время сознание, была рвота. Когда пришёл в себя, беспокоила сильная головная боль. Пострадавшего направили в больницу, где назначили анальгетики, но головная боль не только не исчезла, а, напротив, приступообразно усиливалась, особенно ночью, достигая такой степени, что выдержанный, уравновешенный человек дико кричал и хватался руками за голову, сжимая её. Это насторожило опытных врачей, которые, хотя и были терапевтами, но обратили внимание на необычное течение черепно-мозговой травмы.

Яков Зиновьевич, примчавшись на «Ракете», тут же осмотрел больного и столкнулся с не вполне понятной симптоматикой. Хотя пациент был явно заторможен, но на вопросы отвечал адекватно. Какие-либо нарушения речи, движений в конечностях отсутствовали. Зато определялись менингеальные знаки, особенно был выражен симптом Кернига. Пульс оказался замедленным, а артериальное давление немного повышенным. Нейрохирург предположил субарахноидальное кровоизлияние и сделал больному люмбальную пункцию (на 4-й день после травмы). Получил высокое ликворное давление, свыше 300 мм водного столба, и жёлтую окраску жидкости и тем самым подтвердил своё предположение. После пункции больному стало значительно легче, и нейрохирург счёл свою миссию выполненной.

Через 2 дня его снова вызвали в затон – состояние пострадавшего ухудшилось. Сильные распирающие головные боли, гиперемия лица, оболочечные симптомы, брадикардия, субфебрильная температура. Теперь это уже мало походило на разрешившееся субарахноидальное кровоизлияние. И Яков Зиновьевич заподозрил внутричерепную гематому, однако никакой стороннности поражения не обнаружил. Вернувшись в Горький, изложил мне ситуацию и передал просьбу руководства речного флота приехать на консультацию в затон, добавив, что он просит о том же. Я понимал, что вряд ли разрешу сомнения на месте, но всё же, не затягивая, поплыл на «Ракете», которую специально дали речники.

Попал в небольшую больничку. Старое деревянное здание, в нём чисто и уютно. Тщательно расспросил больного. Кроме мучительных головных болей, особенно ощущаемых в висках, и рвоты, других жалоб не было. Остальные находки мало чем дополнили обследование Якова Зиновьевича. По моей просьбе больного посмотрел офтальмолог и выявил начальные застойные явления на глазном дне, что служит объективным признаком повышения внутричерепного давления. К дотравматическому анамнезу придраться не мог. Чтобы разобраться в причине стойкой внутричерепной гипертензии, больного надо было перевести в нейрохирургический центр, где была ангиографическая приставка. Ангиограммы без наложения многих фрезевых поисковых отверстий лучше ответят на вопрос: есть ли гематома и где она расположена? Либо имеем дело с тяжёлым отёком головного мозга, и тогда можно смело усилить дегидратацию.

Перевозить больного на вибрирующем скоростном транспорте я отказался. Нашли наиболее щадящий вариант транспортировки по реке. Мне предоставили буксир, который назывался весьма символично «Академик Бурденко», и я вместе с пациентом поплыл в Горький тихим ходом. Больной перенёс «путешествие» по Волге удовлетворительно. У причала ждала «скорая помощь», которая аккуратно доставила нас в нейрохирургический центр.

Было 6 ноября, последний рабочий день перед трёхдневными праздниками. Оставлять больного на 3 дня без диагноза рискованно, потому что в праздники многие службы больницы не работают, на дежурство, не исключено, попадёт недостаточно опытный нейрохирург, а вызов старшего коллеги может затянуться, что недопустимо, если разовьётся ущемление ствола мозга.

Волнообразность течения черепно-мозговой травмы могла свидетельствовать об отёке головного мозга, тем более что больной всегда хорошо реагировал на дегидратацию. Но прежде надо исключить образование внутричерепной гематомы, которая тоже может протекать ундулирующе. И я решил назначить то, что разумно, общепринято и нам доступно: каротидную ангиографию. Она должна внести ясность: обнаружит гематому – успеем прооперировать до ухудшения состояния, в противном

Врача определяет совесть

случае – усилим дегидратацию. Александр Фраерман, опытный нейрохирург, поддержал меня. У меня были ещё консультации в институте, а на ангиографическом исследовании моё присутствие не обязательно. И мы договорились, что если выявится гематома, действовать, не дожидаясь меня.

Едва я вечером вернулся домой, как позвали соседи. Звонил дежурный врач (у меня не было ещё телефона): «Леонид Болеславович, беда. Сделали ангиографию, получили тяжёлый спазм мозговых сосудов. Больной потерял сознание, иногда открывает глаза и двигает конечностями». – «Что на ангиограммах?» – «Да ничего убедительного, есть, правда, небольшое смещение сосудов». Я вызвал «скорую» и помчался в больницу, от которой жил довольно далеко. Больной был в коме, расширенные зрачки, тахикардия, гиперемия кожных покровов. Посмотрел ангиограммы: один бессосудистый участок был подозрителен на гематому в теменно-височной области справа. Сделали костнопластическую трепанацию и действительно обнаружили небольшую субдуральную гематому, объёмом около 20 кубиков, увидели также резко отёчное вещество мозга. Больному лучше не стало, и через сутки он скончался.

Опытный судебно-медицинский эксперт так сформулировал верифицированный диагноз: «Тяжёлая черепно-мозговая травма, перелом основания черепа, пластинчатые полушарные субдуральные гематомы с обеих сторон, отёк мозга; состояние после операции: костно-пластической трепанации в правой лобно-теменной-височной области и удаления субдуральной гематомы».

Но для меня было очевидно, что не эти находки обусловили смерть больного. Истина опре-

желудочковых, других. Наблюдал летальные исходы при острых массивных внутричерепных гематомах и при иных ситуациях. Но там печальные итоги были более ожидаемы, более оправданы для совести врача, сделавшего всё. А здесь смерть наступила вследствие осуществления моего плана уточнения диагноза, который казался безукоризненным. Показания для каротидной ангиографии были все, и тактика ведения больного представлялась безупречной. Но предвидеть сосудистый спазм я не мог, а каких-либо указаний на повышенную чувствительность к йоду не было. Всегда есть риск, на который часто вынуждены идти, тем более в срочных ситуациях, когда без ангиографического исследования невозможно прояснить диагноз и решить, необходимо ли оперативное вмешательство. Обычно больные хорошо переносят ангиографию, а нейрохирург имеет доказательства очаговой патологии мозга и её расположения. Но порой правильная тактика оборачивается непредвиденной трагедией.

Погиб 32-летний инженер, хороший человек и семьянин; его очень любили в коллективе, он имел все перспективы долгой жизни и достойной карьеры. И всё рухнуло. Осиротели дети, родители лишились сына, а жена – мужа. Конечно, я не виноват в том, что камень упал на голову. Я так старался спасти больного. Не совершил врачебной ошибки, всё равно виноват, грех на мне, совесть мучает меня до сих пор…

Самый тяжёлый суд

Суд собственной совести – самый главный и самый тяжёлый для врача. Он значимее для личности суда коллегиального, административного, официального и

врача, можно определять его действия клиническими рекомендациями, можно всё вводить в рамки инструкций. Единственное, что не удаётся регламентировать, – это совесть врача, она всегда остаётся с ним как неотъемлемое и важнейшее качество его личности.

Личность врача

Личность врача всегда была высоко значима на протяжении многовековой истории медицины. Однако в последнее время в связи с потрясающими достижениями всевидящих неинвазивных методов исследования стало казаться, что роль личности врача, по крайней мере в диагностике, начинает снижаться. Создаётся впечатление, что диагноз ставят умные машины, а доктору при этом отводится лишь диспетчерская деятельность. Для подобной иллюзии, конечно, есть свои основания: кто сегодня не направит пациента на магнитно-резонансную или компьютерную томографию, чтобы увидеть патологию головного или спинного мозга? Картинку ждут как манну небесную, это высший судья, и это обоснованно: либо патология нежданно обнаруживается, либо жданно подтверждается, либо существенно уточняется, либо исключается. Все возможные варианты одинаково важны – и для врача, и для больного.

А что же личность врача? Разве не существенно, кто и как скажет о серьёзном диагнозе, о необходимости сложной операции? Слово врача для пациента играет бóльшую роль, чем малопонятные ему снимки. И, конечно, ничто не заменит беседу человека-врача и человека-больного.

Да, потоки информации, в нашем случае медицинской, резко возросли. С этим нельзя не считаться, как и с тем, что нередко современный пациент благодаря интернету и различным справочникам неплохо осведомлён о своём заболевании, его лечении и прогнозе. И всё-таки обычно он верит именно тому, что говорит ему лечащий врач. И мы опять-таки приходим к понятию личность в клинической работе. Врач как личность характеризуется профессиональной добросовестностью, честностью, всегда поступает по отношению к пациенту по совести.

Я намеренно опускаю здесь такие необходимые и значимые для врачебной практики сферы, как клиническое мышление, концептуальные подходы к лечению, клиническая философия, наконец. Не затрагиваю я и то обстоятельство, что постижение клиники

Медицинская газета

№ 8 • 3. 2. 2017

заболеваний намного сложней и длительней, чем овладение какой-либо медицинской техникой. Хочу остановиться только на личностных качествах, на роли личности врача в условиях медицины высоких технологий и максимальной компьютеризации знаний.

Чеховское: «В человеке должно быть всё прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли», разумеется, остаётся в силе. И всё же не это определяет то, что мы квалифицируем как личность врача. На наш взгляд, первый критерий, свидетельствующий, что врач – личность – это результат его общения с больным. Известен

но и Homo moralis

доктора и её испытание

афоризм: «Если больному после консультации врача не стало легче – это не врач». Он, может быть, убийственный, но справедливый.

Бесспорно, личности врачей не надо и нельзя унифицировать. У каждого своя манера, свои приёмы обследования и общения с больными. Но конечный эффект должен быть один – пациент обретает уверенность в своём лечении, и ему, по крайней мере, психологически становится лучше. Недопустимо с позиции знания болезни «раздавливать» пациента всей правдой о ней. Если врач – личность, он всегда будет испытывать эмпатию к пациенту, вчувствоваться в его состояние, сочувствовать, сострадать, уважать и жалеть болеющего человека, разумеется, одновременно помогая ему исцелиться с применением всего арсенала медицинских средств и технологий.

Один из признаков, что врач – личность, является противостояние в своей деятельности коммерческим соблазнам. Сила последних весьма значительна, особенно в переживаемый нами период коммерциализации медицины. У личности профессиональный долг врача и нравственные категории всегда одержат верх над материальными выгодами.

Непременное качество личности врача – брать на себя ответственность за судьбу каждого из своих пациентов. Самостоятельность решений должна быть основана на состоятельности клинического уровня доктора. При этом недопустима «гордыня». Не только собственное внимание к больному, не только необходимые исследования и анализы, не только чтение литературы по определённой патологии, но и обсуждение каждого неясного наблюдения с коллегами, использование консультаций специалистов.

Актуальный сегодня вопрос: врач при технике или техника при враче, доктор, если он личность, решает однозначно – только он командует замечательными и абсолютно необходимыми технологиями во благо больных!

Гуманистическое мировоззрение, владение клиническим мышлением и методологией концептуальных подходов к лечению, общекультурная и философская образованность позволяют личности врача избежать участи винтика в громадном современном медицинском механизме и сохранить человеколюбие.

Паттерны нравственного сознания

Совесть – сердцевина морали, нравственности, всего человеческого в человеке. Развитие совести в ребёнке определяется воспитанием, его окружением, в первую очередь родителями, светскими, национальными и религиозными особенностями среды, а также генетикой. По мере взросления возрастает роль коллектива, школы, учителей и всего того, что относят к понятию «улица». А далее всё больше влияют общественные, экономические, идеологические и политические факторы.

Огромную роль в становлении, функционировании чувствительности и стойкости совести человека, бесспорно, играет религия. Бог, на мой взгляд, прежде всего есть совесть! Однако экстремистские уклонения веры, различные секты могут извращать внутренние установки совести, порабощать её, оправдывая по сути антибожеское поведение и поступки человека.

Различие профессиональных проблем накладывает свой отпечаток на совесть индивидуума. Именно в этом смысле есть основание говорить о совести доктора. Какие факторы оказывают влияние на её формирование, накладываясь и соединяясь с совестью уже созревшей личности. Прежде всего – это качество обучения профессии в вузе, имея в виду все слагаемые этого сложного процесса. Среди них, на мой взгляд, «первая скрипка» – личности учителей, их воспитательное умение, поступки, знания, облик, глубоко воспринимаемые примеры отношения к больным. Студентам свойственно невольное подражание своим наставникам, конечно, с индивидуальными преломлениями и последействиями.

Не менее важна в созревании совести доктора профессиональная среда, в которой он работает ежедневно и многие годы. Тот микроклимат, те особенности внимания к больным, взаимоотношения коллег и локальные нравы, которые сложились и утвердились в коллективе, весьма существенны в усилении либо разрушении благородных начал совести молодого эскулапа. Не всё, конечно, но очень многое зависит от старшего поколения, какой пример оно подаёт.

Вспоминаю, как один профессор-травматолог, одержимый стяжательством, обкладывал крупной данью каждого больного, поступавшего на бесплатное лечение в государственную клинику. Нисколько не стесняясь, он демагогически говорил пациенту: «Вы же понимаете, я обязан заботиться об уровне жизни моих хирургов и анестезиологов, чтобы они хорошо вас лечили». И своих сотрудников, деформируя их совесть, он заставлял делать то же самое. Протестовавшие вынуждены были покидать клинику. К счастью, противоположных примеров несоизмеримо больше.

Однажды я спросил у практикующего невролога: «Что такое, на ваш взгляд, врачебная совесть?» Он ответил: «По-моему, это поступать по отношению к больному, как бы ты хотел, чтобы в аналогичной ситуации поступали по отношению к тебе». Простой и ёмкий ответ – «По совести – значит, делать другому так, как себе».

Какими путями осуществляется взаимодействие совести (и, разумеется, личности) врача с пациентом? Это прежде всего внимание к нему, причём не только как к носителю болезни, но и как к личности, которая не исчерпывается болезнью, как бы она ни была тяжела и опасна.

Далее – эмпатия к больному, вчувствование в его состояние, сострадание к нему, что является одним из главных слагаемых врачевания. Знаменитый терапевт Абрам Сыркин, выделяя главное качество в своих учениках, говорит: «Я хочу, чтобы они жалели людей».

Следующее – достаточная полнота обследования больного с привлечением всех необходимых инструментальных методов и консультаций специалистов для установления исчерпывающего диагноза, определяющего тактику лечения и прогноз. Если патология подлежит хирургическому лечению, обязателен коллегиальный клинический разбор наблюдения для взвешивания всех данных и обстоятельств с целью выбора адекватной направленности лечебных действий. И затем краткое их обсуждение и окончательное утверждение на утренней общеврачебной конференции.

Несомненно, для оптимизации лечения важно взаимопонимание врача с родными и друзьями больного.

Если перечисленное, естественно, с какими-то индивидуальными вариациями и дополнениями, осуществлено, то совесть врача чиста. Ему не за что себя упрекать, профессиональный (и человеческий!) долг выполнен. Это, конечно, по разным причинам не всегда удаётся, но к этому надо стремиться и делать для больного всё, что в твоих силах.

Совесть врача не терпит самоуверенности и всегда открыта сомнениям и при решении проблем диагностики, и при оценке результатов лечения. Чистая совесть доктора, разумеется, не исключает переживаний за судьбу больного, может быть, особенно при наших поражениях, обусловленных особенностями патологии и неизбежными, увы, осложнениями и, пусть редкими, смертельными исходами, несмотря, казалось бы, на все старания и мастерство доктора.

Мой друг – выдающийся нейрохирург Сергей Фёдоров очень тяжело переживал каждую неудачу, хотя никакой вины его в этом не было. «Знаешь, Лёня, – говорил он мне, – никак не могу привыкнуть к смерти. Всё кажется, что я виноват».

Как бывает

...Тянет, так и тянет к тяжёлым больным. Какое-то сцепление, какая-то особая зависимость и твоих мыслей, и твоего настроения от них. И идти необязательно, и не идти не можешь: порабощающее чувство недоисполненного долга.

Но заявишься в воскресенье в реанимацию или отделение – и легче на душе становится, особенно если твоему больному чуть лучше. Часто, не сговариваясь, мы собираемся вместе и чувствуем нашу общность. И всё равно совесть болит, пусть и чиста. Ибо душа врача всегда с умирающими, с теми, кто в тяжёлом состоянии или с неясным диагнозом. Чувство вины всегда присутствует в тебе, даже если ты ни в чём не виноват. А ведь бывает – так или иначе – виноват.

Вот один из последних случаев. Одиннадцатилетней Светочке при автомобильной аварии металлическое колесо с зубьями вонзилось в голову. Сознание девочка не теряла. Мать сама выдернула из черепа колесо. Через двое суток в местной больнице устранили вдавленный перелом в левой лобной области. Вскоре, однако, развились глубокий парез правых конечностей, затруднение речи, сильные головные боли, тяжёлое состояние, но без подъёма температуры и менингеальных симптомов. В Белгороде сделали ангиографию, которая выявила признаки объёмного процесса в лобной доле слева.

Прислали ребёнка к нам. Срочно в день поступления сделали компьютерную томографию – видим огромный гнойник с капсулой, смещающей срединные структуры мозга вправо на 19 мм. Предел допустимого. Решаем оперировать сразу же. Но все операционные заняты – начатое хирургическое вмешательство не прервёшь, хоть оно и плановое. Придётся час-другой подождать. Что поделаешь. Ситуация вроде бы терпит, не кома же, лишь умеренное оглушение. Руководитель клиники Александр Потапов отдаёт распоряжение по подготовке операции. И мы садимся пить чай. Обсуждаем доклад на предстоящий симпозиум в Японии.

Минут через двадцать вбегает ординатор – девочка внезапно потеряла сознание. Мчимся в палату. Глубокая кома с переходом в терминальную, резчайшая анизокория – слева предельное расширение зрачка, без реакции на свет, арефлексия, атония, перебои дыхания. Всем всё ясно – острое вклинение с ущемлением ствола мозга в отверстии мозжечкового намёта. Но уже поздно думать об операции по правилам, прошляпили, прозевали – жизнь уходит из ребёнка. Только пункция абсцесса. Только немедленное его опорожнение! Какая там операционная, какой там наркоз, когда уже расширился и застыл второй зрачок. В ближайшую перевязочную мигом, прямо через кожу прокол – благо успели побрить, благо не надо возиться с костью, она уже удалена в Белгороде. Игла вошла в абсцесс, под давлением стал выделяться зловонный зелёный гной. Установили дренаж. Промыли антисептиком полость гнойника. Ну и что? Кома-то остаётся. Всё сделано правильно, но поздно. Судебных медиков бояться нечего. Но собственную совесть! Смерть – на ней. Раздавленно молчим.

На что рассчитывали, ведь знали же, что 19 мм смещение в любой момент может рвануть. Не было операционной? Да, не было, и здесь ничего не поделаешь. Хотели, как лучше, радикальней. Надеялись – пронесёт. Верно, часто проносит. Час-два обычно не ухудшают прогноз. Могло и с девочкой пронести. Но ведь опытные зубры, других учим, как надо срочно упреждать фатальное вклинение. Понимали ведь, что на волоске от смерти. Так почему не решились вовремя выполнить то, что сделали сейчас, когда она умирает?

О, удивительный детский организм, всё ты переносишь, даже терминальную кому! Через несколько минут расширенные зрачки сузились – это была ласточка надежды, а ещё через полчаса – они уже реагировали на свет. Светлана открыла глаза, начала стонать и, наконец, выполнила первую инструкцию – показала нам язык. Внешне малозаметное отчаяние прервал счастливый вздох. Слава богу! Через 1,5 месяца Светлана, восстановив силу в правых руке и ноге, обретя свободу речи, вместе со счастливой мамой попрощались с нами. Мы улыбались Светочке, а внутри всё холодело от мысли, что вполне могли – из-за нескольких минут задержки – потерять её.

Совесть врача, наверное, самое главное в нашей преданности больным, в нашем человеколюбии, в нашем профессиональном служении...

Вместо заключения

Совесть гражданина тесно связана и, более того, значительно зависима от царящей в обществе этики, то есть от морали и нравственности, а также уровня экономического развития и даже идеологии, доминирующей в стране. Однако этика индивидуума способна оказаться сильней распространённой общественной морали, противостоять навязываемым «нормам», подчиняясь следованию собственной совести. Хороший человек или плохой, честный или бесчестный, его поведение и поступки определяются, прежде всего, его нравственными началами, его совестью.

Возвращаясь к врачебной совести, замечу, что в России, охваченной коррупцией и социальными диспропорциями, доктор (и, стало быть, его совесть) находится в более трудной моральной ситуации, чем его коллеги на Западе, где они великолепно материально обеспечены, получая солидные дивиденды от страховых компаний. У нас же привыкли получать деньги от пациента напрямую «под столом», что неизбежно расшатывает моральные устои и приучает совесть молчать.

Совесть, как и этика, должна быть независима от экономики. Но в нашем обществе с хронически больной экономикой этого часто не удаётся избежать. Профессиональный долг врача приходит в противоречие с его коммерческими интересами. Вместе с тем доктор обязан быть совестливым к пациенту при любом типе их взаимоотношений – патерналистском, партнёрском или клиентском и коммерческом. Именно совесть должна обеспечивать справедливость и бесспорное выполнение профессионального долга. Нередко совесть кажется чем-то эфемерным, с чем не очень нужно считаться. Вот знания и умения – это да, как материальный и административный статус. Глубокое и опасное заблуждение! А в ситуациях «врач и больной» может быть особенно неприемлемое.

Понятно, что только быть совестливым для врачевания недостаточно. Но совесть – это основа гуманного отношения к больному, качественного, ответственного овладения клиническими навыками и технологическими приёмами, беззаветного врачебного служения восстановлению здоровья пациента и – шире – здравоохранению общества. Когда говорят о благородном облике доктора, то больше всего имеют в виду внешнее отражение его внутренней красоты, его совести.

Итак, среди различных регуляторов профессионального поведения и поступков врача по отношению к пациенту главным является совесть, отражающая и суммирующая воспитание, образование, знания, убеждения, психологическое здоровье и душевные качества доктора. Присяга российского врача, как и клятва Гиппократа, иллюстрирует, что каждый доктор только тогда соответствует своему высокому назначению, когда он не только Homo sapiens, но и Homo moralis! Иначе – наделён совестью – внутренним нравственным сознанием в самооценке своей профессиональной деятельности.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии России.

Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Деловые встречи

Всё самое лучшее и эффективное

Для акушерской помощи женщинам можно и нужно использовать современные технологии

Акушеры-гинекологи Приморского края смогли повысить свою квалификацию в стенах Владивостокского родильного дома № 3. На днях здесь прошёл мастер-класс «Современный взгляд на вакуум-экстракцию», ставший частью научно-практической конференции. Организатором мероприятий стал коллектив «третьего» роддома и кафедры акушерства и гинекологии Тихоокеанского государственного медицинского университета при поддержке Департамента здравоохранения Приморского края.

Лекцию и последующий мастер-класс для коллег провела руководитель родильного отделения НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта, акушер-гинеколог высшей категории, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Кузьминых (Санкт-Петербург). Она поделилась опытом своего медицинского учреждения по оказанию акушерской помощи женщинам с применением вакуумного экстрактора и рассказала об особенностях использования нескольких моделей аппаратов нового поколения. Вакуумная экстракция плода представляет собой родоразрешающую операцию с искусственным извлечением плода через естественные родовые пути. Осуществляется это за счёт отрицательного давления, созданного между головкой ребёнка и внутренней поверхностью чашечек экстрактора. Современным аппаратом, предназначенным для выполнения этой акушерской манипуляции, является комплексное устройство, разработанное таким образом, чтобы обеспечить самостоятельный приём родов врачом-акушером без помощи ассистента. К слову, если в 2004 г. на долю вакуумных экстракций в родильном отделении НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта приходилось 0,05% от общего числа принятых родов, а в 2008 г. – 1%, то по итогам 2014 г. этот показатель составил 1,7%. В целом же по стране такого рода вмешательства в абсолютных числах выросли с 3446 в 2008 г. до 17 440 в 2014 г.

Продолжилась рабочая встреча мастер-классом от эксперта, после которого все желающие, используя муляжи и вакуумный экстрактор, смогли выполнить вспомогательную манипуляцию и «принять роды» в искусственно созданных ситуациях. Приморские специалисты достойно справились с поставленной задачей и в ближайшее время получат соответствующий сертификат о прохождении обучения.

На Дальнем Востоке мероприятие такого формата стало первым. Не случайно интерес к нему проявили специалисты со всего Приморского края. Среди участников встречи, а их число превысило 70 человек, были представители нескольких учреждений родовспоможения из Владивостока, Артёма, Дальнегорска, Лесозаводска, Партизанска и Надеждинского района. Кроме того, на мастер-классе присутствовали будущие профессионалы, которые сейчас проходят обучение в ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии ТГМУ.

В президиуме конференции

В завершении мероприятия Т.Кузьминых посетила с экскурсией родильный дом № 3 Владивостока. Она побывала в женской консультации, Центре сохранения беременности, акушерском стационаре и отделении реанимации. Эксперт высоко оценила техническую оснащённость учреждения и отметила созданные здесь условия для комфортного пребывания женщин и новорождённых.

Ознакомиться с некоторыми достижениями, наблюдениями и наработками коллектива «третьего» роддома смогли и их приморские коллеги – в рамках основного мероприятия научно-практической конференции «50 лет – успехи и перспективы», которая прошла в ТГМУ. Наряду со специалистами медучреждения, о современных аспектах работы акушерско-гинекологической службы рассказали сотрудники кафедры акушерства и гинекологии ТГМУ и кафедры перинатальной и репродуктивной медицины Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, а также Владивостокского патологоанатомического бюро.

Во время «принятия родов» всё происходило словно в реальной ситуации

В качестве почётных гостей на мероприятии присутствовали проректор ТГМУ по лечебной работе и международной деятельности Владимир Кузнецов и главный специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Департамента здравоохранения Приморского края Евгения Шутка. Они не только поздравили сотрудников «третьего» роддома Владивостока с юбилеем учреждения, но и отметили весомый вклад его коллектива в дело развития акушерско-гинекологической службы региона.

– Родильный дом № 3 служит примером постоянно развивающегося учреждения, – отметила в своём приветственном слове Е.Шутка. – Здесь стремительно внедряется всё самое новое, лучшее и эффективное, что только появляется в акушерско-гинекологической практике. Кроме того, «третий» роддом является первой и основной клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ТГМУ, что обеспечивает тесное взаимодействие экспертов высочайшего уровня и способствует скорейшей практической реализации в работе учреждения новейших научных подходов. Поэтому неудивительно, что к специалистам этого родильного дома обращаются пациентки из различных уголков Приморского края. Ведь современнейшее оборудование, которым оснащено учреждение, передовые технологии и высокопрофессиональный коллектив позволяют оказывать медицинскую помощь совершенно иного качественного уровня, когда речь идёт о проведении уникальных операций и успешном лечении тяжелейших больных.

Некоторыми достижениями, наработками и наблюдениями специалисты родильного дома № 3 Владивостока поделились с коллегами. Они представили их вниманию доклады, посвящённые опыту ведения беременных с резус-отрицательной кровью и пациенток с истинным вращением плаценты, принятию родов с вакуум-экстракцией и профилактике тромбоэмболических осложнений в акушерстве, клиническому опыту лечения женщин с опухолями придатков и матки, выполнению лапароскопических операций у пациенток с опухолями яичников во время беременности и оказанию помощи новорождённым с врождёнными пороками развития.

Также перед участниками конференции выступили профессор кафедры акушерства и гинекологии ТГМУ Юрий Ишпахтин, рассказавший о зависимости морфологических особенностей продолговатого мозга от предлежания плода, и сотрудник Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека (Иркутск), врач гинеколог-эндокринолог, кандидат медицинских наук Яна Наделяева. Темами докладов эксперта из соседнего региона стали акушерские кровотечения, комбинированные оральные контрацептивы и репродукция.

Завершая встречу, главный врач Владивостокского клинического родильного дома № 3 Светлана Сагайдачная поблагодарила заведующую кафедрой акушерства и гинекологии ТГМУ Людмилу Матюшкину за помощь в организации мероприятия. Также она напомнила о том, что учреждение всегда открыто для диалога и обмена опытом с коллегами, ведь такое взаимодействие идёт во благо развития сферы здравоохранения, а значит – укрепления здоровья населения.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Современные технологии

Первый виновный в депрессии найден

Одна из главных загадок депрессии – её генетический код – может быть разгадана. Долгое время мировой науке не удавалось установить причастность конкретных генов к развитию депрессии, и вот, наконец, первая победа. Её авторы – учёные Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН. Используя методы математической генетики, они смогли обнаружить один из генов, влияющих на развитие депрессии. Как подчёркивают в ИЦиГ, именно «один из».

– Вклад генотипа в развитие депрессии примерно такой же, как и у шизофрении. Но если для шизофрении уже установлены десятки генов, которые контролируют возникновение и развитие этого заболевания, то для депрессии до сих пор не было надёжно установлено ни одного гена. Нам удалось впервые идентифицировать ген, участвующий в контроле депрессии в европейской популяции: статистически значимый и подтверждённый на независимой выборке сигнал ассоциации обусловлен редкими несинонимическими заменами в гене NKPD1, – поясняет заведующая лабораторией рекомбинационного и сегрегационного анализа ИЦиГ доктор биологических наук Татьяна Аксенович.

Тем самым исследователи дают понять, что генов, ответственных за предрасположенность человека к депрессивному расстройству, больше одного, и поиск остальных «соучастников» будет продолжен. По выражению Т.Аксенович, «с точки зрения генетики, депрессия – уникальная болезнь». Патология характеризуется сложной генетической архитектурой, которая включает в себя большое число генов, обладающих малыми эффектами. А чем меньше эффект гена, тем больший размер выборки требуется для его идентификации.

Вот почему все попытки найти «слабые звенья» в генотипе больных депрессией до сих пор не давали результатов ни в одной из научных лабораторий мира. Используя новые, разработанные здесь же, в Институте цитологии и генетики СО РАН, статистические методы генетического анализа, сибирские учёные смогли получить такие результаты, проанализировав данные обследования всего 2 тыс. человек, а не 50 тыс., как предполагали некоторые их зарубежные коллеги.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Гипотезы

Беседы с бактериями

Учёные из Института им. Вейцмана (Израиль) сделали новое открытие, касающееся вирусов-бактериофагов. Оказалось, что вирусы, которые заражают бактерии из рода Bacillus, передают друг другу сообщения. Вирус, атакующий бактерию, способен «прочитать» сообщение своего предшественника и в зависимости от его содержания выбрать, что делать дальше – убить свою цель или только заразить её.

Израильтяне работали над гипотезой о том, что бактерии могут предупреждать другие бактерии об атаке вирусов. Исследователям было известно, что бактерии могут определённым образом координировать свои действия, оставляя друг другу сигналы, которые называются quorum sensing – «чувство кворума», дистанционное микробное взаимодействие. Однако вместо общения между бактериями сотрудники Института им. Вейцмана, к своему удивлению, обнаружили коммуникации между вирусами. Бактериофаги phi3T производили химические соединения, которые влияли на поведение других вирусов того же вида.

Некоторые бактериофаги способны атаковать свои цели двумя разными способами. Они могут заразить клетки носителя и делиться там, пока те не погибнут, или встроиться в геном бактерии и «уснуть», пока какой-либо триггер не пробудит их к активности. С помощью химических сигналов вирусы phi3T «командовали» друг другом, заставляя своих «коллег» выбрать определённый способ заражения. Чтобы проверить своё предположение, учёные поместили некоторое количество вирусов в сосуд с бактериями Bacillus subtilis и отметили, что вирусы предпочитают сразу убивать бактерии. Затем они аккуратно убрали из сосуда и бактерии, и вирусы, не трогая белковые следы, оставленные вирусами.

Эти белки добавили к свежей культуре Bacillus subtilis и phi3T. В новом эксперименте вирусы вели себя иначе – они предпочитали «засыпать», оставив свой геном внутри бактерий. Молекулу, которая при этом была активна, назвали arbitrium (от латинского – решение).

Дальнейшие исследования показали, что arbitrium выделяется тогда, когда заражённая вирусом бактерия умирает. Если умерло большое количество бактерий, уровень arbitrium повышается и вирусы прекращают убивать бактерии, «засыпая» на некоторое время, пока бактерии снова не размножатся в достаточном количестве. Возможно, arbitrium – не единственный способ коммуникации вирусов, и, скорее всего, не только бактериофаги могут общаться между собой. Есть вероятность, что передавать друг другу сигналы могут и те вирусы, которые поражают гораздо более сложные, чем бактерии, организмы – в том числе людей.

То, что бактерии способны общаться друг с другом с помощью электрохимических сигналов – наподобие того, как общаются между собой нервные клетки – обнаружили специалисты из Калифорнийского университета в Сан-Диего (США) осенью позапрошлого года. Они заинтересовались особенностями роста и питания больших бактериальных скоплений – их увеличение носило скачкообразный характер, периодически колонии переставали расти. Выяснилось, что, когда бактерии, находящиеся в середине колонии, начинают голодать, они посылают особый электрохимический сигнал на периферию. Получив этот сигнал, бактерии по краям перестают употреблять питательные вещества (а колония прекращает расти) и начинают передавать их в центр, пока его обитатели не насытятся и не прекратят сигналить. После этого колония снова начинает расти.

В настоящее время исследования на эту тему продолжаются, и сотрудники Калифорнийского университета в Сан-Диего открыли новые виды взаимодействия. Бактерии, заявили специалисты, общаются не только с себе подобными, но и с другими микроорганизмами. Учёные обнаружили, что Bacillus subtilis, формирующие вместе с грибками и одноклеточными биоплёнку, регулируют численность микроорганизмов в своей среде обитания. Биоплёнка – это тонкий слой таких организмов, располагающийся на какой-либо поверхности. Благодаря совместной работе бактерии и их соседи эффективно сопротивляются антибиотикам и химическим воздействиям. Если бактерии «решают», что их биоплёнка имеет слишком маленький объём – они посылают электрические сигналы наружу, выпуская ионы за её пределы. Другие микроорганизмы, получив такой сигнал, воспринимают его как пригласительный билет и присоединяются к биоплёнке.

Специалисты из Университета Иллинойса (США), основываясь на этой работе, планируют выяснить, можно ли повлиять на бактериальные сигналы. В связи с тем, что в последнее время как никогда актуальна проблема резистентности к антибиотикам, они хотят найти возможность с помощью этих сигналов приказать бактериям оставаться в состоянии, не враждебном человеческому организму. Учёные будут работать с колониями стрептококков, а также изучать, как с помощью сигналов можно разрушать биоплёнку. Возможно, исследователям удастся создать первый человеко-бактериальный «разговорник».

Генрих ВЕРНЕР.

По материалам Nature.

Взгляд

Китайские учёные доказали, что пациенты, страдающие от депрессии, хуже реагируют на химиотерапию, а также чаще страдают от её побочных эффектов. Это происходит из-за снижения уровня белка BDNF – нейротрофического фактора мозга. Чем серьёзнее была депрессия у участников исследования, тем сильнее было негативное влияние, которое она оказывала на ход их лечения от рака.

Белок депрессии

Всего в научной работе участвовали 186 человек, у которых был диагностирован рак лёгких. Всем им была показана химиотерапия, и перед тем, как начать её прохождение, все пациенты заполнили опросники, целью которых было выявление их душевного состояния – насколько они подвержены депрессии. Плохое настроение характерно для онкобольных, однако целью учёных из Университета Чжэнчжоу (Китай) было выявить, как на лечение пациентом с поздними стадиями рака влияет именно депрессия.

Выяснилось, что хуже всего не только в физическом, но и моральном плане чувствовали себя люди, опухоль лёгких у которых уже метастазировала, перекинувшись на другие органы. Химиотерапия действовала на таких людей хуже, кроме того, они сильнее всего страдали от побочных эффектов – у них была рвота, сокращалось количество лейкоцитов в крови, такие пациенты были вынуждены дольше оставаться в больнице. Серьёзная форма депрессии сокращала время, в течение которого состояние этих людей не ухудшалось.

Исследователи во главе с Юфенем Ву обнаружили, что концентрация нейротрофического фактора мозга влияет на количество раковых клеток, подверженных химиотерапии. Ранее было доказано, что низкий уровень этого белка ассоциирован с различными расстройствами психики. У пациентов, уровень нейротрофического фактора мозга у которых был снижен из-за депрессии, организм боролся с раком не так эффективно, и шансы на выживание у таких людей в сравнении с теми, кто старался смотреть на мир позитивно, были ниже.

На следующем этапе китайские исследователи собираются проверить, помогают ли антидепрессанты повысить эффективность применения химиотерапии.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам Medical Xpress.

Однако

И снова о рыбе

По данным специалистов из Университета Макао, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3, содержащиеся в рыбе, помогают убирать из мозга метаболиты, в том числе бета-амилоиды. Эти пептиды тесно связаны с деменцией. Исследователи говорят, что жирные кислоты положительно влияют на глимфатическую систему, очищающую мозг от мусора.

Учёные провели исследование на мышах. Они воздействовали на ген fat-1, регулирующий уровень эндогенных кислот омега-3 в мозгу. Исследование показало: у грызунов с высокими уровнями эндогенных жирных кислот глимфатическая система работала лучше по сравнению с обычными дикими мышами.

Затем специалисты давали рыбий жир, в котором много жирных кислот омега-3, диким мышам. После этого глимфатическая система грызунов стала лучше очищать мозг от отходов по сравнению с контрольной группой, не получавшей добавок. Учёные пришли к выводу: омега-3 кислоты способствуют поддержанию гомеостаза в мозгу. Они могут быть полезны при неврологических заболеваниях, черепно-мозговых травмах и нарушениях сна.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам Zee News.

Угроза

Университет Мельбурна выявил потенциальный нейротоксин – метилртуть – во льдах Антарктики. Вместе с ртутным соединением были обнаружены бактерии. И, возможно, эти два факта связаны. Ртуть – одно из основных загрязняющих веществ. И оно может превращаться в опасный нейротоксин. Кстати, ртуть способна накапливаться в телах рыб, а оттуда попадать в пищевую цепочку человека.

Что таилось подо льдами

Известно: к природным источникам ртути относятся извержения вулканов, лесные пожары, промышленные выбросы. В атмосфере ртуть может перемещаться на огромные расстояния. Там она остаётся сроком до года. Поэтому в теории ртуть из северного полушария способна переместиться в южное, осев там.

Но теперь специалисты связывают формирование ртутного соединения (особо токсичной метилртути) с активностью морских бактерий типа Nitrospina. Метилртуть встраивается в жирные кислоты и липиды – это быстрый способ проникновения в нервную ткань и рыб, и птиц, и человека. Соединение особо опасно для плода и маленьких детей, так как оно способно ограничивать развитие мозга.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам ABC News.

Исследования

ВИЧ будет распознан?

Учёные из Великобритании создали устройство с USB-накопителем, которое сможет быстро и точно определить количество вируса иммунодефицита человека в крови носителя. Разработкой занимались специалисты из Имперского колледжа в Лондоне совместно с крупной американской компанией, занимающейся медоборудованием. Изделие определяет концентрацию вируса в капле крови, а затем генерирует электрический сигнал, который можно считать через USB-порт в компьютере, ноутбуке или каком-либо переносном устройстве. Точность теста достигает 95%.

Несмотря на то, что технология пока находится на ранних стадиях реализации, разработчики заявляют, что вскоре она даст возможность ВИЧ-положительным больным следить за уровнем вируса в их крови наподобие того, как пациенты с диабетом мониторят свой уровень сахара. Польза нового быстрого и точного теста не вызывает сомнений – сейчас рутинные обследования могут только подтвердить наличие или отсутствие у человека ВИЧ, а для того, чтобы отследить изменение концентрации вируса в крови, необходимо сдавать специальные анализы и ждать 3 дня, пока их обработают в лаборатории. USB-тест значительно ускоряет получение этой информации.

Чтобы пройти тестирование, нужно поместить в определённое место на USB-накопителе каплю крови – и если в ней обнаруживается вирус, то на чипе меняется кислотность – и в зависимости от её изменений чип посылает электрический сигнал на накопитель. С помощью компьютера затем можно узнать, больше или меньше вируса стало в крови. Новый тест использовали для анализа 991 образца крови, и он показал 95% эффективность. Среднее время тестирования составляло 20,8 минут.

Как известно, инфицированным вирусом иммунодефицита человека обычно назначают антиретровирусную терапию, которая снижает количество вируса в крови до околонулевых показателей. Однако в некоторых случаях эта терапия перестаёт работать – тогда концентрация вируса в крови начинает расти. Новый быстрый тест поможет вовремя заметить этот рост, чтобы лечащий врач смог оперативно отреагировать на изменение состояния здоровья пациента и, возможно, внести коррективы в схему лечения.

Герман АКОДИС.

По сообщению Reuters.

Дословно

Рассекретить шпионов

Одна из самых главных проблем борьбы с раковыми заболеваниями – это умение опухоли в определённый момент становиться невидимой для иммунной системы, что позволяет ей беспрепятственно развиваться и пускать метастазы по всему телу.

По словам учёных из Университета Британской Колумбии (Канада), занявшихся этим вопросом, иммунная система, весьма эффективная по выявлению первичной опухоли, не может распознать метастатические образования и остановить их. Однако учёным удалось не только обнаружить механизм, который позволяет метастатическим опухолям перехитрить иммунитет, но и повернуть этот процесс вспять, делая опухоли видимыми для организма.

По мере своего развития раковые клетки перестают продуцировать белок, известный как интерлейкин-33, или ИЛ-33, пояснил автор исследования, профессор медицинской генетики и микробиологии и иммунологии Уилфред Джеффри. Когда этот белок исчезает из опухоли, иммунная система организма перестаёт распознавать раковые клетки, которые получают возможность распространяться по организму.

Исследователи обнаружили, что потеря ИЛ-33 в основном происходит в эпителиальных карциномах, которые развиваются в тканях, выстилающих поверхности внутренних органов. Эти опухоли образуют рак простаты, молочных желёз, почек, лёгких, шейки матки, поджелудочной железы, кожи и многих других органов.

«ИЛ-33 может стать одним из первых иммунных биомаркёров для рака простаты. Кроме того, введение ИЛ-33 в метастатические опухоли помогает иммунной системе распознать раковые образования, – отмечают учёные. – В ближайшем будущем мы планируем провести исследования в более крупной выборке пациентов и узнать, сможет ли этот механизм стать эффективным методом лечения рака человека».

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Reuters.

Прогнозы

Кто возглавит ВОЗ?

Всемирная организация здравоохранения определила трёх кандидатов, которые будут претендовать на пост генерального директора. Об этом говорится в сообщении на официальном сайте ВОЗ.

В итоговый список вошли: Сания Ништар – организатор исследовательского центра по вопросам здравоохранения Heartfelt (Пакистан), Тедрос Гебрейезус – министр иностранных дел Эфиопии и Дэвид Набарро – бывший старший координатор ООН по вопросам борьбы с лихорадкой Эбола (Великобритания).

С.Ништар получила степень бакалавра медицины и хирургии в Хайберском медицинском колледже Пешавара в 1986 г., где потом работала врачом. В 1991 г. стала членом Коллегии врачей и хирургов Пакистана, а в 1996 г. – членом Королевской коллегии врачей Лондона. В 2002 г. стала доктором медицинских наук при Королевском колледже в Лондоне, в 2005 г. - действительным членом Королевской коллегии врачей Лондона. В 2013 г. заняла должность федерального министра Пакистана.

Д.Набарро с 1989 по 1997 г. был консультантом Управления по развитию заморских территорий Соединённого Королевства по вопросам здравоохранения и народонаселения. С 1999 г. занимал высшие руководящие посты в ВОЗ и Организации Объединённых Наций. С ноября 2009 г. по настоящее время является специальным представителем Генерального секретаря ООН по вопросам продовольственной безопасности и питания, а с января 2016 г. и по настоящее время – специальным советником Генерального секретаря ООН по вопросам Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и изменения климата.

Т.Гебрейезус был министром здравоохранения Эфиопии с 2005 по 2012 г., потом занял пост министра иностранных дел. В 2013 г. в качестве председателя Исполнительного совета Африканского союза (АС) выступил инициатором подготовки Повестки дня на период до 2063 г. – глобальной стратегической программы, направленной на ускорение экономического, политического и социального развития.

Окончательное решение о кандидатуре нового директора примет Всемирная ассамблея здравоохранения – высший орган ВОЗ. Руководившая ВОЗ в течение двух сроков нынешняя глава организации Маргарет Чен уступит свой пост новому директору с 1 июля нынешнего года.

Ну и ну!

Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) констатировали, что в эпидемическом сезоне 2015-2016 гг. удалось добиться самого высокого за всю историю измерений уровня вакцинации медперсонала от гриппа – охват прививками составил 77% против 6 десятью годами ранее. Данные научных исследований показывают, что в домах престарелых и медицинских клиниках с высоким уровнем иммунизации персонала смертность пациентов заметно ниже, чем в учреждениях, где сотрудники не прививаются.

Подавая нужный пример

«Вакцинация против гриппа – это важно для всех нас, для нашей собственной защиты и для защиты тех, кто вокруг нас, кто может быть уязвимым», – сказал директор CDC Том Фриден.

Исследование, охватившее 1,7 тыс. медработников в 44 домах престарелых показало, что уровень иммунизации от гриппа среди персонала может меняться в очень широких пределах – от 48,2 до 5,9%. В тех учреждениях, где иммунизация медработников была высокой, смертность резидентов оказалась меньше – 5 человек на 100 пациентов. Также было значительно меньше число госпитализаций, визитов к терапевту и связанных с гриппом осложнений.

Исследования также провели в 20 больницах, фиксируя уровень смертности в течение 6 месяцев. В учреждениях, где уровень вакцинации медперсонала от гриппа был высоким (в среднем 50,95%), смертность пациентов составляла 13,6%, а в учреждениях с низкой вакцинацией медперсонала (в среднем 4,9%) он достигал 22,4%.

Недавно учёные подсчитали, что на лечение болезней, которые можно предотвратить путём вакцинации, здравоохранение США тратит 7,1 млрд долл. в год.

Ситуация

Деление во имя умножения

В Нью-Йорке (США) успешно разделили 11-месячных сиамских близнецов. Две девочки – Беллани и Баллени Камахо срослись в районе крестца.

Такие сиамские близнецы называются пигопагами, и вероятность их появления ничтожно мала – 17% из всех сиамских близнецов, которые, в свою очередь, рождаются в одном случае из 200 тыс. Родители малышек, Лорилин Селадилла Марте и Марино Абель Камахо на посвящённой успешной операции пресс-конференции поблагодарили персонал детской больницы Марии Фарери. Примечательно, что у семейной пары есть ещё две дочери – 10-летняя Шейли и 2-летняя Лина Бель.

Малышки родились 4 февраля минувшего года с помощью кесарева сечения. Лорилин знала, что ждёт двойню, однако и не подозревала о том, что это будут девочки-пигопаги. Врачи в Доминиканской республике, откуда семья родом, предупредили Лорилин и Абеля, что более слабая Баллени может умереть. Камахо с дочерьми прилетели в Нью-Йорк летом, и девочек постепенно начали готовить к хирургическому вмешательству. Дети перенесли несколько операций ещё до разделения – это были «предварительные» операции на ЖКТ, а также реконструктивные операции для облегчения последующей работы пластических хирургов. Необходимо было «вытянуть» кожу, чтобы после разделения её «хватило» для обеих девочек, этот процесс занял несколько недель.

Операция по разделению близнецов продолжалась 22 часа, почти сутки. С девочками работали хирурги самых разнообразных специализаций – нейрохирурги, пластические хирурги, урологи, педиатры, гастроэнтерологи и ортопеды. У Беллани и Баллени была общая часть желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря, половых органов, а также часть позвоночника. Шанс погибнуть у детей был довольно высок – около 23%, при этом у одной из девочек – Баллени, более маленькой, – был ещё и врождённый порок сердца.

Сперва врачи разделили желудочно-кишечный тракт маленьких пациенток – здесь была основная опасность, так как у девочек была общая подчревная артерия, и чтобы нижние половины детей не испытывали проблем с кровоснабжением – сосуд нужно было тоже разделить. Следующим этапом стало разделение позвоночников, затем – мягких тканей, в это время пластические хирурги готовили кожу к закрытию ран. На последней стадии была разделена мочеполовая система пигопагов.

Доктора рассказали, что команда, которая оперировала Беллани и Баллени, готовилась к операции несколько месяцев, регулярно встречаясь и обсуждая применение новых технологий. Хирурги работали с 3D-моделью нижней части близнецов, созданной на основе результатов КТ- и МРТ-сканирования. Благодаря такой подготовке прогноз для обеих девочек хороший. Спустя 10 дней их перевели из палаты интенсивной терапии. Реабилитация ориентировочно займёт несколько недель.

А как у них?

Избранный президент США Дональд Трамп пообещал обеспечить всех жителей страны медицинскими страховыми полисами. По словам Трампа, такую меру предусматривает программа страхования, которая сменит введённую его предшественником – президентом США Бараком Обамой – реформу здравоохранения (Affordable Care Act – закон о доступной медицинской помощи, или Obamacare).

В ответе за каждого

Что характерно, Трамп отказался раскрывать подробности относительно разработанной системы медицинского страхования, но пояснил, что её внедрение потребует гораздо меньших расходов, чем Obamacare.

По словам избранного президента США, разработанная им программа также заставит фармкомпании вести переговоры о ценах на лекарства для программ медицинского страхования неимущих и пожилых пациентов (Medicaid и Medicare соответственно) не со страховыми компаниями, а напрямую с органами власти, управляющими этими программами.

В начале нынешнего года Сенат США поддержал отмену действующей реформы здравоохранения. За отмену проголосовал 51 сенатор, против – 48. Процесс отмены, по мнению членов республиканской партии, может занять несколько месяцев.

Примечательно, что ранее Трамп взамен Obamacare предлагал ввести систему специальных счетов (Health Savings Accounts), на которых будут храниться средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг. Деньги на эти счета американцы смогут перечислять самостоятельно, они будут освобождены от налогов. Эти счета политик предложил передавать наследникам также без каких-либо налоговых вычетов.

Идеи

Всё для людей

В США люди с невысокими доходами могут позволить себе есть свежие овощи и фрукты, несмотря на то, что их стоимость обычно достаточно высока. Это происходит благодаря «банкам еды» – организациям, чьей задачей является борьба с голодом.

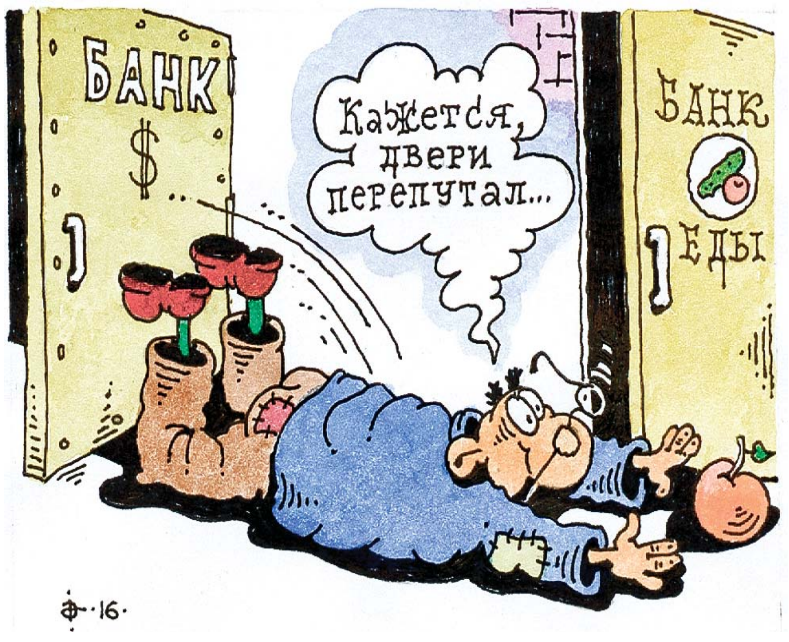
Банки еды принимают продукцию, которая не подошла для прилавков супермаркетов по косметическим причинам (слишком круглая или недостаточно круглая, слишком большая или слишком маленькая, как объясняют представители «банков»), и раздают её бедным семьям. Таких «банков» по стране работает более 200, и сейчас 30 из них тесно сотрудничают с учреждениями здравоохранения с целью адресной помощи пациентам с низкими доходами.

Как известно, свежие фрукты и овощи полезны для здоровья, но часто некоторые люди не могут их покупать – не хватает денег. Из тех семей, которые пользуются услугами «банков еды», около трети имеют в составе человека, больного диабетом, 5% – пациента с повышенными цифрами артериального давления. Правильное питание улучшает качество жизни таких больных. В разных штатах из ситуации выходят по-разному: в некоторых клиниках Айдахо хотят открыть небольшие пункты раздачи фруктов и овощей, в Делавэре педиатры выписывают рецепты, по которым семья может получить в местном «банке еды» 25 фунтов овощей и фруктов в месяц (около 11 кг). В Алабаме и Флориде несколько больниц летом предлагают бесплатные обеды для детей больных.

Хилари Селиман, старший советник по медицине сети «банков еды», рассказала, что в её организации стараются ориентироваться на правильное питание, уменьшая количество продуктов, содержащих крахмал и углеводы, и увеличивая ассортимент цельнозерновых изделий, фруктов и овощей, а также пищи, содержащей много белка. По её словам, это дорого не только для тех, кто пользуется услугами «банков», но и для самих «банков».

В настоящее время Х.Селиман и её коллеги проводят исследование на тему того, могут ли «банки еды» помочь пациентам с диабетом, проводя для них обучающие курсы и собирая специализированные наборы пищи. Участвовать в этой работе будут 572 клиента «банков», результаты должны быть готовы к 2018 г.

Один из постоянно пользующихся «банком еды» людей, пенсионер Джеймс Клайн, отметил, что возможность получить свежие фрукты и овощи – большое подспорье для его семьи. 53-летний инвалид живёт со своей матерью на 700 долл. в месяц, и он не мог бы покупать эту полезную пищу самостоятельно. Благодаря этому у них на столе есть бананы, картошка, капуста и другие продукты.



Подготовил Марк ВИНТЕР.
По информации Pharmacy Practice News, who.int, Daily Mail, Reuters.

Медицинская газета

№ 8 • 3. 2. 2017

Уроки прошлого

Искусство родить здорового малыша

От народного опыта до современной науки

В предыдущих публикациях «МГ» (см. № 75 от 05.10.2016 и № 84 от 09.11.2016) мы рассматривали проблему сохранения беременности, благополучного развития и воспитания младенца до рождения. Консультирование беременных женщин и подготовка к родам является важной составляющей здорового образа жизни и особым направлением работы специалистов по акушерству, перинатологии, пренатальной и перинатальной психологии и педагогике. Исследование здоровьесберегающего и рискованного дородового поведения требует междисциплинарного подхода. А это невозможно без всестороннего изучения истории вопроса, традиционных и альтернативных способов ведения беременности.

Свежи преданья старины далёкой…

Представления об эмбриогенезе, нормальном и патологическом состоянии, положении и сердцебиении плода возникли задолго до нашей эры. К примеру, укажем на тексты Библии, мифы Древней Греции и конкретные рецепты народной медицины разных стран и веков, касающиеся пагубного влияния на зачатие, вынашивание и деторождение вредных факторов (инцеста, стрессов, алкоголя и пр.).

Не случайно древняя мудрость гласит, что воспитание начинается с момента зачатия. Согласно легенде, к одному мудрецу пришли родители новорождённого малыша и спросили: «Когда нам начать его воспитывать?» А тот сказал: «Вы опоздали ровно на девять месяцев!»

В Китае, Японии и Корее издавна верили, что в день появления на свет ребёнку уже девять месяцев. Возраст исчислялся со дня зачатия. Кстати, и сейчас паспортный возраст новорождённого японца включает время внутриутробного развития. Эта идея прослеживается в традициях многих народов.

Так, в Древнем Китае целые трактаты посвящались «воспитанию зародыша». Матери, желающей родить здорового, умного, рассудительного, верного, честного, стойкого и доброго ребёнка, давался целый список предписаний. Вот их психологическая основа: совершать добрые дела, не смотреть на скверные зрелища, не слушать скверные речи, унять похотливые помыслы, не проклинать, не поносить, не ругать и не бранить, не бояться и не тревожиться, не утомляться и не уставать, не унывать и не грустить. Не забывая также о физиологических аспектах, лекари советовали не есть сырую, холодную, острую, немытую и горячую пищу, не ездить верхом на лошади.

Согласитесь, насколько это мудрые и точные рекомендации! Интересные способы воздействия на судьбу ещё не родившегося ребёнка существуют у древних народностей, населяющих современный Лаос. Женщинам категорически запрещалось сидеть на нижней ступеньке лестницы, что могло привести к затянувшимся родам. Наверное, это обусловлено особенностями жаркого и влажного климата Юго-Восточной Азии. Во избежание переохлаждения и воспалительных процессов не рекомендовалось сидеть на голой земле и сырых камнях, не согретых солнечными лучами. Также беременная женщина из племени лао по вечерам после омовения тела массировала себе живот и проводила по нему хвостами угрей, дабы ребёнок, как угорь, без труда вышел на свет. Опять же, несмотря на кажущуюся наивность, это не только самомассаж, но и способ самоуспокоения, самовнушения.

В Японии будущие мамы жили в отдельных общинах, расположенных в красивой местности. Специально обученные женщины занимались эстетическим и музыкальным образованием матери и зачатого младенца. В ожидании малыша матери ежедневно несколько часов пели для него.

По данным историков, в дореволюционной России (особенно в северных регионах, Вологодской и Новгородской губерниях) существовал свод правил и примет, регулирующих поведение беременной. Полезные знания хранили и передавали повивальные бабки, акушерки-повитухи и лекари-монахини. Опираясь на тысячелетний народный опыт, они обучали женщину правильному поведению после зачатия: советовали не поднимать тяжестей, быть спокойной, не ссориться с окружающими, больше гулять на свежем воздухе, созерцать красивые виды природы, слушать шелест падающей листвы и пение птиц, разучивать колыбельные песни и т.д.

Очевидно, многие религиозные и народные наблюдения за внутриутробным развитием и психической жизнью нерождённого ребёнка, обычаи и традиции, которые врачи и повивальные бабки исстари предписывали соблюдать беременным женщинам, не устарели и сегодня. Более того, эмпирические наблюдения и сравнения приводили к построению умозрительных теорий, послуживших предпосылками зарождения современной пренатальной диагностики, пренатальной и перинатальной психологии и педагогики.

Отец русского акушерства

Выдающимся примером синтеза народного опыта и научных знаний служат труды Нестора Максимовича-Амбодика. Его произведение «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле» – первое российское руководство по акушерству и первое руководство по педиатрии на русском языке. В пятой части книги даются определения доношенного и недоношенного плода, здорового и больного ребёнка, сведения об антропометрических данных и классификация детских болезней. Поэтому Н.Максимовича-Амбодика можно считать родоначальником русского акушерства, а также отечественной пренатальной диагностики и психологии в рамках «бабичьего дела». Его вклад в оценку внутриутробного состояния плода огромен.

Сторонник по возможности естественного протекания родов, учёный положил начало бережному ведению родового процесса. В основе этого лежала выжидательная тактика. Особое значение он придавал патологии беременности – описанию болезней, сопутствующих периоду вынашивания ребёнка, а также образу жизни будущей матери: «Беременная жена, как скоро почувствует, что она во своей утробе зачала, сугубо обязывается всячески наблюдать добропорядочную жизнь и благоведение во всём ея состоянию приличное; ибо она должна пещися не токмо о предохранении собственного здравия, но ещё иметь попечение и о соблюдении носимого ею утробного плода».

Н.Максимович-Амбодик настаивал на соблюдении рационального режима питания, гигиены, движения, сна, отдыха, работы и высказывал соображения по поводу пребывания на свежем воздухе, формы одежды, употребления лекарственных средств. Эти советы способствовали нормальному течению беременности и родов, а следовательно, уменьшению пренатальной и антенатальной патологии и смертности.

Нестор Максимович-Амбодик

В погоне за рождением вундеркинда

Сейчас проблемами пренатального воспитания во всём мире и в нашей стране занимаются весьма активно. Основной принцип вполне понятен: нерождённый ребёнок духовно и психологически тесно связан с матерью, способен воспринимать разнообразную информацию и даже обучаться.

Например, калифорнийский акушер Рене Ван де Кар использовал тактильное воздействие рук на брюшную полость. Ежедневно по 15-20 минут беременная похлопывала и поглаживала живот, нажимала на него и произносила повторяющиеся, односложные слова. Этим пытались стимулировать интеллектуальное развитие эмбриона (плода).

В конце 70-х годов XX века была создана новая медицинская аппаратура, работающая на основе ультразвука, волоконной оптики и других современных технологий. Появилась возможность проводить наблюдения за поведением и состоянием плода, влиять на него.

Одновременно на Западе возникают так называемые альтернативные центры пренатальной подготовки, в основе которых лежат различные религиозные, философские и психологические представления. Некоторые из них вредны и противоречат современной науке (например, идея перевоплощения душ, «мистическая школа сознательного зачатия и беременности», «работа с энергией», применение гипноза, наркотиков и учащённого дыхания). Всё это сопряжено с языческими культами, восточно-мистическими учениями, разными медитативными техниками, изменением состояния сознания, пробуждением сверхспособностей, что крайне опасно для духовного, душевного и телесного здоровья.

Весьма много нареканий экспертов вызывает трансперсональная психология Станислава Грофа. Его теорию и практику справедливо обвиняют в духовной неразборчивости и всеядности.

По мысли видного представителя отечественной христианской психологии, профессора Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, члена-корреспондента РАО Бориса Братуся, «методы трансперсональной психологии рассчитаны на то, чтобы фактически вломиться с чёрного хода в духовное пространство и сразу, в течение нескольких сеансов, сломив естественные защитные силы, получить доступ к его богатствам... Ворвавшись туда чужаком и на короткое время в состоянии одурманенности наркотиком, гипнозом или усиленным дыханием, человек берёт без разбора всё, что попадётся, всё, что привлечёт его внимание. Но духовное пространство отнюдь не однородно. В нём присутствуют силы разных оттенков, есть Свет и тьма. И, беря, что попадя, лишь бы это было “духовным”, мы можем нанести непоправимый вред своему развитию».

Приверженцы нетрадиционного пренатального воспитания отстаивают необходимость «постоянного контакта» матери и плода. Кто-то ратует за ежедневные, обязательные и строго регламентированные «ритуалы» общения. Женщину вводят в изменённое состояние сознания, иногда эйфорию или гипноз, что категорически противопоказано при беременности. Но сторонники данных методов полагают, что таким образом мать «воссоединяется» с ребёнком и их общение достигает наивысшего уровня. Другие «энтузиасты» разработали специальные упражнения для ежедневного «обучения» плода математике, алфавиту, языкам и т.д. Однако никто ещё научно не доказал эффективность этого.

Беременные женщины ставят на живот наушники с записью текстов на иностранных языках вместо того, чтобы самим спеть песню и насладиться спокойной, хорошей музыкой. Рисуя световым лучом буквы и цифры на своём животе, они надеются, что смогут сделать малыша гениальным или, по крайней мере, одарённым. Разумеется, для развития ребёнок нуждается во внешних впечатлениях. Но оправданы ли какие-либо дополнительные, тем более столь изощрённые, мероприятия?

Природа не приемлет насилия. Целенаправленное воздействие с целью ускорить психическое развитие дитя в утробе может разрушать его нервную систему и приводить к внутриутробной психической травме. Специалисты резонно возражают, что не надо путать стимуляцию органов чувств с ранним интеллектуальным развитием.

У нас пока недостаточно сведений о том, как происходит психическое (в частности умственное и эмоциональное) созревание плода. Очевидно иное: любые воздействия на беременную женщину и её ребёнка обязаны подчиняться основному принципу медицины «не навреди». Значит, из огромного арсенала предлагаемых манипуляций следует выбирать безвредные и полезные. И здесь требуется совет опытного врача и психолога.

На мой взгляд, неумно вверять судьбу младенца и своё здоровье в руки корыстных или недобросовестных людей, использующих плохо изученные программы и методы. Серьёзная опасность – преподаватели-шарлатаны. Пройдя краткие (двух- или трёхнедельные и т.п.) курсы подготовки и получив дипломы, они уверены, что постигли азы мастерства и достойны вести за собой учеников. Такой преподаватель «лепит» своих последователей по тому образу и подобию, который выдумал сам. Гордо называясь «пренатальным наставником», он требует беспрекословного послушания, привязывает к себе и не обучает, а даёт собственные интерпретации. Это осуществляется часто под флагом пропаганды здорового образа жизни и популяризации мудрости Востока.

Осторожно: репродуктивное здоровье!

Будущие родители должны заранее определиться, как именно готовиться к зачатию и рождению ребёнка. Поскольку далеко не всё изучено и обосновано, нужно трезво относиться к программе занятий в различных «Школах материнства и отцовства», не стесняясь заблаговременно прояснять любые сомнительные моменты. Также надо узнать, есть ли у центра, школы или курсов лицензия Минздрава России, какое образование у преподавателей, в рамках какого направления они работают, насколько эффективно, какова мера их ответственности за излагаемый материал, какие отзывы.

Когда навязывают чуждые мнения, образ мыслей и действий или вторгаются в интимную жизнь, не бойтесь вовсе отказаться от занятий. Дородовая подготовка призвана помочь будущим родителям справиться с насущными проблемами, ответить на животрепещущие вопросы, дать конкретные знания и навыки. Тогда это целесообразно. Если же что-то вызывает внутренний протест, сомнения и опасения, то доверьтесь своей интуиции.

Итак, консультируя беременных женщин и супружеские пары, врач должен ориентироваться в традиционных и альтернативных методах пренатального воспитания напоминать об ответственности за благополучие ребёнка и репродуктивное здоровье. Проводя нравственно-просветительские беседы по пренатальной (дородовой) педагогике и психологии в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова, автор этих строк старался подвести студентов-медиков к идее осознанного родительства. Аудитория обычно проявляла неподдельную заинтересованность в теме. Вполне понятно: это повышает профессиональный уровень, интересно и значимо для молодёжи.

Убеждён, что в образовательные программы медицинских вузов целесообразно включать модули, направленные на укрепление нравственного и психологического здоровья врача и пациента, формирование здоровой модели сексуального и репродуктивного поведения на основе традиционных нравственных ценностей.

Константин ЗОРИН,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни –
залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

А ещё был случай

Зимние забавы педиатров

Забава номер один – бег

Когда самые благодатные деньки наступают для нас, педиатров? Зимой? Зимой! Для нас самый востребованный вид спорта – бег на спринтерские дистанции, а не «лыжи и коньки». Причём «интенсивность бега» находится в прямо пропорциональной зависимости от понижения температуры воздуха и в обратно пропорциональной зависимости от возраста пациента. Если первый постулат «лежит на поверхности» – кто же попрётся в такую погоду в поликлинику за справкой о выздоровлении, пусть лучше доктор побегает. Зато второй вытекает из практического опыта и приказов Минздрава: чем меньше возраст больного ребёнка, тем чаще его надо наблюдать на дому.

Поэтому педиатры зиму не любят, они её просто не видят в этой кутерьме вызовов и «активов». Скажите, вот сколько вам удалось за день вызовов обслужить, какое максимальное количество – 30, 40, 50? Чувствую, что я тяну на чемпионский титул: мой личный рекорд – 60! Не верите, думаете, что это физически невозможно? Возможно, потому что 30 лет назад мы были энергичными молодыми специалистами и просто ещё не знали, что такое невозможно! Нет, если бы это было в Магадане, Оймяконе, где от пациента до пациента полдня на оленях, – это точно невозможно. А в новом микрорайоне Череповца, застроенном одинаковыми 12-этажками и заселённом плодовитыми семьями напористых металлургов, в принципе, возможно. Главное – организация труда: приветствие, осмотр, назначение, больничный, очень короткое прощание, чтобы без дополнительных вопросов по теме и без. Всех запомнить невозможно, но набор жалоб одинаков, да и у всех первый или второй день болезни, и в лёгких чисто. С чего бы иначе… В последнюю дверь я позвонила почти в полночь, после длительного изучения в «глазок» меня запустили внутрь – вместе с боем курантов. Были несколько удивлены моей настойчивостью, но спящего ребёнка всё же дали осмотреть. Правда, он уже был давно осмотрен бабушкой, педиатром на пенсии, поэтому и сладко спал вместе со своими родителями. А «неугомонные действующие педиатры» всё же пришли, хоть и в полночь. За эту настойчивость меня и отправились провожать домой сонные родители – через весь спящий город – пешком.

Забава номер два – лыжи

Лыжи – это замечательно! Надоел бег – займитесь лыжами! Просто попробуйте взять отпуск зимой. Конечно, сразу вам его не дадут – кто же тогда будет бегать по всем этом «бесконечным ОРВИ». Но проявите напористость, и после 2-го или 3-го визита к главному врачу у вас всё получится. Ведь на одного претендента взять себе отпуск летом, во время школьных каникул дочери и отпуска у мужа, на одного претендента станет меньше. А мужья с «адекватным периодом отпусков» и дети с «регламентированными Минобразованием каникулами» есть у каждого. Так что смело идите и дерзайте – дадут! Уже дали? Теперь главное – правильно этим отпуском распорядиться. Конечно – в горы, конечно, подальше «за рубеж», там давно это – «обкатанный вид спорта». Конечно, лучше не просто ехать одной, а в «составе» зимне-спортивного детского лагеря. Ехать исключительно из «любви к искусству», медицине то есть, что бы каждую минуту свободного времени совершенствоваться на выбранном поприще! И не только… очень хочется ещё и в езде на горных лыжах хоть немного «посовершенствоваться», а не просто торчать целый день на склоне горы. Вы понимаете, что времени достаточно, ски-пасс – копеечный, прокат оборудования доступен даже российскому медику: вперёд!

Но не всё так просто, как кажется. Особенно если подъёмник бюгельный и вы впервые видите такую конструкцию (в кино совершенно другая). Все лыжники так легко и жизнерадостно поднимаются наверх, а вы не менее жизнерадостно падаете у старта уже в третий раз. Но не сдаётесь. Этот «вертлявый круглый стул» никак не хочет тебе подчиниться. Оказывается, что садиться на него никак нельзя, надо просто зажать этот блин между ног, и он сам потянет тебя наверх. Дотянул до середины горы. Там я всё же вновь упала, прямо под набегающую на меня вереницу таких же «бугельных протезов», осёдланных более усидчивыми лыжниками. Я, конечно, пыталась отползти, но с лыжами и палками я не так быстро ползаю. Парочку зазевавшихся спортсменов я «сняла» с подъёмника. Но ничего, они отряхнулись и укатили вниз. А я осталась. Тренер, наш лагерный тренер, который так же, как и я, в «отпуске», он сейчас на вершине горы. А я, «желторотый новичок горнолыжного спорта», весь в палках и лыжах тут, посередине. Все мои познания о технике горнолыжного спуска базируются на красочных кадрах из кино. Понимаю, что прямо (как на уроках физкультуры в российской школе) – никак нельзя. Разовьёшь бешенную скорость, как потом остановиться! Надо как-то «поперёк «склону.

И в этот раз меня спасли мои профессиональные врачебные навыки, навыки наблюдения. Вот пронеслись в вихре снега и восторженных воплей пара молодых лыжников – прелесть! Вот «проскакал» сноубордист – жуть… А вот и «мой вариант» – пожилая пара, судя по обстоятельной экипировке и осторожности передвижения – немцы. Пристраиваюсь им в хвост, стараюсь в точности копировать их движения и повторять их остановки. Получается, представляете, получается! В конце склона я их даже обгоняю и уже залихватски торможу, поднимая лыжами снежные фонтанчики. Это мой первый спуск с горы.

А мои подопечные, мои ловкие и шустрые лыжники, оценили мои старания, мои стремления «покорить гору», подсказывали, подбадривали. Но самое приятное то, что никто из детей не заболел и не «сломался». Мне приходилось лишь «совершенствоваться» в лечении собственных ушибов и ссадин.

Да, что может быть лучше быстрого спуска, свежего морозного ветра и весёлой компании детворы? Ну если только баня после катания с горы. Но это уже отдельная тема для следующего рассказа. Может быть и вашего.

Ирина ЯРЦЕВА,
врач.

Смоленская область.

Сокровенное

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ

У Северного моря

I

Пронзая мглу, рождается заря
над синей гладью Северного моря.
Свежи по-детски утренние зори!..
И даже – накануне сентября.
Басит вдали огромный теплоход.
Мальчишки, встав пораньше, ставят сети.
И забываешь обо всём на свете,
уйдя, пусть ненадолго, от забот.

II

Кипит морская пена поутру.
Прибой выводит звучные аккорды.
И память побивает все рекорды,
мгновенно освежаясь на ветру.
Уносит память в прежние года,
к поступкам опрометчивым и мудрым,
пока у ног сверкает перламутром
рассветом озарённая вода.

III

Здесь, видимо, встречаются века.
Здесь – грёз и вдохновенья
бесконечность.
Здесь в небе проплывают облака,
от наших глаз скрывающие вечность.
Здесь сам себя, порой, не узнаёшь.
Здесь лишние слова не выйдут боком.
И кажется, что слышишь голос бога.
Быть может, только кажется. Но всё ж…

IV

Идеализм, ты есть в моей судьбе!
Я молча застываю – жду полёта,
напоминая, в общем-то, себе
(нетрудно догадаться) Дон-Кихота.
Я становлюсь серьёзен, не болтлив
и жду, пока, вздымаясь и синея,
очередной покатится отлив –
за ним и поспешу я к Дульсинее.

V

Люблю мечтать под чаек громкий крик
и гулких волн раскатистое пенье.
И долго жду с огромным нетерпеньем
когда уже настанет этот миг.
И в этот миг я радуюсь всему,
не хмурюсь, не тужу, ни с кем не спорю.
Пусть говорят: «Ведь скучно – одному!»
Я – не один. Я – с ветром,
солнцем, морем.

VI

Но чувство безысходности в груди
проносится внезапною разрядкой –
уже мелькают будни впереди
и строго призывают нас к порядку.
Один вопрос мучительно щемит:
ах, почему так прочно, как тисками,
мы скованы всё время отпусками
и выставлен романтике лимит?..

VII

Хоть лето, а купаться – не сезон.
Напрасно я с себя одежду сбросил.
И ветер завывает в унисон
прибою, предвещающему осень.
Прими моё признание в любви,
Шотландия! За всё тебе спасибо.
Но жизнь – она сурова и спесива.
Я скоро улетаю. C'est la vie!

Москва.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 17-01-00312
Тираж 23 857 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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