

Медицинская

22 декабря 2017 г.
пятница
№ 97 (7815)

Газета®

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

События

Прекрасные глаза – каждому!



Советскому и российскому офтальмологу академику Святославу Фёдорову, который возвёл свой врачебный девиз в ранг постулата всей деятельности созданных им МНТК «Микрохирургия глаза» и собственной школы с планетарной известностью, до сих пор рукоплещет весь мир. Этому в уходящем году, прожитом офтальмологической общественностью под флагом 90-летия выдающегося учёного и менеджера, можно было получить сколько угодно свидетельств: юбилею посвящались десятки мероприятий в головной организации и филиалах межотраслевого научно-технического комплекса.

Завершился многомесячный марафон торжеств в Санкт-Петербурге, где на днях состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Лазерная интраокулярная и рефракционная хирургия». Ведь именно в декабре 30 лет назад Святослав Николаевич, первооткрыватель целого ряда направлений в офтальмохирургии, в том числе рефракционной хирургии, осуществил первую показательную операцию в городе на

Инициатива увековечить имя Святослава Фёдора в названии петербургского сквера принадлежит Э.Бойко

Неве, что и принята за точку отсчёта работы Санкт-Петербургского филиала МНТК.

За прошедшие три десятилетия в самом северном «крыле» одной из крупнейших в мире офтальмологических клиник выполнено 600 тыс. микрохирургических операций, проведены сотни тысяч диагностических обследований и врачебных консультаций. Преимущественно восторженные отзывы о здешнем качестве хирургической помощи не только от жителей Северной столицы, других городов и весей России, стран СНГ, но и граждан Финляндии, Германии, Италии, Хорватии, Сербии, США – обычное дело. Поздравить коллег приехал генеральный директор «фёдоровского» комплекса профессор Александр Чухраёв, директора и сотрудники его филиалов, вдова основателя МНТК Ирэн Фёдорова. Всего врачей из России, Прибалтики, Польши и Хорватии насчитывалось 500 человек, которые в пленарных заседаниях и на 9 секциях выслушали 58 докладов.

С большим удовольствием гости посмотрели фильм «90 лет со дня рождения академика С.Н.Фёдорова», снятый местными тележурналистами. Как должное было воспринято делегатами юбилейной конференции вышедшее недавно постановление правительства Санкт-Петербурга о присвоении безымянному объекту зелёных насаждений на Дунайском проспекте наименования «Фёдоровский сквер». Прежде чем на карте города сквер появился, для обсуждения инициативы директора Санкт-Петербургского филиала МНТК профессора Эрнеста Бойко в Смольном собиралась топонимическая комиссия...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

На исходе года 90-летия величайшего офтальмолога XX века воспоминаниями о своих незабываемых встречах с ним и его старыми соратниками врачи Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова делятся с читателями «МГ» на 4-6 стр.

Евгений БРЮН,
главный специалист
психиатр-нарколог
Минздрава России,
профессор:

Основной вектор развития наркологии сегодня – профилактика и реабилитация.

Стр. 7



Андрей ФЁДОРОВ,
генеральный секретарь
Российского общества хирургов,
профессор:

К настоящему времени общие очертания будущей Стратегии развития хирургической службы определены.

Стр. 10

Евгений НАСОНОВ,
главный специалист-ревматолог
Минздрава России,
академик РАН:

Только гармоничное сочетание «науки» и «искусства» позволяет рано поставить диагноз и назначить оптимальное лечение.

Стр. 11



Сотрудничество

База знаний стала доступнее

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре завершилось внедрение международной системы поддержки врачебных решений «Алгом». Более 1,5 тыс. докторов получили доступ к «базе знаний» по доказательной медицине, созданной Финским медицинским научным обществом DUODECIM.

Представители Медицинского информационно-аналитического центра, окружной клинической больницы, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и практикующие врачи в ходе встречи с журналистами поделились первыми результатами по её использованию.

«Изначально мы планировали подключить к этой системе 7 медицинских организаций региона, но в процессе стали получать заявки на подключение и от других учреждений. На сегодняшний день уже 39 организаций запросили доступ к данному ресурсу и около 1600 специалистов работают в ней», – отметил директор центра Роберт Акназаров.

Одними из наиболее активных пользователей системы стали сотрудники окружной клинической больницы.

Врачи не только изучают новые методы получения информации, которые ранее были недоступны на русском языке, но и могут внести замечания и пожелания по улучшению системы поддержки врачебных решений. Реализацию пилотного проекта по использованию доказательной медицины поддержала губернатор Югры Наталья Комарова. В своём ежегодном обращении к югорчанам и депутатам окружной думы она обозначила, что в 2018 г. по итогам апробации системы Департаменту здравоохранения необходимо обеспечить её тиражирование во всех учреждениях здравоохранения.

Напомним, что система помощи принятия решений используется в клиниках Финляндии (95% финских врачей обращаются к ней ежедневно), Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Дании, Италии, Индии, Турции, Франции, Эстонии, Канады и США.

На сегодняшний день это единственная в России локализованная система на базе доказательной медицины.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

Наши коллеги

Эхо эпидемии Эболы

Награды за борьбу с эпидемией лихорадки Эбола в Гвинейской Республике вручены группе российских врачей-эпидемиологов и представителей бизнеса в Санкт-Петербурге. Здесь прошла итоговая конференция по российско-гвинейскому научно-техническому сотрудничеству в области изучения эпидемиологии, профилактики и мониторинга бактериальных и вирусных инфекций в 2015-2017 гг.

Орден «За заслуги перед Отечеством» II степени глава Федеральной службы по надзору в сфере защиты

прав потребителей и благополучия человека Анна Попова вручила заведующей лабораторией экспериментальной вирусологии НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера (Санкт-Петербург) Ирине Лаврентьевой.

Награждена также старший научный сотрудник отдела диагностики инфекционных болезней Научно-исследовательского противочумного института «Микроб» (Саратов) Екатерина Найдёнова.

В 2017 г. исполняется 4 года с начала вспышки лихорадки, вызванной вирусом Эбола, в Гвинее. Эта круп-

ная эпидемия только за первые 2 года унесла более 11 тыс. человеческих жизней и преподала уроки, заставившие переосмыслить организацию противоэпидемических мероприятий в подобных ситуациях. На призыв мирового сообщества объединить усилия по борьбе с новой угрозой Российская Федерация в числе первых направила в республику мобильные противочумные формирования Роспотребнадзора и оказала необходимую помощь в наиболее сложный период эпидемии. В Гвинее был построен первый в Западной Африке противочумный госпиталь. Кроме того, Россия предоставила оборудование для лабораторного центра.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

Хороший результат

Отделение патанатомии Калининградской областной клинической больницы, размещённое в новом корпусе, введённом в эксплуатацию в начале декабря 2016 г., подвело итоги работы.

Здание с современной патоморфологической лабораторией было построено в рамках Федеральной целевой программы. Общая стоимость объекта составила 248,8 млн руб., причём 60% затрат пришлось на закупку оборудования, включая мощные микроскопы с видеокамерами, выводящими всё происходящее на специальный экран, систему пневмопочты, инновационную аппаратуру для иммуногистохимии и флуоресцентной гибридизации. В лабораторном комплексе анализируются операционно-биопсийный и цитологический материал, поступающий со всего региона, что является важным этапом диагностики онкологических заболеваний и назначения пациентам своевременного адекватного лечения.

«Исследования, которые мы сегодня проводим, позволяют не только анализировать опухоль, но и установить её первичную локализацию, а главное – подобрать максимально точную химиотерапию для пациента, – рассказывает заведующий отделением Леонид Козмин. – Оборудование нашего отделения позволяет исключить субъективность в оценках».

За год специалистами патанатомии было проведено порядка 60 тыс. биопсий. За рабочий день служба анализирует 20-50 случаев. Каждый случай, в свою очередь, предполагает исследование 6-8 микропрепаратов. По словам Л.Козмина, это хороший результат, и с дальнейшим вводом в эксплуатацию нового оборудования данный показатель будет расти.

Ирина СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

МРТ для самых тучных

Жизнь Сергея Пронина изменилась в 2011 г., когда нейрохирурги обнаружили заболевание мозга – аденому гипофиза. С тех пор мужчине необходимо каждый год проходить обследование на магнитно-резонансном томографе: наблюдать размеры и состояние новообразования, чтобы вовремя прооперировать, если начнётся рост. И тут возникло серьёзное препятствие. Опухоль спровоцировала рост гормонов, которые влияют на вес пациента. Объём талии и вес 147 кг оказались неподъёмными для всех существующих моделей МРТ.

«С трудом удалось найти платную клинику с аппаратом открытого типа, но качество снимков было хуже, – поделился С.Пронин. – Но проблема решилась, когда в Челябинской областной больнице появился новый аппарат».

После очередного обследования на нём пациенту назначили медикаментозное лечение, благодаря которому Сергей за год похудел на 10 кг, уменьшились и объёмы тела.

Специалисты утверждают: единственный в России аппарат МРТ с подобными характеристиками способен на многое. В том числе и на полный скрининг всего организма.

«Обследование выполняется после наложения на тело пациента катушек, которые покрывают практически всё тело, и его изображение мы получаем полностью – на одной картинке», – пояснил заведующий отделением лучевой диагностики № 2 Диагностического центра Челябинской областной клинической больницы Илья Трушин. – Эта методика скрининговая, у неё очень высокая чувствительность, мы выявляем патологические изменения и дообследуем ту область, которая вызвала вопросы».

В год проводится около 30 тыс. исследований жителям области и ещё порядка 3 тыс. пациентам больниц Челябинска. На однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, совмещённую с КТ, приезжают из Свердловской области и Пермского края, где нет подобной аппаратуры. Отделение работает в круглосуточном режиме, выполняет до 40 процедур ежедневно.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

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

Инициатива

Нижневолжский кластер: курс на интеграцию

В Самарском государственном медицинском университете состоялось очередное заседание Совета научно-образовательного медицинского кластера «Нижневолжский».

Завершилось мероприятие грандиозным фестивалем искусств студентов-медиков.

В работе совета приняли участие СамГМУ – координатор кластера, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского, Оренбургский государственный медицинский университет, Башкирский государственный медицинский университет, а также медицинские институты Пензенского государственного университета и Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарева. Основным вопросом заседания стало рассмотрение итогов проведения первичной аккредитации выпускников в 2017 г. Второй вопрос заседания был посвящён обсуждению новых правил приёма на обучение по программам ординатуры. Яркие и эмоциональные выступления участников заседания

в ходе обсуждения подтвердили актуальность предложенной темы и позволили выработать ряд общих концепций и предложений по таким вопросам, как учёт индивидуальных достижений обучающихся при поступлении на обучение по программам ординатуры; ограничение количества специальностей, на которые может подаваться заявление каждый поступающий; уточнение сроков проведения первичной аккредитации выпускников и сроков начала и окончания приёма документов в ординатуру и др.

Культурная программа заседания кластера оказалась очень насыщенной и проходила под брендом «Фестиваль искусств студентов-медиков научно-образовательного медицинского кластера «Нижневолжский». Участие в фестивале приняли более 100 студентов всех медицинских вузов городов, входящих в состав кластера. Каждый день был расписан по минутам. За короткий временной промежуток предстояло увидеть город, познакомиться с коллегами из других городов, показать свои номера. Фестиваль был прекрасно организован. За каждой делегацией были

закреплены кураторы – студенты СамГМУ. Итогом двухмесячной подготовки участников в своих городах и двух насыщенных дней репетиций в Самаре стал грандиозный гала-концерт, прошедший в КРЦ «Звезда». Студенты представляли свои номера в 4 номинациях – вокал, хореография, художественное слово, оригинальный жанр. Номера поражали разнообразием. А финальная песня «Мир, в котором я могу тебя любить!» в исполнении всех участников концерта стала прекрасным и трогательным завершением этого грандиозного мероприятия.

– Первоочередной задачей фестиваля является сплочение студентов кластера, – заявил ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников. – Подобный фестиваль в России среди всех кластеров медицинских вузов проводится впервые. Это был большой праздник, который длился целых 4 дня! В наших планах сделать проведение фестиваля доброй традицией. И пусть он каждый год собирает таланты в разных городах Поволжья.

Алексей ПОКРОВСКИЙ.



Региональный фестиваль стал хорошей репетицией перед традиционным фестивалем студентов-медиков и медицинских работников, который проходит под патронатом Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов, Минздрава России, «Медицинской газеты» и ЦК Профсоюза работников здравоохранения и нынче состоится в апреле на базе Ярославского государственного медуниверситета

ОМС: реальность и перспективы

Семинар «Вопросы управления государственными финансами в 2018 г. в системе обязательного медицинского страхования» прошёл в Москве.

Главные бухгалтеры и руководители финансовых служб фондов ОМС обсудили особенности правового регулирования и исполнения бюджетов, финансовое обеспечение оказания государственных (муниципальных) услуг в будущем году, новации порядка применения бюджетной классификации и ведения бухгалтерского учёта организациями государственного сектора. Модерацию семинара осуществляла начальник Управления бухгалтерского учёта и отчётности – главный бухгалтер Федерального фонда ОМС Оксана Коваленко.

Приветствуя участников мероприятия, заместитель председателя ФФОМС Ирина Соколова отметила, что 2017 г. стал благополучным периодом для бюджета ФФОМС, а стабильность формирования доходов обеспечила предоставление субвенций регионам для оплаты медицинской помощи.

Особенности бюджетного планирования

Говоря о предстоящих изменениях в 2018 г., заместитель руководителя Федерального фонда ОМС напомнила, что в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. для участников программы «Земский доктор» со следующего года будут осуществляться за счёт средств федерального бюджета.



Ирина Соколова вручает почётную грамоту главному бухгалтеру ТФОМС Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Ларисе Никандровой

«Эти средства предусмотрены в общем размере субсидий, которые утверждены в федеральном бюд-

жете на 2018 г., а распределение будет осуществлять Министерство здравоохранения РФ», – уточнила она.

В своём выступлении И.Соколова проинформировала, что всего расходы бюджета ФФОМС на 2018 г. утверждены в размере 1994,1 млрд руб., из них субвенция на выполнение территориальной программы ОМС – 1870,5 млрд, – это на 333,2 млрд больше, чем в 2017 г. «Это беспрецедентный рост – на 21,7%, такого роста субвенции не было никогда! – подчеркнула она, уточнив: – За счёт роста субвенции предстоит решить самую основную задачу – выполнение Указа Президента РФ № 597 от 07.05.2012 по повышению заработной платы медицинским работникам. С 1 января 2018 г. заработная плата врачей должна достичь 200% от средней по экономике региона, среднего и младшего медперсонала – 100%».

И.Соколова отметила, что ФФОМС ежемесячно проводит мониторинг роста зарплат медиков в регионах.

«Вопрос находится на особом контроле, – сказала она. – Средства на эти цели есть, теперь надо приложить все усилия, чтобы Указ Президента был выполнен в полном объёме».

Завершая своё выступление, заместитель председателя Федерального фонда ОМС призвала главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб стоять на страже эффективного расходования средств. Затем лучшие работники ТФОМС были отмечены почётными грамотами ФФОМС «За заслуги в развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и многолетний труд в области построения бюджетного учёта в системе ОМС».

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В центре внимания

Отрасль в цифровом формате

На заседании президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам был рассмотрен проект «Электронное здравоохранение».

– Прошло уже больше года, когда он начал реализовываться, – подчеркнул председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. – Самое главное – законы были приняты. Заработал личный кабинет пациента «Моё здоровье» и ряд сервисов в рамках Единого портала государственных услуг. В большинстве регионов можно записаться сегодня на приём к врачу дистанционно, что, конечно, гораздо удобнее. Точно также получить информацию о прикреплении к медицинской организации.

По словам Д.Медведева, у Минздрава России есть предложения по развитию проекта, в том числе с учётом возможностей, которые открываются для применения цифровых технологий. В частности, может появиться система поддержки принятия врачебных решений, которая с помощью анализа массивов данных в сфере медицины будет помогать поставить более точный диагноз. То есть предлагаемая система будет включать в себя некоторые элементы искусственного интеллекта.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отчиталась на заседании об итогах реализации 7 приоритетных проектов в области здравоохранения. Первый из них – по созданию эффективной системы родовспоможения и неонатологии.

– Все контрольные точки этого проекта реализованы и, главное, достигнут целевой показатель – снижение младенческой смертности более чем на 11%, – заявила министр. – За 10 месяцев текущего года её уровень составил 5,3 на тысячу родившихся живыми. Это ниже, чем целевой индикатор, который был установлен на 2018 г. Весьма резко – на 18% – сократилась материнская смертность за 10 месяцев текущего года. Она достигла беспрецедентно низкого для нашей страны значения – 7,3 на 100 тыс. родившихся живыми. Этот показатель много ниже – в 2,5 раза – того, что министерство несколько лет назад прогнозировало на 2020 г.

Второй проект – развитие санитарной авиации. Благодаря тому, что он активно реализовывался, в 34 регионах с наиболее сложной доступностью медицинской помощи отрасли удалось сделать дополнительно 6 тыс. вылетов и эвакуировать 8 тыс. пациентов с острыми, жизнеугрожающими состояниями, из них более 1,5 тыс. детей, в том числе почти 700 детей до года. В результате снизилась смертность среди пациентов, которые проживают в труднодоступных областях.

Третий проект – маркировка лекарственных препаратов и мониторинг движения их от производителей (независимо от того, отечественные они или зарубежные) через оптовые, розничные сети к непосредственному потребителю. В этом году осуществлён первый этап данного проекта, который также можно назвать пилотным. Создано необходимое программное обеспечение, которое активно мониторит закупки 610 участников «пилота», среди них – производители, оптовая торговля, аптечные, медицинские организации.

– Четвёртый проект из первой волны – это «Электронное здравоохранение», – пояснила В.Скворцова. – Он имеет совершенно особую значимость для развития нашей отрасли, поскольку это решение управленческих задач, повышение доступности и качества медицинской помощи. Напомню, что летом принят специальный закон по созданию единой государственной информационной системы в области здравоохранения, развитию телемедицины и электронного документооборота. В ноябре вышло распоряжение Правительства РФ, которое зафиксировало основные блоки единой государственной информационной системы. С апреля открыт личный кабинет пациента на портале государственных услуг. В этом году реализовано 3 первых блока этого личного кабинета пациента, включая запись к врачу (уже 76 регионов осуществляют её через государственный портал), получение сведений о прикреплённой медицинской организации. А с I квартала следующего года уже будет последовательно включено ещё 7 модулей личного кабинета пациента, а именно: получение информации об оказанных медицинских услугах и их стоимости (они не бесплатные для государства), информации о прикреплённой стра-

ховой медицинской организации и о полисе страховой медицинской организации. Следующий шаг – это попадание в свою интегрированную электронную медицинскую карту и получение эпикриза, а также получение доступа через этот эпикриз к медицинской документации. Все эти шаги будут сделаны в 2018 г.

Минздрав России считает успешным внедрение во всех медицинских организациях субъектов РФ информационных систем, которые сейчас формируются по единым требованиям, разработанным Министерством здравоохранения РФ, и состоят из одних и тех же стандартных блоков. Это автоматизированные рабочие места – их сейчас уже более 500 тыс. В государственной системе здравоохранения работают 540 тыс. врачей, то есть практически эта задача решена. Дальше автоматизация всех проектов, создание центрального информационного лабораторного сервера для получения результатов онлайн, создание центрального архива изображений с медицинскими приборами. То есть новые возможности электронного документооборота, выписки рецептов и больничных листов.

Полным ходом идёт создание центральной региональной информационной системы, которая фактически включает в себя системы медицинских организаций. Затем последует подключение региональных систем к единой государственной информационной системе. В целом министерство отводит на эту программу регионального формирования электронного здравоохранения 3 года – 2018-2020 гг.

С конца июля подключилось ещё 3 приоритетных проекта. Очень важный проект – по формированию здорового образа жизни. Следующий – повышение квалификации врачей. Прежде всего создан единый федеральный портал непрерывного профессионального образования, внедряется аккредитация, запускаются новые механизмы допуска к профессиональной деятельности. Немало в последние годы говорилось о приоритетном проекте – «Бережливая поликлиника», который также успешно расширяет количество участников и показывает хорошие результаты.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сити!

Деловые встречи

Европейская аккредитация Сеченовского университета

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова первым в России получил европейскую аккредитацию магистерской программы Public Health - «Общественное здравоохранение».

По итогам работы экспертной группы агентства «Эвалаг» (Германия), специализирующегося на международной аккредитации учебных программ, программа магистратуры «Общественное здравоохранение» – профиль «Деловое администрирование в здравоохранении» Первого МГМУ им. И.М.Сеченова признана полностью соответствующей европейским стандартам с выдачей аккредитационного свидетельства до 2022 г.

Процесс аккредитации представлял комплексный анализ всех аспектов научно-образовательной жизни университета на соответствие эталонам и стандартам международного качества, а также лучшим практикам.

Экспертами международного агентства было проведено собеседование с 6 категориями респондентов, включая руководителей университета, администраторов программы «Общественное здравоохранение», преподавательский состав, группы студентов, обучающихся в магистратуре, а также представителей студенческих сервисов и службы качества образования. Оценивались также инфраструктура университета, включая учебные базы, библиотеки и т.д.

По заявлениям международных экспертов, одним из преимуществ программ Сеченовского университета является возможность обучения в магистратуре студентам, имеющим различный бэкграунд, любую изначальную специализацию. Главными критериями для отбора слушателей в программу магистратуры вне зависимости от уже полученного образования

является высокая мотивированность к изучению общественного здравоохранения, а также качество базовой подготовки. Развитие междисциплинарных компетенций востребовано в глобальном масштабе и отвечает современным трендам подготовки специалистов отрасли.

Второй момент, отличающий Сеченовский университет от системы, существующей в Европе, – гибкий подход к определению направлений магистерской диссертации, позволяющий поэтапно формулировать тему, учитывая как интересы учащегося, так и потребности системы здравоохранения.

Преподавателями магистерской программы по общественному здравоохранению Сеченовского университета являются как российские, так и европейские специалисты. Обучение осуществляется на билингвальной основе. Зарубежная стажировка по теме магистерского исследования является частью образовательного процесса.

В текущем учебном году на программу было набрано 60 студентов, из которых 40 человек проходят обучение на бюджетной основе.

По словам ректора Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Петра Глыбочко, «аккредитация магистерской программы по общественному здравоохранению европейским агентством подтверждает высокое качество образовательных услуг Сеченовского университета, повышает академическую видимость нашего вуза и облегчает академический обмен с европейскими вузами. Наличие образовательных программ, имеющих международную аккредитацию, работает на репутацию вуза, значительно повышая конкурентоспособность университета в мире».

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Ориентир

Волонтерам — везде дорога!

Как недавно сообщалось на страницах «МГ» (№ 93 от 08.12.2017 и № 96 от 20.12.2017), состоялось крупнейшее событие в сфере волонтерского движения – Всероссийский форум «Доброволец России», в рамках которого все, кто видит своё призвание в помощи людям, отпраздновали первый национальный День волонтера, учреждённый Президентом РФ.

В деловой программе форума приняли участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр образования и науки РФ Ольга Васильева, руководитель Федерального агентства по делам молодёжи Александр Бугаев, главный государственный санитарный врач РФ – руководитель Роспотребнадзора Анна Попова и другие.

Одними из главных организаторов форума выступили студенты Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова: заместитель директора Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья РНИМУ при Минздраве России, студент 6-го курса, председатель Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Павел Савчук, студенты,

координаторы движения Мария Якунчикова, Юлия Раковская, Олеся Сафонова, Елизавета Тюрина. Официальными представителями университета стали директор Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья, проректор по связям с общественностью и воспитательной работе РНИМУ Георгий Надарейшвили, руководитель волонтерского движения Владислава Белякова.

Волонтеров поздравили известные актёры театра и кино, телеведущие, спортсмены, продюсеры, а российский космонавт Сергей Рязанский поприветствовал добровольцев прямо с Международной космической станции.

Александр ОДЕР,
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

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

Со стен в этом здании по улице Ярослава Гашека на медиков и их пациентов смотрят сразу несколько портретов основателя флагмана российской оперативной офтальмологии. Самое большое полотно с изображением Святослава Фёдорова открывается посетителям кабинета директора филиала МНТК «Микрохирургия глаза». Эрнест Бойко заказал эту картину знакомому художнику-скульптору вскоре после своего назначения руководителем в 2015 г. Никто иной, как он же в уходящем году, ознаменованном двумя круглыми датами – 90-летием со дня рождения Святослава Николаевича и 30-летием начала работы филиала МНТК в Ленинграде, – инициировал предложение городскому правительству увековечить имя выдающегося офтальмолога современности в названии одного из безымянных зелёных «островков» во Фрунзенском административном районе. Теперь в пешей доступности от клиники разобьют Фёдоровский сквер.

Чем громче, чаще и зримее будут звучать напоминания об академике С.Н.Фёдорове, тем больше надежды на «инвентаризацию» потомками его ещё не в полной мере оценённого вклада в развитие офтальмологической науки и гражданского общества. Так считает сегодняшний собеседник «МГ» заведующий кафедрой офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, член-корреспондент Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Минобороны России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Эрнест БОЙКО.

– **Есть такое понятие – «родовая память». С ней у головной организации и всех 10 филиалов МНТК всё в порядке. В Москве на Бескудниковском бульваре к 90-й годовщине рождения Святослава Николаевича открыли мемориал, в остальных городах, когда-то выбранных Фёдоровым форпостами для продвижения своих оригинальных лечебных и организационных технологий, недалеко у входа в операционно-диагностические модули установлены его бюсты, барельефы или другие виды скульптуры. Каждый год проводятся Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Фёдоровские чтения», благотворительная акция «Прекрасные глаза – каждому!». При одинаково глубоко уважительном отношении «чад» к своему «отцу» ответные чувства последнего, говорят, слегка отличались нюансами. Если это так, то какая именно «особинка» была присуща взаимоотношениям Санкт-Петербургского филиала с основателем МНТК?**

– Из истории факты не уберёшь: Святослав Николаевич и его супруга Ирэн Ефимовна очень любили приезжать в наш город. Филиал в Ленинграде сдавался третьим по очереди, однако точный подсчёт визитов «генерального» на берега Невы вряд ли возможен. Он присутствовал на закладке первого камня в здание филиала, чьё возведение поручили финской компании. На приёме-сдаче в эксплуатацию. На первой операции – сам её и выполнил. В обожание Северной столицы явно были вплетены замечательные личностные отношения. Святослава Николаевича связывала крепкая дружба с заведующим кафедрой офтальмологии Ленинградского педиатрического медицинского института профессором Анатолием Ивановичем Горбанем, которая завязалась ещё в 60-е годы. Не думаю, что Фёдоров предавался глубокому размышлению, кому доверить руководство филиалом. В Анатолии Ивановиче сочетались острый живой ум, дар изобретателя, организаторский талант, конечно же, и как офтальмолог-хирург он чрезвычайно блистал.

Не забуду знакомство с первым директором нашего филиала. Я, тогда совершенно молодой

доктор, адъюнкт из Военно-медицинской академии в форме капитана медицинской службы, должен был передать ему приглашение на конференцию. Секундное дело, как казалось, обернулось обстоятельной товарищеской беседой, часа на полтора, с бывшим старшим преподавателем кафедры офтальмологии ВМА, полковником медицинской службы в отставке. Офтальмолог с именем усадил напротив подрастающего коллегу и вовлёк в интереснейший профессиональный разговор.

Имена и судьбы

Учитель отворил двери

Клиника академика С.Н.Фёдорова способна брать на себя половину всех глазных операций в Санкт-Петербурге

Кстати, в моём рабочем кабинете висит портрет Анатолия Ивановича, почти напротив картины с изображением Святослава Николаевича. В жизни им комфортно было общаться друг с другом, и потому что единомышленники, и потому что объединял круг одинаковых интересов. Одним из центров этого круга не могла не являться мощнейшая школа лечения глазных болезней в Военмеди под руководством патриарха отечественной офтальмологии, генерал-майора медицинской службы, профессора, Героя Социалистического Труда Вениамина Васильевича Волкова. Многие годы Анатолий Иванович был его коллегой по службе на кафедре военного вуза.

Вообще же из той кафедральной «шинели» вышло немало наших МНТКовцев, например заместитель директора филиала по лечебной работе профессор Леонид Иосифович Балашевич, впоследствии сменивший уехавшего по семейным обстоятельствам в Германию А.Горбаня, заместитель директора по научной работе Виталий Гаврилович Шиялев, профессор Владимир Фёдорович Даниличев, заведующий поликлиническим отделением Владимир Павлович Сергеев, заведующий отделением лазерной хирургии Александр Сергеевич Измайлов, офтальмохирург рефракционного отделения Сергей Петрович Головатенко.

– **Эрнест Витальевич, как и ваши предшественники два первых директора Санкт-Петербургского филиала МНТК, вы тоже отставной полковник медицинской службы, бывший «кадр» Военно-медицинской академии: её выпускник-«краснодипломовец», адъюнкт при кафедре офтальмологии, старший преподаватель, наконец, начальник кафедры. Назначая руководителем вас 2 года назад, генеральный директор комплекса профессор А.Чухраёв не стал всего лишь рушить традиции? Сдаётся, это не вполне так. Хотя бы потому, что вас, знаю, сегодня называют одним из самых прилежных учеников академика С.Фёдорова. При каких обстоятельствах вы познакомились?**

– Многие офтальмохирурги в нашей стране и за рубежом имеют, пожалуй, гораздо большее право, чем я, называться учениками Святослава Николаевича, прежде всего в силу своих с ним более тесных и продолжительных профессиональных, личных контактов. С другой стороны, он априори пожизненно Учитель для всех последующих поколений врачей из сконструированной им системы МНТК. Ведь я убеждён, что с годами не иссякнет сила притяжения этой

многогранной ярчайшей фигуры – прекрасного врача, неутомимого руководителя, честного политика, просто человека, который сформулировал своё жизненное кредо доходчивыми для понимания каждым словами: «Делать людям добро и не ждать от них благодарности». В том числе и на этой идеологии, как на прочнейшем фундаменте, три десятка лет держится сеть филиалов фёдоровского МНТК, в то время как иные межотраслевые мегаобразования почли в бозе. Возьмите, например, давно уже

обладание которым явно помогало именитому коллеге эффективно «решать вопросы» – не откладывать в долгий ящик для рассмотрения поступившее предложение или возникшую ситуацию, а давать им почти моментальную оценку. Для подробного знакомства с моей скромной печатной работой Фёдорову понадобилось время, равное прочтению с трибуны примерно двух докладов. В перерыве он сказал, что согласен. Но судьба распорядилась, увы, без оглядки на нашу договорённость: съезд

мог тогда подумать, что придёт время, и северный филиал будет выдавать «на-гора» вдвое больше оперативных вмешательств!..

– **«Учитель только открывает двери, а дальше идёте вы сами», – гласит восточная поговорка...**

– Сегодня тех, кто «идут сами», 380 сотрудников, из них более 60 – врачи. А вот ещё, как мне думается, достойные цифры: ежегодно в нашем филиале диагностическое обследование проходят более 200 пациентов, а



Святослав Фёдоров на одной из пресс-конференций в городе на Неве

офтальмологов происходил в мае, а уже в июне Святослав Николаевич трагически погиб.

– **Помимо того, что вы 12 лет возглавляли кафедру офтальмологии в Военно-медицинской академии, так ещё и являлись главным офтальмологом Минобороны России. Кого как не вас спрашивать: а с чего началось проникновение фёдоровских инновационных разработок в медицину Вооружённых сил?**

– После окончания академии я проходил службу на доблестном Северном флоте: вначале начальником медицинской службы большого атомного ракетного крейсера стратегического назначения, потом – офтальмологом медгруппы службы радиационной безопасности. Там моим учителем, в том числе и по жизни, был Валерий Фёдорович Черныш, начальник отделения офтальмологии военно-морского госпиталя в Североморске. В счёт своих отпусков он,

полковник медицинской службы, ездил в Москву учиться у Святослава Николаевича выполнять современные операции, в частности радиальную кератотомию. Я, иногда ассистируя ему, наблюдал, как алмазным микроскальпелем вокруг оптического центра глаза делаются насечки заданной длины и глубины, в результате чего роговица отпадала, подобно шатру, и изменяла рефракцию. Поскольку при такой операции орган зрения немного терял механическую прочность, то мнение, что военным служащим-«срочникам» производить подобные вмешательства нежелательно, имело под собой основание. Однако главный офтальмолог Северного флота В.Черныш нашёл-таки вариант, при котором матросы и старшины, страдающие близорукостью, могли рассчитывать на насечки по Фёдорову за 2-3 недели до увольнения домой. Прооперироваться, чтобы забыть об очках, разрешалось исключительно отличникам боевой и политической подготовки в качестве поощрения.

В первый офицерский отпуск, будучи лейтенантом медицинской службы, я навестил Л.Балашевича, одного из наставников по занятиям в офтальмологическом кружке академии. Вот тогда я впервые узнал, что будет организован Ленинградский филиал МНТК «Микрохирургия глаза», возглавляемый знаменитым С.Н.Фёдоровым. Леонид Иосифович показывал собственные фотографии стройки. Впечатляла расчётная мощность будущей клиники, где только относительно простых операций без вскрытия глазного яблока планировалось выполнять 11 тыс. ежегодно. Кто

количество операций составляет около 100. Здесь выполняется половина всех осуществляемых в Санкт-Петербурге диагностических и преимущественно лечебных хирургических вмешательств при заболеваниях глаз. По сути дела, функционирует огромная фабрика офтальмологического здоровья, о чём мечталось Святославу Николаевичу. В конвейерный процесс интегрированы значительные технологические мощности, задействовано большое мастерство офтальмохирургов, и в итоге пациент за достаточно короткое время продвигается к выздоровлению. Выстроенную систему можно сравнить с компьютером, где имеется колоссальная сложность начинка, зато пользователю легко и удобно.

– **В «фабрике» наличествуют лечебные технологии, во внедрении которых на сети филиалов МНТК петербуржцы лидируют?**

– Мы гордимся, например, темпом и качеством развития у себя рефракционной хирургии, которая начиналась с уже упомянутых мной насечек по Фёдорову. В нашей клинике накоплен, пожалуй, самый большой опыт использования метода фемтосекундной лазерной коррекции зрения под названием SMILE. Ежегодно число операций достигает 5 тыс. У нас сильные позиции специалистов в области витреоретинальной хирургии. С именем руководителя одного из профильных отделений Я.Байбородова связано приобретение отечественной и мировой практической офтальмологией деликатных подходов в хирургии макулярных разрывов сетчатки. Хирургия ямок зрительного нерва. Очень сложная пока для понимания проблема. С одной стороны, она встречается редко, а с другой, в мире таким больным не научились ещё эффективно помогать. Но мы находимся на шаг впереди, что заставляет пациентов со всей страны подтягиваться в Северную столицу. Филиал известен достижениями в лазерной микрохирургии глаза. Творческим союзом профессора Л.Балашевича и нобелевского лауреата Ж.Алфёрова в Санкт-Петербурге был создан первый российский лазерный офтальмокоагулятор на диодной основе. С приходом в филиал профессора И.Пановой мощный толчок получил офтальмологический вектор...

Харизматичный основатель нашего МНТК отбирал в свою команду тех, кто мог выдержать им заданный высокоскоростной темп работы, любил повторять: он хочет в этой жизни бежать и быть счастливым, но это возможно, мол, при условии, что компанию ему составят также счастливые люди, бегающие, а не плетущиеся в хвосте. Мы стараемся...

Беседу вёл
Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Магия цифр удивительна. Первые три филиала будущей «империи» МНТК «Микрохирургия глаза», в том числе и наш, Ленинградский, открылись в 1987 г., и это был своего рода подарок Святославу Николаевичу Фёдорову к его 60-летию. В том же году страна бурно праздновала 70-летие Великой Октябрьской социалистической революции.

Некоторые важные события в жизни нашего филиала также были связаны с магической семёркой – например полный переход на лазерные технологии рефракционной хирургии, которому в этом году исполнилось 20 лет. Не минула эта удивительная цифра и меня лично – я родился в 1937 г., на 10 лет позже Фёдорова и через 20 лет после революции.

Так вот и текут теперь синхронно наши юбилеи, через каждые 10 лет заканчивающиеся семёркой.

Поскольку наш филиал – детище Фёдорова, но невольно накануне празднования 30-летия со дня его публичного открытия мысли всё равно возвращаются к Святославу Николаевичу. Теперь он как человек остался только в воспоминаниях его современников, а ведь мог бы ещё жить и радоваться вместе с нами успехам своего детища!

Мои первый личный контакт с ним и первое знакомство, как это ни странно, состоялось в небе, в президентском самолёте, на котором мне посчастливилось летать с ним во время его личной инспекции первых строившихся филиалов.

Святослава Николаевича сопровождала большая команда его помощников, занимавшихся разными сторонами строительства и решения проблем на местах, и меня поразило тогда, что тот практически не сидел на месте – постоянно перемещался по самолёту, подходил к членам своей команды, бурно обсуждал с ними разные проблемы, высказывал свои идеи.

Во время такого «обхода» покойный Александр Дмитриевич Семёнов, возглавлявший работу по строительству филиалов, с которым мы давно были знакомы и дружны ещё с офицерской службы на Северном флоте, представил меня Святославу Николаевичу как заместителя директора Ленинградского филиала.

Святослав Николаевич заговорил со мной так, будто уже давно меня знал, по имени, просто, без всякой надменности. Это покорило меня сразу – было такое чувство, какое испытывает ребёнок рядом с приветливым и уютным большим плюшевым медведем, к которому хочется прислониться.

Удивительно, что вторая наша встреча, которая прочно сидит в моей памяти, также связана с небом, которое Святослав Николаевич так любил. Во время очередной моей поездки в Протасово Святослав Николаевич собирался полетать за штурвалом своего вертолётчика и пригласил меня сопровождать его в этом полёте. Увидев маленький вертолётчик с полностью прозрачной кабиной, я попытался отговориться: мол, я подводник, высоты боюсь. Но Святослав Николаевич был непреклонен: «Сядь рядом, вот наушники, пристёгивайся и не б... (в смысле «не бойся»)». Пришлось покориться, и постепенно я адаптировался, смог даже слушать комментарии Святослава Николаевича о местах, над которыми мы пролетали. Когда внизу показались большие круглая лесная поляна, в середине которой стоял огромный особняк, окружённый маленькими домиками по периметру, Святослав Николаевич прокомментировал: «Смотри, это дом главы госкомпании N., а вокруг него халупы его подчинённых. Разве не идиотизм?». Поясню, что в Протасово, где строились дачи сотрудников головной организа-

ции МНТК, они были все одинаковы, и дача Фёдорова ничем не отличалась от других.

Третья, связанная с небом, наша встреча оказалась последней. Я был среди директоров филиалов, провожавших Святослава Николаевича в его последний полёт из Тамбова, где отмечался 10-летний юбилей филиала, в Москву. Через короткое время пришло шокирующее известие о том, что этот полёт обернулся

мира сего в своей правоте. Даже умному, но неуверенному в себе, невыразительному и закомплексованному человеку никогда бы не удалось добиться того, чего достиг Фёдоров.

И третья причина, я думаю, заключается в том, что Святослав Николаевич появился в нужное время и был востребован им.

Философы прошлого века У.Дрей и Э.Нагель подчёркивали, что отдельная личность может

и во время официальной части он вытащил из кармана какое-то устройство и сказал мне: «Лёня, это первая цифровая фотокамера, я ещё не знаю, как ею пользоваться, ты опытный фотограф, разберись». «Опытный фотограф» сам первый раз держал в руках такую диковину, но всё же навыки работы с фототехникой помогли, и я быстро настроил камеру. Через пару недель я получил от него серию отпечатков со сделанных

ялся в апреле рокового 2000 г. Это был трудный для него период, когда он потерял статус депутата Государственной Думы и одновременно формально не был переназначен генеральным директором МНТК, поскольку депутаты не могли сохранять за собой государственные должности. Он оказался в подвешенном состоянии, и общественность Петербурга в лице бывшего первого секретаря Ленинградского обкома КПСС

Былое

Он был фонтаном и тараном...

Только человек с подобной харизмой мог основать «империю «МНТКовию»



трагедией. Совершив невероятное, перевернув, взбудоражив и офтальмологию, и экономику, и политику своего времени, он вознёсся, как Христос, в небо, к Богу. Так же, как и подвиг Христа, наследие Фёдорова всё выше оценивается с течением времени. И сегодня, несмотря на то что косная бюрократическая система постепенно выдавила почти все идеи Святослава Николаевича из практики функционирования его детища, это имя остаётся предметом веры и поклонения.

Память выталкивает из своей глубины всё новые и новые воспоминания, которые могли бы стать предметом целой книги. Придётся остановиться на этих коротких эпизодах и поразмышлять о том, почему именно Фёдоров стал символом прогресса офтальмологии в XX веке. Ведь в талантливых учёных и в России, и в мире недостатка не ощущалось, вспомнить таких высоких интеллектуалов и интеллигентов, как Белляримино, Долганов, Поляк, Архангельский, Авербах, Нестеров, Краснов...

Первая причина – это его невероятная способность генерировать новые идеи и быть увлечённым ими, способность сметать все препятствия на пути к их реализации, не считаясь с условностями и бюрократическими ограничениями. Он не был тихим кабинетным учёным, высшей степенью удовлетворённости которого является публикация его научных изысканий. Он был фонтаном, тараном, который видел смысл разработки своих идей только в их практической реализации.

Вторая причина личного успеха, как мне представляется, была связана с его необыкновенной харизмой. Крупная фигура, уверенность в себе, открытое и мягкое общение с людьми, общительность – всё это помогало ему убеждать не только коллег, но и сильных

оказать тем большее влияние на общество, чем оно менее прочно и устойчиво и чем больше пришли в упадок его старые конструкции и институты.

Роль личности обратно пропорциональна стабильности и прочности общества.

Именно в 1980-е гг., когда даже правящей верхушке страны стала ясна экономическая несостоятельность существовавшей системы, появилась острая потребность в переменах и новых идеях. Одной из таких идей явилась концепция создания научно-технических комплексов в составе головного института, разрабатывающего новые технологии, и филиалов – предприятий, которые бы оперативно их внедряли в производство.

Святослав Николаевич вдохнул в этот замысел свои представления о свободной экономической модели, весьма далёкой от существовавших социалистических принципов, но руководство под давлением обстоятельств вынуждено было их принять. Именно это спасло наш комплекс после крушения СССР. В отличие от многих других МНТК, которые канули в вечность, детище Фёдорова выжило в условиях дикого капитализма, поскольку уже было готово к таким переменам.

С.Фёдоров – блестящее подтверждение известной истины, гласящей о том, что когда в муках рождается новое общество, именно лидеры создают его институты. В атмосфере стабильности при «заброзовевшем» обществе уже сами институты производят лидеров, но уже другого типа – покорных безликих исполнителей.

Для Святослава Николаевича все филиалы были дороги, как собственные дети, но всё же к Ленинградскому, а позднее Санкт-Петербургскому филиалу отношение было особым. Во-первых, сам город был для него связан с памятью его отца, которого он очень чтит. Иногда он приезжал в филиал без видимого повода, просто чтобы подышать ленинградским воздухом.

Помню, в один из таких приездов я зашёл к нему в 222-й номер нашего пансионата, где он останавливался, и он показал мне похожие на маленький ноутбук электронные шахматы. «Ты видишь, какое чудо, я могу сам с тобой играть в шахматы, они сами делают ответные ходы! Не афишируй, что я в городе, я должен немного отдохнуть от контактов».

Святослав Николаевич вообще обожал технические новинки и любил поиграть с ними. Помню, мы с ним присутствовали на открытии новой стоматологической клиники на Невском проспекте,

им снимков, ещё, правда, далёких по качеству от современных цифровых фотографий. Чаще всего на них были запечатлены красивые девушки, встречавшие гостей!

Немалую роль в особом отношении к нашему филиалу играло и то обстоятельство, что его первым директором стал профессор Анатолий Иванович Горбань, человек талантливый, яркий, один из немногих маститых профессоров от офтальмологии, поддерживавший научные идеи Фёдорова и друживший с ним. Анатолий Иванович постоянно тербил Святослава Николаевича своими предложениями и идеями по улучшению проекта филиалов, поиску и подготовке кадров, обучению их технологиям Фёдорова, и Святослав Николаевич к ним прислушивался, многое реализовал и нередко приезжал в филиал для обсуждения этих идей и знакомства с ходом строительства.

Кроме того, поскольку Ленинград был второй столицей и здесь проводились или дублировались многие как чисто профессиональные, так и политические мероприятия и события, Святослав Николаевич в них активно участвовал. Достаточно вспомнить прилёт к нам в 1987 г. международной летающей операционной «Орбис», приём и работу которой организовывал наш филиал, а также участие Фёдорова в президентских выборах 1996 г., потребовавших его приездов к нам для встречи с мэром города А.Собчаком и избирателями.

В городе на Неве проходили и некоторые встречи Святослава Николаевича с именитыми зарубежными гостями. В моей памяти сохранилась его встреча в стенах филиала с президентом одной из крупнейших международных компаний по производству техники для офтальмологии «Бауш и Ломб». Босс прилетел в Пулково на собственном самолёте. Это был могучий, уверенный в себе человек, с которым Святослав Николаевич быстро нашёл общий язык, общался с ним без переводчика на своём далёком от совершенства английском, но, присутствуя при беседе, я был приятно удивлён, что они прекрасно понимали друг друга. С.Фёдоров убеждал американского гостя, что время отношений производителя и потребителя по принципу «продал – купил» ушло, что нужно строить отношения с потребителем на партнёрских началах, эксплуатируя технику совместно на условиях аренды. Я слушал его, буквально открыв рот – такие мысли мне даже в голову не приходили!

Последний визит Святослава Николаевича в Петербург состо-

Л.Зайкова, возглавлявшего орденский капитал общественной организации «Наследие державной России», решила поддержать его, и 7 апреля 2000 г. капитал принял решение наградить С.Фёдорова орденом «Духовного Пробуждения», который до него получили только 6 человек. Напомню, что идея такого ордена как символа высшего знака гражданского признания была высказана академиком Д.Лихачёвым. В середине апреля Святослав Николаевич прибыл в Петербург, где и состоялось торжественное вручение ордена лично Л.Зайковым. Одновременно он, как оказалось, последний раз познакомился с работой филиала. Мы показали нашу новую технику и размещение новых отделений.

Становление филиала как организации нового типа происходило в очень нелёгкое для страны время. Сперва тотальный дефицит и вызванные им иногда непреодолимые проблемы оснащения филиала мебелью, автотранспортом, бельём, посудой и другими предметами первой необходимости. Затем распад СССР и полное прекращение государственной оплаты за выполненные операции, поставившие филиал на грань финансовой катастрофы. Дополнительные трудности образовал массовый отток в эмиграцию самых талантливых и многообещающих хирургов, которых мы только что успели подготовить к эффективной работе.

Приплюсуйте к этому недоверие и настороженность коллег к новым технологиям и принципам работы филиала, создававшие проблемы в профессиональном общении. У детища Фёдорова никогда за три десятилетия не было периодов благополучия, мы всегда находились на «линии фронта», но те годы были самыми трудными.

Думаю, что мы выстояли тогда только потому, что чувствовали мощную поддержку Святослава Николаевича, верили в его правоту и его идеи, в величие его личности. Это был тяжёлый, но романтический период, который навсегда останется в памяти ветеранов филиала, отдавших ему 30 лучших лет своей жизни.

Леонид БАЛАШЕВИЧ,
директор Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России в 1994-2015 гг., профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии имени академика С.Н.Фёдорова.

Как бы мне не хотелось избежать ярких эпитетов, рассказывая о своём знакомстве со Святославом Николаевичем, определение «судьбоносный» к этому событию имеет весьма точное, хотя и не самое прямое отношение. Как и многие другие его соратники, отдавшие большую часть сознательной жизни системе «Микрохирургия глаза», могу сказать с уверенностью, что феномен Фёдорова повлиял на формирование моего мировоззрения, отношение к труду, осознание своего места в социуме.

Говоря о «судьбоносности», следует справедливо отметить некоторое отступление судьбы от последовательности преподнесения событий. Офтальмологом я стал благодаря своей матери – тоже офтальмологу, первое знакомство со Святославом Николаевичем состоялось заочно, благодаря Анатолию Горбаню – первому директору нашего филиала, а настоящая личная встреча произошла 12 лет спустя после начала работы в системе.

Одним из принципов моего семейного воспитания был постулат о непререкаемом уважении и почитании «человека уставшего». Это термин моими родителями пояснялся так: «Если видишь где-либо уставшего человека, знай – он устал от своих трудов и не даром ест свой хлеб. Относись к нему с уважением и почтением». На вопрос как же распознать именно «человека уставшего», мне поясняли, что со временем я научусь выделять эту категорию людей.

От первого лица

Командор-китобой

Постепенно пришло понятие о расширении этой категории. «Человек уставший» стал означать не только индивидуума, пребывающего в состоянии физической усталости, но и человека, обременённого грузом личной и социальной ответственности.

Таким я его и увидел при личной встрече, когда Святослав Николаевич посетил тогда уже сформированное отделение рефракционной хирургии нашего филиала. В кабинет, прихрамывая, вошёл настоящий «человек уставший». Несмотря на тесноту кабинета, сделал его просторнее своей надёжностью, хорошо поставленным негромким голосом, уверенностью жестов. Во всей его внешности при столь близком рассмотрении, в его походке, интонациях, во взгляде было что-то очень знакомое и одновременно очень далёкое. Что-то, требующее усилия мысли для придания мелькнувшему образу очерченности и определённости.

Наше отделение к описываемому времени уже практически полностью перешло на лазерные методы коррекции зрения. Кератотомия, служившая нам годами методика Фёдорова, уходила в историю. Я ждал вопроса, и он прозвучал.

– Не жалеешь, что занимался кератотомией?



– Не жалею.

– Как относишься к лазерной коррекции? Будущее ведь наверняка за ней.

– Ближайшее – да, обозримое – возможно, а отдалённое будущее наверняка расставит свои приоритеты. О занятии кератотомией не жалею, так как она многому нас научила. Вряд ли кто знает роговицу как объект прицельного хирургического воздействия с целью изменения её свойств лучше, нежели рефракционный хирург.

«Генеральный» посмотрел на меня, прищурился:

– Ну, уж прямо никто лучше и не знает?

– Никто, с точки зрения возможности изменения и отслеживания рефракционных свойств роговицы. Ваша методика служила и служит не только как корректирующая процедура, но и как инструмент познания ранее неизвестных свойств роговицы.

Я отвечал и ловил себя на мысли, кого же мне нужно вспомнить, чей образ возник и пропал, и требует настойчиво восстановить его.

– А что ты сказал по поводу отдалённого будущего?

Ладно, спрошу, подумал я. Будь, что будет!

– Святослав Николаевич, мы сейчас в рефракционной хирургии используем методы разрушения, будь то кератотомия или лазерная коррекция. Вы наверняка думали о других способах изменения кривизны роговицы – созидательных.

– Думал...

Употребление слова «разрушение» не понравилось «генеральному».

– Это же чистой воды генетика, – продолжал он, – я не могу сейчас взять и заставить клетки роговицы просто так вот меняться! Есть у Ражева Александра кое-какие наблюдения, но это просто зачатки.

Иди за наставником творить добро!

Городская клиническая больница № 16 им. В.В.Куйбышева, куда я устроилась после окончания института в 1970-е годы, была одной из первых в Ленинграде, где пациентам с катарактой имплантировались искусственные хрусталики.

Глазное отделение больницы являлось клинической базой кафедры офтальмологии Ленинградского педиатрического медицинского института. Её заведующий Анатолий Иванович Горбань пригласил меня работать у него ассистентом, а впоследствии стал регулярно отправлять на учёбу в Москву, к своему другу и соратнику С.Н.Фёдорову. Вот там я и впервые увидела, как в лаборатории изготавливаются искусственные хрусталики, затем их стерилизуют для вживления в глазное яблоко. Старательно училась у Святослава Николаевича, даже несколько раз ассистировала ему.

В декабре 1986 г. я находилась в очередной учебной командировке в «Фёдоровском» межотраслевом научно-техническом комплексе. И вот во время проведения традиционной пятиминутки, на которую приглашаются все врачи, генеральный директор объявил, что занять должность руководителя Ленинградского филиала он предложил Анатолию Ивановичу Горбаню, то есть моему первому учителю... В ту минуту меня, конечно, обуреало невероятное чувство гордости и счастья. Почему, конечно? Да потому, что я была очень



благодарна судьбе за то, что она свела меня с профессором Горбанем – офтальмологом и человеком с большой буквы. Ещё начинающим врачом я поклялась по гроб помнить своего учителя, и молодых так учу: не забывайте никогда тех, кто дал вам путёвку в профессиональную жизнь! Когда Анатолий Иванович перебрался в Германию, я к нему ездила на 80-летие. И когда наставник умер, я была у него на могиле...

Планёрка закончилась, проходит мимо Святослав Николаевич. У меня вырвалось: «А мне-то что делать?». А он улыбнулся: «Иди за ним!». Подразумевалось – за новоиспечённым директором Ленинградского филиала и своим любимым учителем.

Длительное время я трудилась заместителем директора по лечебному контролю. Святослав Николаевич ввёл такую должность, ведь учреждению возмещались затраты исключительно по принципу «оплата за пролеченного больного», таковыми же могли считаться те, кто прошёл лечебный контроль. А количество больных уже тогда «зашкаливало», по-

скольку мы активно выполняли кератотомию на роговице, и пациенты сотнями навсегда снимали очки. Заступивший вместо уехавшего Анатолия Ивановича директор филиала профессор Л.Балашевич увидел в моей скромной персоне своего заместителя по лечебной работе.

В какой бы ипостаси я ни находилась, отдавалась работе сполна, кроме того, ходила на неё, как на праздник, к чему всегда призывал сотрудников МНТК Святослав Николаевич, мой второй учитель. Давно нет в живых обоих моих учителей, а этот праздник, слава богу, до сих пор со мной. Бывает, вижу группу больных с пунурными головами, идущих на операцию, останавливаю и говорю: «В добрый час!». Они поднимают лица, их губы трогает улыбка.

Если мой муж, театральный режиссёр, не уставал говорить, что спасёт мир красота, то я всё время твержу: «Доброта!». Добрые чувства, эмоциональная культура привиты учителями. Изо дня в день я слышу по громкому радио приглашения пациентам прийти в такой-то кабинет в инкрустации волшебного слова «пожалуйста», так любимого Святославом Николаевичем и Анатолием Ивановичем. И в этом – тоже их завещание.

Эмма САПЕГИНА,
заведующая отделом
экспертизы качества Санкт-Петербургского филиала
МНТК «Микрохирургия
глаза» им. С.Н. Фёдорова
Минздрава России,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Краеугольный камень стоит на месте

При открытии каждого филиала МНТК профессор С.Н.Фёдоров всегда собственноручно выполнял операцию.

Ровно через 2 месяца после того, как меня пригласили в Ленинградский филиал из Военно-медицинской академии заведовать диагностическим отделением, а именно 14 декабря 1987 г., Святослав Николаевич распахнул в нашем городе двери массовым микрохирургическим вмешательствам на органе зрения, произведя рефракционную кератотомию по поводу близорукости. Не передать словами испытанного на том празднике ощущения наступивших ошеломляющих перспектив для всей офтальмологии! Это событие, рельефно высветив профессиональные горизонты, воспламеняло душу и сердце каждого его участника. Ведь нам посчастливилось быть свидетелями вступления специальности в новую эру.

Но прежде чем первый пациент лёг на хирургический стол, нужно было провести диагностику. Все мероприятия по организации запуска диагностической линии замыкались на мне. Оборудование поставила американская фирма, вместе с партнёрами мы налаживали его работу, тестировали. Дня часто не хватало, приходилось «прихватывать» и позднее время суток.

Архиважной задачей стали подбор и расстановка специалистов на диагностическом конвейере «Ромашка», идея которого, как, впрочем, и знаменитого хирургического конвейера



ра автоматической линии прозрения (АЛП), принадлежала основателю МНТК. Прелесть первой в мире разработки поточной технологии диагностики глазных заболеваний заключалась в максимальном удобстве прохождения процедуры для пациентов. Поскольку «Ромашка» двигалась по кругу, пациенты, не вставая с кресел, объезжали все этапы обследования. За исключением того, что эта система со временем претерпела некоторые внешние изменения, её краеугольный камень – отсутствие очередей – крепко стоит на месте.

Сегодня через наши диагностические кабинеты проходит ежедневно порядка 150 человек. За прошлый год продиагностировано и подготовлено к операциям 48 тыс. пациентов. Это огромные цифры. Такой «вал» не мыслим без отточенных до совершенства профессиональных навыков и полной взаимозаменяемости наших сотрудников. Среди них до сих пор трудится почти в изначальном составе первый «призыв» выпускников Ленинградского электротехнического

С Александром Михайловичем мне тоже посчастливилось встретиться, я знал его не только как блестящего учёного, первого принявшего методику ЛАЗИК на живом существе, но и как неутомимого исследователя, с увлечением рассказывавшего о новых лазерах и их воздействии на живые ткани.

Мы говорили о перспективах рефракционной хирургии, в глазах Святослава Николаевича загорелись огоньки оживления, но какие-то мрачноватые огоньки, я чувствовал, что главные его мысли были далеко от предмета нашей дискуссии. Я знал о вневрачебной деятельности «генерального», о тренингах в коллективе головной организации. Так что передо мной сидел уже «человек уставший» и бунтующий, борющийся с абстрактным злом, уверенный в непоколебимости своих убеждений.

Это была первая и единственная встреча со Святославом Николаевичем.

Только потом, когда его уже не стало, я понял, кого он мне напомнил. Конечно же, капитана Ахава, героя «Моби Дика» – хромом мятежного командора-китобоя, восставшего против абстрактного мирового зла, что воплотилось в Белом ките.

Таким он пришёл и таким ушёл, сохранившим, в отличие от Ахава, корабль и команду.

Сергей НИКУЛИН,
заведующий отделением
рефракционной хирургии
Санкт-Петербургского филиала
МНТК «Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова
Минздрава России.

медицинского техникума по специальности «оптик-оптометрист». Три десятилетия назад сам директор профессор Анатолий Иванович Горбань отобрал по уровню теоретической и практической подготовки 9 посланцев техникума. Для их alma mater, именуемой ныне Санкт-Петербургским медико-техническим колледжем, наше учреждение до сих пор остаётся учебной практической базой.

Во время своих приездов в самый северный филиал своего научно-технического комплекса, Святослав Николаевич в сопровождении Анатолия Ивановича часто заглядывал на диагностическую линию: не завёлся ли, случаем, в отлаженном механизме какой-либо «песочек», могущий помешать без скрежета двигаться заведённому «колесу»? Как одного, так и другого руководителя всегда немало интересовало соблюдение речевого этикета и вежливости медицинскими регистраторами и оптометристами в общении с пациентами. Анатолий Иванович лично проверял, как отвечает по телефону средний медицинский персонал. Обычно вечером он, не представляясь, звонил в дежурные службы нашего филиала. Голос директора на том конце провода подчёркнутым скоро стали узнавать, но об этом, конечно, помалкивали...

Владимир СЕРГЕЕВ,
заведующий
поликлиническим отделением
Санкт-Петербургского
филиала МНТК
«Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова
Минздрава России.

Число наркозависимых в нашей стране постепенно уменьшается. Но проблема их лечения и выявления по-прежнему остаётся острой. Об этом шла речь на пресс-конференции по итогам 2017 г. главного специалиста психиатра-нарколога Министерства здравоохранения РФ Евгения Брюна.

По словам Е.Брюна, основной вектор развития наркологии сегодня – профилактика и реабилитация. Эти два направления могут дать значительный эффект в снижении спроса на психоактивные вещества, наркотики, алкоголь и табак. В порядке оказания медицинской помощи по данному профилю записано, что в первую очередь функциональной задачей наших наркологических учреждений является дальнейшее развитие профилактики. Например, в лечебных учреждениях Москвы уже много сделано по профилактике и реабилитации, по-новому работа ведётся с 2003 г. Все консультации наркологов теперь включают элементы антинаркотической пропаганды. И это позволяет уменьшить случайное потребление психоактивных веществ (через определённые технологии убеждения совместно с выступлениями в СМИ), мотивирует и тех, у кого только началось формироваться пристрастие к наркотикам, прекратить их употреблять.

Кроме того, речь идёт и о первичной профилактике в различных коллективах: школы, трудовые сообщества – обучающие программы, семинары, акции в различных городах. Это и вторичная профилактика – здесь вступает в силу закон о тестировании учащихся с 13 лет и до окончания вуза. В учебных коллективах легко организовать такую работу специалистов. За последние 5-6 лет удалось снизить спрос на употребление наркотиков в этой среде в 3-5 раз. Родители, по началу сопротивлявшиеся, ныне просят, чтобы в школах, особенно в старших классах, процесс не останавливался.

Авторитетное мнение

Наркоманов становится меньше

Названо количество лиц, страдающих зависимостями

Медицинская реабилитация проводится в учреждениях государственной системы, социальная реабилитация – как правило, в негосударственных учреждениях. Для наиболее тяжёлых, криминально активных больных наркоманией существует обязательное, альтернативное лечение в местах лишения свободы.

Одна из труднейших задач наркологии – замотивировать человека, чтобы включить в лечебно-реабилитационный процесс. Ещё 20-30 лет назад, по данным зарубежных исследователей, было крайне трудно определённый круг людей заставить даже работать. Сейчас сложно убедить вести трезвый образ жизни. Понятно, что у больного все проблемы наркологического профиля выявляются при поступлении в стационар. Нередко у него имеются и психические расстройства, и соматические, неврологические. Зачастую бывает так: у больного развивается наркологическое заболевание, при этом он инфицирован какой-то инфекцией или страдает от болезни печени, сердечно-сосудистой системы.

На повестке дня стоит создание лечебной субкультуры – очень важно сформировать такое общество, которое поддерживает трезвость своих членов и привлекает новых выздоравливающих – прежде всего это группы самопомощи анонимных алкоголиков и наркоманов, которые составляют

наиболее социально активную часть больных и соглашаются помочь врачам.

Спикер остановился на профилактике наркологических заболеваний в соматических больницах. В популяции всегда есть 2% больных алкоголизмом, 1% – наркоманией. Эти люди врачам известны при обращении за медицинской помощью. Но есть большое число лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками, табаком, которые к наркологу не обращаются, а со своими сопутствующими заболеваниями идут в обычные соматические больницы. Было проанализировано 3 тыс. человек. Из них выявлено 15% тех, кто злоупотребляет алкоголем, в связи с чем у них часто диагностируются сопутствующие заболевания. Но что поразительно: более 6% пациентов в соматических больницах – те, как свидетельствует исследование, кто злоупотребляет наркотиками или препаратами (транквилизаторы, снотворное) без назначения врача. Часто это люди после 40 лет или пожилого возраста. К сожалению, тема наркологических заболеваний в пожилом возрасте слабо разработана как в мире, так и у нас в стране. А ведь после выхода на пенсию, как известно, наступает так называемая вторая волна алкоголизации.

– Не всегда наркологу удаётся наладить работу в трудовых коллективах – к сожалению, админи-

страция и руководители не очень хотят сотрудничать, – посетовал Е.Брюн. – Но это направление развития наркологии весьма значимо для раннего выявления заболеваний. В Москве такая работа ведётся в основном на autopредприятиях.

Сейчас Минздравом России внедряется программа ранней профилактики в первичном медицинском звене – это поликлиники, центры здоровья, где присутствие нарколога или специалиста по зависимостям тоже станет обязательным. Многие направления по противодействию наркомании будут реализованы в течение 2018 г.

– Очень важен медико-генетический подход к пациентам, который внедряется уже 2 года, – продолжает Е.Брюн. – Только кажется, что большой алкоголизмом один и тот же в любой популяции и к нему можно применять стандартные методы. Биохимия головного мозга у таких больных разная, и специалисты умеют персонализировать медицинскую помощь. Это упрощает подбор препаратов – раньше на это уходило больше времени, врач фактически работал «в слепую», выписывая различные по действию, побочным эффектам и цене медикаменты. Зная психические реакции больных, можно выработать индивидуальные программы реабилитации.

Если говорить о профилактике, то сейчас изучаются дети больных алкоголизмом на предмет

выявления возможных рисков появления зависимого поведения. Прокладывается как бы мостик от персонализированной медицины к персонализированной педагогике – педагоги получают рекомендации по воспитанию таких детей, общению с ними.

В Москве 10-15 лет назад на учёте состояли 130-140 тыс. больных, из них 30-32 тыс. наркоманов. Сейчас цифры снижаются. Исчезает применение героина. Многие хотят сняться с наркологического учёта, не завершив до конца лечение, но их предупреждают о том, что для них останется много запретов (вождение, ношение оружия и т.д.). Диспансерные сроки наблюдения за такими лицами сокращены с 5 лет до 3. Москва «трезвеет», значительно уменьшилось количество отравлений алкоголем – если в 2014 г. было зафиксировано 1700 смертей, сейчас их почти в 5 раз меньше. Меньше становится и «знакомых» с наркотиками в старших классах – с 13% их число снизилось до 0,3%.

Отрадно осознавать и то, что благодаря антитабачным мероприятиям с 2009 г. число курящих в стране снизилось на 9% – с 39,5 до 30,9%. Золотым стандартом, по мнению ВОЗ, считается 25%, к этой цифре удалось приблизиться в Европе, у нас рубежа планируется достигнуть к 2022 г.

Итак, по мнению Е.Брюна, число наркозависимых в нашей стране постепенно уменьшается, такая тенденция действительно наметилась. Количество состоящих на учёте снижается на 2-3% в год. Но в основном за счёт «героино-вых» наркоманов. Какая-то часть наркоманов сидит в тюрьме и не попадает в официальные подсчёты. Но на смену прежним наркотикам приходят синтетические из Европы и Китая. К сожалению, экспресс-тестов на них, имеющих мощное психотропное действие, в мире не существует. Поэтому пока нельзя провести полный мониторинг их потребителей.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Актуально

Традиции сотрудничества

Пилотный проект по реабилитации и профилактике

Калининградская область включена в пилотный проект по реабилитации наркозависимых. Об этом шла речь на заседании рабочей группы по реализации решений комиссии Русской православной церкви и Минздрава России в сфере здравоохранения.

На встрече обсуждались актуальные вопросы взаимодействия наркологической службы и РПЦ в свете соглашения между Министерством здравоохранения РФ и руководством конфессии, подписанного в 2015 г.

В заседании рабочей группы приняли участие директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, вице-премьер областного правительства Илья Баринов, представители РПЦ, наркологической службы региона, реабилитационных центров для наркозависимых.

Как подчеркнул И.Баринов, в рамках различных программ профилактики и лечению наркомании и алкоголизма среди молодёжи и взрослого населения региона сегодня уделяется особое внимание. Под постоянным контролем Министерства здравоохранения



области – снижение смертности от психоактивных веществ: «Хочу отметить, что в нашей области сложилась хорошая традиция сотрудничества специалистов Областного наркодиспансера и Калининградской епархии РПЦ в вопросах комплексного подхода к токсикологической помощи тем, кто злоупотребляет алкоголем,

потребляет наркотики и психотропные вещества. Уверен, что наше сегодняшнее общение придаст новый импульс совместной работе по лечению и реабилитации таких граждан, что, в свою очередь, позволит продолжить тенденцию к снижению смертности в регионе по этому классу заболеваний».

Руководитель областного наркодиспансера Юрий Скалин пояснил, что Калининградская область вошла в совместный с православной церковью пилотный проект по реабилитации наркозависимых. Создаются православные реабилитационные центры, проводятся мероприятия, организованные наркологической

службой и епархией. Несколько лет подряд в сентябре в Центральном парке культуры и отдыха проводится массовый праздник – День трезвости, в организации которого принимает активное участие Калининградская епархия РПЦ и православное общество «Трезвение».

Также Ю.Скалин сообщил, что в настоящее время идёт подготовка священнослужителей по специализированной программе магистратуры Балтийского федерального университета им. И.Канта, которая предусматривает их обучение методикам социальной реабилитации наркозависимых: «Нам очень важно, чтобы подобный образовательный элемент также был включён и в учебные программы духовных семинарий православной церкви».

«У наркологической службы Калининградской области есть хороший опыт взаимодействия с епархией, – отметил О.Салагай. – И этот опыт может быть очень востребован другими регионами. Здесь работают православные реабилитационные центры, совместно с наркодиспансером реализуется много мероприятий. И мы будем поддерживать Калининград в реализации пилотного проекта, поддерживать работу реабилитационных центров, чтобы как можно больше наркозависимых проходили помимо медицинской ещё и социальную реабилитацию и быстрее возвращались к нормальной жизни. И у региона для этого есть все возможности».

Ирина СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 94 (2124)

(Окончание. Начало в № 96 от 20.12.2017.)

Осложнения мигрени у детей встречаются крайне редко.

Хроническая мигрень характеризуется очень частыми приступами головной боли, возникающими как минимум 15 дней в месяце на протяжении не менее 3 месяцев. При этом у ребёнка должны быть в анамнезе эпизодические приступы мигрени.

Мигренозный статус диагностируют в том случае, когда приступ интенсивной головной боли (или несколько следующих друг за другом приступов) продолжается более 72 часов (исключая время сна). Мигренозный статус – это, как правило, показание для госпитализации.

Персистирующая аура без инфаркта – сохранение симптомов ауры более 7 дней в отсутствие инфаркта по данным нейровизуализации.

Мигренозный инфаркт головного мозга – возникновение на фоне приступа с аурой и стойкой неврологической симптоматикой (обычно соответствующей проявлениям ауры). Критериями такого диагноза являются сохранение симптомов ауры более 60 минут; многомесячный (многолетний) анамнез характерных приступов мигрени с аналогичной, но более кратковременной аурой; подтверждение инфаркта мозга методами нейровизуализации; отсутствие других заболеваний, способных вызвать аналогичные симптомы.

Мигрень рассматривается как триггер эпилептического припадка, когда эпилептические припадки, вызываемые (запускаемые) мигренью, возникают во время или в течение часа после мигренозной ауры.

Клиника

Мигрень без ауры (ранее обозначалась как простая мигрень) – самая частая форма мигрени у взрослых и у детей.

Мигрень – хроническое заболевание, которое проявляется эпизодическими приступами головной боли с характерными сопутствующими симптомами.

Приступу мигрени без ауры могут предшествовать предвестники (продромальные явления) в виде эмоциональных нарушений (немотивированная раздражительность, депрессия, апатия), нарушение сна, изменения аппетита (абулия или чувство неутолимого голода), жажды и задержки жидкости (пастозность, отёчность). Предвестники возникают за несколько часов (или дней) до приступа (В.Шток и др., 2006).

У большинства детей с мигренью без ауры частота приступов составляет 1 раз в месяц или 1 раз в 2 месяца. При мигрени с аурой частота приступов несколько реже, у детей с гемиплегической мигренью ещё реже: 1 раз в 4-6 месяцев.

Приступы мигрени могут начинаться в любое время суток, но чаще начало приступа отмечается днём или вечером.

У некоторых пациентов за несколько часов или даже суток до приступа могут возникать предвестники головной боли (продромальная фаза), некоторые симптомы могут появляться после приступа (послеприступная фаза). Продромальные и послеприступные симптомы включают гиперактивность или, наоборот, снижение активности, депрессию, желание употребить определённые продукты, повторную зевоту и др. Продромальные и послеприступные симптомы не являются симптомами мигренозной ауры (И.Денисов и др., 2003).

Головная боль при мигрени характерно пульсирующая. Однако у детей бывает давящая, распирающая или ломящая.

Боль при мигрени локализуется в лобно-височных, перiorбитальной, реже теменной областях.

У детей дошкольного возраста наблюдается, как правило, двусторонняя головная боль. Для старших детей характерна односторонняя головная боль, которая может менять сторону от приступа к приступу. Гемикранический характер боли в период приступа отмечают около 30% детей с мигренью без ауры и половина детей с мигренью с аурой.

Как правило, только к 10-12 годам жизни ребёнка характеристики головной боли при мигрени соответствуют таковым у взрослых.

Головная боль в приступе мигрени, как правило, имеет высокую интенсивность, достигая 7-9 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), может быть мучительной, трудно переносимой. Нередко во время болевого приступа отмечается общая гиперестезия, непереносимость яркого света (фотофобия), громких звуков (фонофобия),

Диагностика и лечение мигрени у детей

Федеральные клинические рекомендации (протоколы)

а также особенная чувствительность к обонятельным и тактильным раздражителям. Обычная физическая нагрузка, движения головой, поездка на транспорте могут усиливать интенсивность головной боли.

Во время приступа мигрени характерен внешний вид больных: бледность кожных покровов лица, скудная мимика, иногда страдальческое выражение лица.

Помимо головной боли для приступа мигрени характерны тошнота и рвота. После рвоты, как правило, отмечается облегчение общего состояния и ребёнок обычно засыпает.

После сна продолжительностью от 30 минут до 2-3 часов приступ полностью купируется и головная боль не возобновляется.

Средняя продолжительность приступов у большинства детей с мигренью без ауры обычно составляет 2-3 часа, у большинства детей с мигренью с аурой приступы значительно короче, до 1 часа.

Таким образом, у детей с разными формами мигрени в течение приступов прослеживается определённая фазность: продромальный период, период ауры, фаза головной боли, постприступный период (А.Вейн и др., 1995).

В межприступном периоде дети с мигренью практически здоровы и не имеют никаких неврологических симптомов.

Дифференциальный диагноз

Одной из главных целей лечащего врача детей и подростков с хронической ежедневной головной болью – разграничение первичных головных болей от вторичных.

Острое начало ГБ нередко связано с системными инфекциями (ОРВИ, грипп, менингиты и др.), органическим поражением мозга и другими вторичными причинами. Если приступы ГБ повторяются часто или даже эпизодически, следует думать о первичных ГБ и в первую очередь о мигрени. При исключении вторичных причин ГБ очень важно разъяснить ребёнку и его родителям природу заболевания и лечебную тактику.

Для постановки правильного диагноза у детей с ГБ необходимы тщательный сбор анамнеза, детальное общеклиническое и неврологическое тестирование, нейровизуализация (предпочтительно МРТ головного мозга), общий анализ крови и биохимическое исследование крови, в редких случаях – люмбальная пункция. Для некоторых пациентов необходимо проведение специальных ортостатических проб и сомнологического исследования.

Следует обращать внимание на размер и форму головы, поскольку субкомпенсированная гидроцефалия сопровождается частыми ГБ. Исследование глазного дна очень важно для исключения отёка зрительного нерва и повышения внутричерепного давления.

Важная роль нейровизуализационных методов исследования – исключение вторичной природы ГБ, а также убеждение родителей и семьи в отсутствии жизнеугрожающих изменений в головном мозге при первичных ГБ.

Нейровизуализационные исследования могут выявить значительные изменения в ЦНС, особенно при очаговых неврологических знаках и/или судорожных приступах в анамнезе. Иногда на МРТ в виде случайных находок обнаруживают негрубые сосудистые аномалии, небольшие изменения в белом веществе мозга, арахноидальные и/или эпифизарные кисты, которые не имеют клинического значения у детей с ГБ, но вызывают большую обеспокоенность у семьи такого ребёнка.

Если родители отмечают травму головы или шеи, особенно в связи с началом ГБ, необходимо иметь в виду проведение МР-ангиографии сосудов шеи и головного

Во время приступа мигрени у ребёнка рекомендуется отдых в затемнённой комнате в спокойной обстановке. Часто сон может купировать приступ, и после пробуждения ребёнка он не возобновляется.

Препаратами выбора при приступе мигрени у детей являются парацетамол или ибупрофен, которые назначаются в самом начале. Это особенно важно, если приступ сопровождается тошнотой и/или рвотой.

Для детей часто бывает трудно определить начало приступа мигрени. Это связано с несколькими причинами:

1) в силу большой эмоциональности, увлечения играми, быстрого переключения внимания дети часто пропускают начало приступа головной боли и замечают её только в том момент, когда боль имеет уже высокую интенсивность и появляется тошнота, а иногда и рвота;

2) многие дети по своему опыту знают, что головная боль может нарастать очень

быстро, и поэтому любую головную боль воспринимают как приступ мигрени. Поэтому нужно делать акцент на обучение детей и их родителей раннему определению приступа мигрени и его лечению.

Очень важный момент лечения приступа – применение адекватной дозы препарата. Для приступов умеренной и высокой интенсивности можно использовать ибупрофен в разовой дозе 10 мг/кг массы тела (P.Winner, 2009), хотя в некоторых исследованиях для эффективного лечения приступов мигрени у детей применяли 7,5 мг/кг (M.Hamalainen et al., 2007; D.Lewis et al., 2001).

Второй препарат, рекомендуемый для купирования приступа мигрени у детей, это ацетаминофен (парацетамол, панadol, эффералган) в разовой дозе 10-15 мг/кг. Возможно повторное применение препарата через 6-8 часов (M.Hamalainen et al., 1997).

Но ещё раз нужно обратить внимание, что при частых приступах мигрени у детей необходимо ограничить применение обезболивающих препаратов до 2, максимум 3 раз в неделю ввиду высокого риска формирования лекарственного абзуса.

У подростков для купирования тяжёлых приступов мигрени, помимо анальгетиков, возможно использование специфических противомигренозных препаратов: триптанов (суматриптан, золмитриптан и др.) и эрготов (синкаптон) (P.Winner et al., 2008).

У детей и подростков для купирования эпизодических приступов мигрени умеренной интенсивности назначается НПВС (например, ибупрофен), в то время как при тяжёлых приступах головной боли следует назначать комбинацию триптана и НПВС (T.Smith, et al., 2005). Такой подход особенно оправдан у детей и подростков, у которых периодически отмечаются длительные и очень тяжёлые приступы головной боли (более 8 баллов по 10-балльной ВАШ).

Лечение

В терапии мигрени выделяют два основных направления: лечение приступа и профилактическое лечение (Т.Стайнер и др., 2010).

Однако не менее важны в лечении мигрени у детей мероприятия по модификации привычного образа жизни.

Во-первых, это определение провоцирующих мигренозных приступ факторов у конкретного пациента, так называемых триггеров мигрени и по возможности устранение или избегание их. Во-вторых, это релаксационная терапия (мышечная релаксация, аутогенная тренировка, гипноз и др.), которая более значима у подростков. В-третьих, это гигиена сна. Четвёртый важный момент – это изменение диеты для устранения провоцирующих приступ продуктов (шоколад, определённые сыры, острые приправы, некоторые орехи и т.д.) и уменьшение потребления продуктов, содержащих кофеин (пепси, кола, кофе и др.).

Ещё один важный момент, это разумный контроль над физическими упражнениями и тренировками, если ребёнок посещает спортивные секции. Оптимальна регулярная физическая нагрузка – по 20-30 минут каждый день.

У подростков для купирования тяжёлых приступов мигрени, помимо анальгетиков, возможно использование специфических противомигренозных препаратов: триптанов (суматриптан, золмитриптан и др.) и эрготов (синкаптон) (P.Winner et al., 2008).

У детей и подростков для купирования эпизодических приступов мигрени умеренной интенсивности назначается НПВС (например, ибупрофен), в то время как при тяжёлых приступах головной боли следует назначать комбинацию триптана и НПВС (T.Smith, et al., 2005). Такой подход особенно оправдан у детей и подростков, у которых периодически отмечаются длительные и очень тяжёлые приступы головной боли (более 8 баллов по 10-балльной ВАШ).

Селективные агонисты 5-НТ-1-рецепторов (суматриптан и другие триптаны – золмитриптан, ризатриптан) применяют до 18 лет с осторожностью, хотя существуют публикации по эффективному применению триптанов в купировании приступов мигрени у детей (K.Ahonen et al., 2006; S.Linder et al., 2000; M.Ueberall et al., 2000; P.Winner et al., 2002). Неселективные агонисты 5-НТ-1-рецепторов (эрготамин и его производные) не рекомендуется применять у детей до 6 лет (препарат синкаптон разрешён к применению в РФ: с 6 до 12 лет назначают по ½ таблетки, старше 12 лет – по 1 таблетке в разовой дозе). Препараты и их дозы, применяемые при остром приступе мигрени у детей, представлены в таблице 2.

Согласно отчёту Американской академии неврологии и Детского неврологического общества, опубликованного в 2004 г. для лечения острого приступа мигрени у

Таблица 2

Препараты для лечения острого приступа мигрени (D.Lewis et al., 2004)

Препарат	Класс доказательности	Ссылки
Неспецифические обезболивающие препараты		
Ибупрофен 10 мг/кг (разовая доза)	I	M.Hamalainen et al., 1997
Ибупрофен 7,5 мг/кг (разовая доза)	I	D.Lewis et al., 2007
Ацетоминофен 15 мг/кг (разовая доза)	I	M.Hamalainen et al., 2006
Триптаны		
Суматриптан (имигран, сумиг, амигрени) Формы выпуска: 1 таблетка = 50 мг или 100 мг; спрей для интраназального применения 20 мг в 1 дозе; аутоинъектор 6 мг		
Дозирование (разовая доза): интраназально 10 мг (20–39 кг), 20 мг (больше 39 кг)	I	M.Ueberall, 1999
Перорально 12,5-25мг	I	M.Hamalainen et al., 1997
Подкожно, 6 мг	IV	J.MacDonald, 1994
Золмитриптан Таблетки 2,5 мг (разовая доза) Назальный спрей 5 мг (разовая доза)	IV	S.Linder et al., 2000
Ризатриптан Таблетки 5 мг (20-39 кг), 10 мг (больше 39 кг)	II	K.Ahonen et al., 2006 P.Winner, 2002

детей наиболее эффективны и безопасны ибупрофен (**уровень доказательности А**) и парацетамол (**уровень доказательности В**) (D.Lewis, 2004)

Ибупрофен по своим обезболивающим и жаропонижающим эффектам, а также по воздействию на желудочно-кишечный тракт и почки сопоставим с парацетамолом, но не оказывает токсического действия на печень (Ю.Нестеровский и др., 2013).

Суматриптан эффективен у детей при интраназальном применении в дозировке 20 мг (**класс доказательности I**), менее эффективен при введении подкожно или перорально. В настоящее время нет однозначных данных о доказанной эффективности пероральных триптанов для терапии острого приступа мигрени у детей (D.Lewis et al., 2004)

При тяжёлом затяжном приступе и особенно мигренозном статусе в условиях неврологического стационара следует использовать дегидратирующие; антигистаминные, седативные препараты парентерально, капельно, а в ряде случаев преднизолон (M.Kabbouche et al., 2001).

При тошноте и рвоте применяется метоклопрамид (церукал, реглан) в дозе 0,5 мг/кг (в/в, в/м или внутрь) или домперидон (мотилиум, мотониум) 200-400 мкг/кг (внутрь).

доны (мотилиум, мотониум) 200-400 мкг/кг (внутрь).

Профилактическое лечение мигрени
Показания к профилактическому лечению:

- два и более приступа мигрени в месяц;
- тяжёлые и длительные приступы мигрени;
- низкая эффективность терапии, купирующей приступ мигрени;
- противопоказания или плохая переносимость препаратов, купирующих приступ мигрени;
- наличие необычной ауры, которая пугает ребёнка и родителей.

В настоящее время для профилактического лечения мигрени у детей и подростков наиболее широко используются антиконвульсанты (D.Lewis et al., 2009; P.Winner et al., 2005). Среди антиконвульсантов наибольшее число исследований проведено для топирамата и препаратов производных вальпроевой кислоты (см. табл. 3).

Эффективность топирамата в профилактическом лечении мигрени показана в двойных слепых плацебоконтролируемых исследованиях для детей в возрасте от 6 до 15 лет (C.Lakshmi et al., 2007; P.Winner

et al., 2005) и для подростков 12-17 лет (D.Lewis et al., 2009). Обычная стартовая доза для топирамата – 25 мг/сутки. Доза увеличивается каждые две недели, если это необходимо, до достижения максимальной дозы 2 мг/кг массы тела/сутки.

Доказательства эффективности препаратов вальпроевой кислоты в профилактическом лечении мигрени у детей основаны на результатах открытых клинических исследований (J.Caruso et al., 2000; G.Serdaroglu et al., 2000), а также сравнительных исследований с пропранололом (E.Bidabadi et al., 2010) и топираматом (A.Unalp, 2008). Для препаратов вальпроевой кислоты эффективная доза составляет 500-1000 мг/сутки. Показано эффективное использование препарата вальпроевой кислоты в профилактическом лечении циклических рвот (T.Hikita et al., 2009).

Для профилактического лечения мигрени у взрослых применяют бета-адреноблокаторы (пропранолол, метопролол). Механизм действия бета-адреноблокаторов при мигрени неизвестен. Пролонгированные препараты пропранолола можно принимать один раз в сутки.

У детей проведены несколько исследований, в которых показаны неоднозначные данные по эффективности пропранолола в профилактическом лечении мигрени (W.Forsythe et al., 1984; J.Ludvigsson, 1974). Несмотря на это, некоторые авторы подчёркивают, что пропранолол в дозе 1-3 мг/кг/сутки при курсовом лечении не менее 3 месяцев может быть эффективен у детей с мигренью (P.Winner, 2009). Нужно обратить внимание на то, что пропранолол противопоказан детям с бронхиальной астмой.

Среди антидепрессантов с целью профилактического лечения мигрени у детей описано применение amitriptилина, действие которого при мигрени связывают с его серотонинергическим эффектом; наиболее оптимальная доза при назначении amitriptилина при мигрени у детей 1 мг/кг/сутки (A.Hershey et al., 2000).

Антагонисты кальция широко используют для профилактического лечения мигрени у взрослых в качестве препаратов второго ряда – при неэффективности бета-адреноблокаторов и трициклических антидепрессантов. У детей из этой группы препаратов эффективность в профилактическом лечении мигрени показал только флунаризин в двух контролируемых исследованиях (V.Guidetti et al., 2007; F.Sorge et al., 1988).

Противопоказания для антагонистов кальция: синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада 2-3-й степени, сердечная недостаточность.

Побочные эффекты: отёки, артериальная гипотензия, утомляемость, головокружение, головная боль, запоры, атриовентрикулярная блокада.

Применение в детском возрасте, особенно у детей младшего возраста, нашёл препарат ципрогептадин (перитол), который обладает выраженным антисеротониновым, антигистаминным и антихолинергическим действием (D.Lewis et al., 2004).

Таблица 3

Препараты для профилактического лечения мигрени у детей (D.Lewis et al., 2004)

Лекарственные препараты и суточная доза	Класс доказательности	n	Эффективность	Ссылки
Антигистаминные Ципрогептадин 2-8 мг Пизотифен 0,5-1,5 мг	IV II	30	83%	D.Lewis et al., 2005 D.Gillies et al., 1986
Бета-адреноблокаторы Пропранолол 80 мг 60-120 мг 1-3мг/кг/сут	II II II	39 28 28	81% значительная редукция ГБ значительная редукция ГБ	W.Forsythe et al., 1984 J.Ludvigsson et al., 1974 D.Ziegler et al., 1993
Трициклические антидепрессанты Амитриптилин 0,25-1,0 мг/кг/сутки 6-120 мг	IV IV	192 73	80% 89%	A.Hershey et al., 2000 D.Lewis et al., 2004
Блокаторы кальциевых каналов Флунаризин 5 мг Флунаризин 5-10 мг	I IV	63 12	p < 0,001 у 75% уменьшение головных болей на 75-100%	F.Sorge et al., 1988 V.Guidetti et al., 1987
Антиэпилептические препараты Вальпроат натрия 15-45 мг/кг/сут 500-1000 мг/сут Топирамат 12,5-225 мг 1-2 мг/кг Леветирацетам 250-500 мг	IV IV IV IV	42 10 75 19	У 76% снижение частоты головных болей на 50% P = 0 p < 0,001 p < 0,0001	J.Caruso et al., 2000 G.Serdaroglu et al., 2002 A.Hershey et al., 2002 D.Lewis et al., 2009 G.Miller, 2004

Ещё одним препаратом из группы с антигистаминным действием, который показал свою эффективность для профилактического лечения мигрени у детей, является пизотифен. Стандартная доза пизотифена при мигрени у детей составляет 0,5-1,5 мг/сутки (D.Gillies et al., 1986), более высокие дозы до 3,5 мг/сутки применялись для лечения абдоминальной мигрени (D.Symon et al., 1995).

Согласно отчёту Американской академии неврологии и Детского неврологического общества, опубликованного в 2004 г., флунаризин, вероятно, эффективен для профилактического лечения мигрени у детей (**уровень доказательности В**). На момент составления этого системного отчёта (2004) не было достаточно данных для формирования однозначных рекомендаций, касающихся использования ципрогептадина, amitriptилина, вальпроата натрия, топирамата, леветирацетама, пропранолола в профилактическом лечении мигрени (D.Lewis, 2004).

Для профилактического лечения мигрени у взрослых пациентов используются витамины (рибофлавин) (J.Schoenen et al., 1998), коэнзим Q (P.Sandor et al., 2005), микроэлементы (магний) (V.Pfaffenrath et al., 1996), лекарственные средства на травах (пиретрум девичий (B.Vahlquist, 1949), белокопытник (R.Lipton et al., 2004; R.Pothmann et al., 2005)). К сожалению, для большинства из этих средств не было исследований у детей или подростков с мигренью. Но их применение может быть оправдано в качестве дополнительного лечения в тех семьях, где фармакологическое лечение мало эффективно или его проведение по тем или иным причинам невозможно.

Применение нефармакологических методов лечения особенно важно в детском возрасте. Наиболее распространённые дополнительные методы, входящие в курс лечения мигрени: биологическая обратная связь (БОС) по электроэнцефалографическому или электроэнцефалографическому сигналу, общий массаж, иглорефлексотерапия или другие формы акупунктуры.

Эффективность БОС-терапии была продемонстрирована в контролируемых исследованиях и у взрослых, и у детей. Хотя физиологические основы эффективности этого метода при мигрени до конца не ясны, предполагается, что уровень бета-эндорфина в плазме крови может быть изменён при БОС-терапии (R.Vaumann, 2002).

Показана эффективность БОС релаксационной терапии для прерывания и предотвращения повторных возвратных головных болей у детей с мигренью (S.Powers, 2002). Эта методика обычно эффективна при обучении расслаблению при курсовых занятиях. В ряде случаев возможно обучение на одном или нескольких занятиях с дальнейшим проведением БОС-терапии на дому. Применение этого метода лечения требует от ребёнка понимания процедуры и высокого уровня мотивации. Очень важен тот факт, что БОС-терапия практически не имеет побочных эффектов.

При необходимости у подростков с мигренью прибегают к поведенческой терапии, психотерапевтической помощи и/или консультации психиатра, необходимость и выбор которых определяется типом коморбидных психических расстройств (в основном депрессивные и тревожные) (S.Powers, et al., 2005).

Имеются сообщения об успехе гипнотерапии при лечении мигрени.

Комбинация разных видов фармакологического и нефармакологического лечения даёт наиболее высокий эффект и служит залогом благоприятного прогноза при тяжёлых приступах мигрени у детей и подростков.

Под редакцией главного
детского невролога Минздрава России
профессора Валентины ГУЗЕВОЙ.

Сокращения

- НПВС – нестероидные противовоспалительные средства
- БОС – биологическая обратная связь
- 5-НТ-1 – 5-гидрокситриптамиин-1
- ГБ – головная боль
- ОСВ – околосредовое серое вещество
- ХМ – хроническая мигрень
- ВАШ – визуально-аналоговая шкала.

Российское общество хирургов и Профильная комиссия по хирургии Министерства здравоохранения РФ договорились о начале совместной работы над созданием проекта Национальной стратегии развития хирургической службы.

До настоящего времени каждый субъект Российской Федерации сам для себя определял, какой будет его хирургическая доктрина, исходя прежде всего из принципа «сколько денег – столько и песен». При этом более-менее стройных долгосрочных концепций никто не формировал, год прожили – и ладно.

Первой отошла от привычного сценария Архангельская область: в 2013 г. здесь приступили к реализации проекта «Концепция развития хирургической помощи», рассчитанного до 2020 г. Собственно, положительный опыт северного региона по совершенствованию работы хирургической службы и явился одним из поводов для создания аналогичного проекта в государственном масштабе.

По-хорошему, это давно нужно было сделать – выстроить чёткую идеологию и схему дальнейшей эволюции всей хирургической отрасли отечественного здравоохранения с формулировкой конкретных целей, постановкой задач и обозначением сроков их выполнения. Иными словами, перейти от хаотичного движения по пути обновления к упорядоченному.

Вопрос первый: почему?

Другим толчком к началу работы над проектом стратегии стали результаты реформы или так называемой оптимизации лечебной сети, а также нарастающая кадровая проблема в хирургии на фоне нерешённых вопросов вузовской и последипломной подготовки хирургов. На всех крупных форумах хирургического сообщества, проходивших в текущем году – Национальном хирургическом конгрессе, Съезде хирургов Юга России, Съезде хирургов Сибири и Дальнего Востока, Съезде хирургов Центрального федерального округа, – эти темы если и не были заявлены в программе как самостоятельные, то всё равно оказывались в числе обсуждаемых и наиболее болезненных.

Так, по данным главного хирурга Центрального федерального округа, доктора медицинских наук, профессора Вячеслава Сажина, в последнее время стали особенно сильно проявляться различия между больницами, где хирургические отделения динамично развиваются, и теми, где современные хирургические

Перемены

«Руль и ветрило» для хирургов

Реформа – это не сокращение коек и кадров, а мудрое управление ресурсами



технологии вообще не внедряются, или операции выполняются по ограниченному показанию. Это обусловлено и нехваткой кадров, и плохим обеспечением хирургических отделений расходными материалами. «В итоге постепенно развивается негативная ситуация, когда даже в одном регионе уровень и качество хирургической помощи, на которую могут рассчитывать пациенты, зависит от того, где они проживают», – подчёркивает главный специалист.

Неравномерность прогресса – одна из болевых точек отечественной хирургической службы. К сожалению, далеко не все операционные и перевязочные соответствуют современным стандартам как в плане дизайна, так и технологических решений. Работа на устаревшем оборудовании (операционные столы, лампы, инструментари) не способна вдохновлять хирургов на профессиональный рост, формировать у них здоровые амбиции. Но потому ли в России всё ещё остаётся недостаточно высоким удельный вес операций, выполняемых с использованием современных технологий эндо- и микрохирургии, с применением ультразвуковых, радиочастотных, крио-, лазерных и плазменных комплексов?

Кроме того, как отмечалось на съезде, в регионах ЦФО сокращается круглосуточный хирургический коечный фонд. К чему это приводит? В сельских районах почти всех территорий округа работа службы неотложной хирургической помощи организо-

вана по принципу «дежурств на дому»: сиди у телефона и жди, когда тебя вызовут в больницу на срочную операцию, а получив звонок, надевай сапоги-скороходы или садись на ковёр-самолёт, поскольку экстренный больной не может ждать.

Вместе с койками абсолютно логично сокращаются объёмы хирургической помощи, должности хирургов, заведующих хирургическими отделениями, заместителей главных врачей по хирургии. В итоге заниматься развитием хирургии становится и незачем, и некому.

Не секрет, что постепенная корректировка фонда коек хирургического профиля проводится повсеместно, от западных до восточных границ России. Официально это связано с государственной политикой, направленной на оптимизацию ресурсов здравоохранения через избавление от балласта неэффективно работающих коек и увеличение интенсивности работы остающихся. Но в том-то и беда, что не все регионы способны провести оптимизацию, не «выплеснув с водой ребёнка».

Простое арифметическое сокращение количества коек неизбежно ведёт не только к формальному отходу от некогда обязательных к исполнению нормативов обеспеченности койками, но и к фактическому снижению доступности плановой хирургической помощи для населения. Высокую вероятность столкнуться с такой проблемой имеют те субъекты РФ, где либо не догадались,

либо не сумели, либо заведомо отказались от идеи перевести предназначенные для сокращения круглосуточные койки в койки дневного стационара, организовать стационары кратковременного пребывания, подстегнуть амбулаторную хирургию к выполнению плановых хирургических вмешательств. Причины, по которым развивается именно этот сценарий, лежат, как правило, в плоскости финансирования стационарозамещающих видов медицинской помощи: такие формы организации работы хирургической службы экономически невыгодны лечебным учреждениям.

Что касается кадров, актуальность данной темы также нарастает. Хирургическое сообщество России стареет, средний возраст врачей сегодня составляет 55 лет. Уменьшение притока в хирургию молодых специалистов связано с неперспективностью этой специальности из-за низкой оплаты труда, которая явно не соответствует физическим и психоэмоциональным нагрузкам хирурга. То, что многие врачи вынуждены «для поддержания штанов» работать в нескольких клиниках, ни для кого не секрет: коэффициент совместительства у хирургов в России в среднем 1,5.

Особая боль – обеспеченность кадрами сельского здравоохранения. Проводимая «оптимизация» может привести к тому, что на первом уровне оказания медицинской помощи хирургов не останется вообще. В выступлениях на съездах это звучит уже рефреном: ввиду ограниченности хирургической деятельности на первом уровне молодые доктора неохотно соглашаются на работу в этих больницах.

К качеству вузовской подготовки хирургов тоже есть большие претензии. Она ведётся в большей степени теоретически, либо студентам предлагают отработать мануальные навыки на муляжах и симуляторах, а не на «живых» тканях.

Вопрос второй: зачем?

Варианты решений, их очерёдность и сроки устранения негативных симптомов, а также ясный и жизнеспособный план движения хирургической отрасли вперёд призвана обрисовать

Национальная стратегия. Есть все основания думать, что такая доктрина появится, ведь согласие на её разработку высказали и общественники, и чиновники. Более того, создана рабочая группа по подготовке проекта стратегии. В её состав вошли видные учёные, академики РАН Игорь Затевахин и Валерий Кубышкин, главные хирурги крупных регионов, а возглавил экспертный коллектив главный хирург Минздрава России академик РАН Амиран Ревишвили.

Как пояснил генеральный секретарь Российского общества хирургов, доктор медицинских наук, профессор Андрей Фёдоров, к настоящему времени общие очертания будущей стратегии определены. Перечень направлений развития хирургии, для каждого из которых обозначены ожидаемые результаты, включает уже 18 пунктов и может быть расширен. В числе основных направлений организации многоуровневой системы оказания хирургической помощи, разработка и внедрение национальных клинических рекомендаций по всем хирургическим нозологиям, технологическое обеспечение хирургических стационаров, рациональное распределение и использование коечного фонда, система вузовской и последипломной подготовки хирургов, правовая защита врачей.

Трудно сегодня загадывать, как сложится судьба документа, определяющего политику российской хирургической службы: увидим ли мы его в готовом виде в течение ближайших 3-5 лет, будет ли он одобрен профессиональным сообществом и поддержан Министерством здравоохранения? Единственное, что можно сказать с уверенностью, – Национальная стратегия развития хирургии призвана повлиять на показатели здоровья, инвалидизации и смертности населения от хирургических заболеваний, а не оказаться «искусством ради искусства». Во всяком случае, на данном этапе её позиционируют именно так.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Пополнение

Важное мероприятие прошло недавно в стенах Ставропольского государственного медицинского университета.

Эта модель как форма трудоустройства выпускников апробируется как минимум десяток лет – с тех пор как канула в Лету прелесть система распределения. Другое дело, что быстроменяющиеся реалии времени вносят свои коррективы. Об особенностях нынешней ярмарки рассказал ректор СтГМУ Владимир Кошель.

– При сохранении всех традиционных форм сотрудничества с медицинскими организациями по вопросам трудоустройства наших выпускников, мы 3 года назад увеличили целевой набор. Предоставьте – на сегодняшний день только жителей Ставропольского края обучается 1170 человек по целевому набору, и при сохранении темпов приёма через 2 года в университете будут обучаться

Ярмарка вакансий – ярмарка надежд

около 1700 целевиков – жителей Ставропольского края и около 300 соседних регионов, и, как следствие, ежегодно в отрасль будут приходиться около 200 специалистов. Это очень хороший задел в решении кадровой проблемы.

– **И тогда «конкурс» будет уже не среди главных врачей медицинских организаций – кто предложит лучшие условия труда, а среди молодых специалистов – кто из них сможет лучше проявить себя в предлагаемых обстоятельствах?**

– Конечно, здесь речь идёт уже о качестве подготовки врачей, на рыночном языке это и есть «товар», который мы «выставляем» на ярмарку. Более того, главных врачей и других заинтересованных лиц, проще говоря работодателей,

мы ознакомили с инновационными методиками образования, новыми аудиториями, аккредитационными центрами, чтобы они воочию увидели, чему и как обучаются их будущие сотрудники, и, конечно же, познакомили их друг с другом, призвали к общению со студентами младших курсов для формирования индивидуальных траекторий подготовки.

– **На мой взгляд, очень важно само по себе расширение «географии» ярмарки.**

– Да, и в первую очередь происходит потому, что сама «география» приёма стала гораздо шире: сейчас у нас обучаются студенты из 28 регионов РФ, Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, представлен весь Южный и Северо-Кавказский федеральные

округа. В прошлом году в СтГМУ обучались молодые люди из 34 стран, в этом году – из 41. Надеюсь, что это подтверждение престижа вуза и качества подготовки выпускников.

Принимающая участие в беседе заместитель министра здравоохранения Ставропольского края Ольга Дроздецкая акцентировала внимание на первых шагах выпускников по выходу из alma mater.

– Проведение ярмарки даёт возможность объяснить выпускникам преимущества прохождения первой практики именно в государственных учреждениях здравоохранения – большего опыта они не получают нигде.

Притом что мы имеем дефицит специалистов первичного звена – терапевтов, педиатров, – не

хватает и узких специалистов, и вышеназванные учреждения дают возможность молодым специалистам получить бесплатное обучение в ординатуре для получения в дальнейшем работы по узкой специальности.

Остается добавить, что в работе ярмарки вакансий приняли участие руководители медицинских организаций 23 административных районов края, 6 городов региона Кавказских Минеральных Вод, представители региональных министерств и ведомств, а также 225 студентов и 103 ординатора.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

В здании правительства Москвы прошла ежегодная научно-практическая конференция Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А.Насоновой «Ранняя стадия ревматических заболеваний: научные достижения и клиническая практика». В ней приняли участие ведущие ревматологи и терапевты из различных регионов страны. Во время мероприятия обсуждались актуальные проблемы ревматологии, специалистов проинформировали о новых клинических рекомендациях и направлениях исследований в области ревматологии, а также состоялся междисциплинарный обмен научными и практическими навыками и достижениями.

В настоящее время ревматические заболевания стоят на четвёртом месте в мире по распространённости после сердечно-сосудистых, сахарного диабета и онкологических заболеваний. По данным Минздрава России, в нашей

стране насчитывается около миллиона людей, страдающих ревматическими болезнями, из них инвалидность ежегодно получают около 80 тыс. человек, половина из которых принадлежит к возрастной группе «до 50 лет» (среди них мужчины до 49, женщины – до 44).

Ежегодно регистрируется около 30 тыс. новых случаев; таким образом, сокращается число трудоспособного населения страны, и проблема переходит в разряд социально-экономических.

Именно поэтому одной из важнейших тем конференции стал вопрос ранней диагностики и терапии иммунновоспалительных ревматических и других мышечно-скелетных заболеваний.

Об этом, а также о других обсуждаемых актуальных проблемах современной ревматологии мы беседуем с главным специалистом-ревматологом Минздрава России академиком РАН Евгением НАСОНОВЫМ.



Следует помнить: ревматология, как и другие сферы медицины, – это фундаментальная наука; появилось много новых знаний по поводу механизмов развития заболеваний и методов лечения. Но в то же время она остаётся клинической специальностью. Только гармоничное сочетание «науки» и «искусства» позволяет рано поставить диагноз, назначить оптимальное лечение, а следовательно, не только кардинально улучшить прогноз болезни, но и сэкономить финансовые средства, которых так не хватает российской медицине.

– Следующий год – знаковый и для НИИР им. В.А.Насоновой, и для общероссийской общественной организации «Ассо-

– Евгений Львович, о чём в целом шла речь на конференции?

– Важным предметом дискуссии были психические и психологические проблемы пациентов, связанные с наличием хронического воспаления и коморбидной патологии. Состоялся «круглый стол», посвящённый комплексному подходу к лечению пациентов с хронической болью, ведущей к ухудшению качества жизни.

Отдельные симпозиумы были посвящены проблемам детской ревматологии и ревмоортопедии.

– А почему во главу угла вынесена ранняя диагностика?

– За последние 15 лет ревматология изменилась кардинальным образом, в том числе благодаря лучшему пониманию проблем, которые мы интуитивно чувствовали. Например, что успех терапии в отношении достижения ремиссии и прогноз заболевания в большей степени зависят от ранней постановки диагноза, чем от применения тех или иных лекарственных препаратов, даже самых инновационных, на поздних стадиях болезни.

Эта стратегия позволит кардинально снизить инвалидность и летальность при тяжёлых иммунновоспалительных ревматических заболеваниях.

Иными словами, новые методы лечения, которые действительно могут произвести переворот в ревматологии и лечении хронического воспаления, оказались значительно более эффективными на самых ранних стадиях.

Конечно, они помогают и тяжёлым больным, инвалидам, – во всём мире их до сих пор чаще назначают на развёрнутых стадиях болезни. Но если мы ставим перед собой амбициозную задачу: излечить или добиться длительной и безлекарственной ремиссии, это возможно только в том случае, если распознаем болезнь и назначим адекватное лечение как можно раньше.

Известно, что стратегия внедрения новых лекарственных препаратов основана на рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях, которые соответствуют концепции «Медицина,

Наши интервью

Новые проблемы ревматологии

Вектор – на раннюю диагностику

основанная на доказательствах». Сейчас в мировой ревматологии появилась тенденция такие исследования сдвигать к изучению начальной стадии болезни – тогда как раньше в них включались пациенты, которые болели в течение многих лет. Этот подход наблюдается и при онкологических заболеваниях, ранняя диагностика и терапия которых позволяют существенно улучшить прогноз у пациентов.

– Что лежит в основе ранней диагностики?

– Первое: развитие специализированной помощи. Без специалиста-ревматолога реализовать такую программу невозможно. Это неразрывно связано и с последипломной подготовкой. Мы должны донести не только до ревматологов, но и до врачей общей практики, какие клинические симптомы могут наблюдаться в дебюте ревматических болезней.

Второе: быстрое проведение наиболее информативных клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

Сейчас разработаны чувствительные, специфичные и недорогие лабораторные биомаркеры. Магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования доступны для клинической практики и позволяют рано поставить диагноз ревматических заболеваний, например ревматоидного артрита. Наша задача научить врачей грамотно использовать эти достижения медицинской науки.

Но основой по-прежнему является грамотный сбор анамнеза, клинический осмотр, который в двух третях случаев даёт возможность заподозрить заболевание и поставить диагноз без использования лабораторных и инструментальных

методов. К сожалению, у врачей не всегда есть время для того, чтобы грамотно расспросить и осмотреть пациентов.

Я часто вспоминаю слова известного канадского врача Уильяма Ослера: «Прислушайся к своему пациенту, он сам сообщит тебе о диагнозе». Несмотря на выдающиеся достижения медицины, это в XXI веке даже более актуально, чем в XIX, когда жил и работал выдающийся врач и учёный. К сожалению, сейчас пациенты отвыкли от беседы с врачом, вместо этого они приносят с собой горы анализов, подавляющее большинство из которых не только не помогают, но нередко и затрудняют постановку диагноза.

– Какие, например?

– В частности, МРТ не является ни в одной стране мира исследованием «первого ряда» при большинстве заболеваний суставов и позвоночника. Как и некоторые иммунологические исследования к диагностике ревматических заболеваний чаще всего не имеют никакого отношения.

Знаю из своего опыта: для пациентов является неожиданностью, когда вместо того, чтоб посмотреть результаты этих многочисленных лабораторных анализов, им задают вопросы, а они не могут на них ответить, поскольку не умеют рассказать, что их беспокоит! Между тем эти пациенты уже побывали у других врачей – а те их не мотивировали делиться своими ощущениями. Конечно, во многом это связано с недостатком времени, отпущенного на приём пациента, но главное – отсутствие знаний, умения задавать правильные вопросы.

И мы сейчас в рамках последипломного обучения и до ревмато-

логов, и до терапевтов стараемся донести знания, не только касающиеся достижений медицины XXI века, передать лучшие традиции российской и советской медицины, когда внимательному расспросу и осмотру пациентов уделялось основное внимание. Эта тенденция характерна для современной ревматологии и связана с разработкой простых вопросов для пациентов, которые существенно улучшают раннюю диагностику многих ревматических заболеваний.

– Чем вызвано чрезмерное увлечение лабораторными и инструментальными методами, которые часто приводят к гипердиагностике – недостатком знаний, или здесь есть какая-то материальная заинтересованность, о чём в последнее время можно услышать всё чаще?

– Наверное, присутствуют оба фактора. Хотелось бы верить, что всё-таки первый.

Я не знаю, кстати, что хуже: гипердиагностика или поздняя диагностика. То и другое плохо, но что особенно беспокоит: число пациентов, у которых наблюдается гипердиагностика ревматических заболеваний, увеличивается, причём это «коррелирует» с разработкой новых лабораторных и инструментальных методов, которые потенциально должны упростить постановку правильного диагноза в самом начале болезни.

Для меня как организатора здравоохранения и педагога это является печальным. Ведь гипердиагностика влечёт серьёзные материальные и моральные затраты, потому что неправильно поставленный диагноз создаёт психологические проблемы у пациента, и это крайне негативно сказывается на результатах лечения.

циация ревматологов России». С чем они подходят к юбилею?

– В институте произошла смена руководства. Врио директора НИИР им. В.А.Насоновой назначен известный ревматолог профессор Александр Лиля, который долгое время был главным ревматологом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, и мы очень рады этому назначению. Он понимает огромную ответственность – и перед ревматологией, и перед коллективом института, имеющего большие традиции. Александр Михайлович – хороший организатор, он взялся за дело с большим энтузиазмом, сразу определил вопросы, которые надо решать, и могу сказать, что я бы на его месте поступал абсолютно так же.

В этом году прошёл VII съезд ревматологов России, состоялись перевыборы президента Ассоциации ревматологов России. Мне оказали огромное доверие – вновь предложили возглавить ассоциацию, а также продлили срок работы в качестве главного ревматолога Министерства здравоохранения РФ. Утверждён план работы на 2018 г., где есть мероприятия и общероссийского, и международного значения.

Что интересно: в этом году мы отмечаем 70-летие европейской ревматологии. А в следующем будем праздновать 60-летие российской.

То есть в историческом масштабе мы отстали совсем немного, а в научном и клиническом стараемся не отставать, сохранить и преемственно традицию российской ревматологии.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Деловые встречи

В клиническом медицинском центре Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова в рамках научно-практического сообщества «Эндокусово» прошла неделя мастер-классов, которые стали своего рода традицией и проводятся уже третий раз.

Большой интерес к этому проекту со стороны практических врачей привёл к его расширению в сторону хирургии среднего уха, в связи с чем «Эндокусово-3» был разделён на два мастер-класса: «Хирургия среднего уха» и традиционный мастер-класс – «Эндоскопическая трансназальная хирургия околоносовых пазух и основания черепа».

Открывал конференцию директор Клинического медицинского центра МГМСУ им. А.И.Евдокимова академик РАН Владимир Крылов. В своём приветствии он поздравил участников мастер-класса, отметил актуальность взаимодействия

Аудитория из 14 территорий

двух смежных дисциплин: оториноларингологии и нейрохирургии. Лекционную часть в формате конференции с темой «Хирургическое лечение при отосклерозе. Исторические аспекты стапедопластики» продолжил заведующий кафедрой оториноларингологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова профессор Андрей Овчинников.

Кроме лекционной части участникам в режиме онлайн были представлены две операции с трансляцией в лекционный зал: стапедопластика и санирующая операция на среднем ухе с тимпанопластикой, которые выполнила доцент кафедры оториноларингологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова кандидат медицинских наук Елена Хон.

В завершение первого дня всем участникам лекционного курса были выданы сертификаты и начис-

лены баллы по системе непрерывного медицинского образования.

Второй день мастер-класса полностью посвящён отработке практических навыков на свежемороженых биологических препаратах головы (США), что явилось уникальной возможностью для российских врачей, поскольку большинство подобных диссекционных курсов проводят на формализированных препаратах височной кости. Поэтому участники курса смогли выполнить не только диссекцию височной кости, но и отработали основные операции на среднем ухе.

Вторая часть «Эндокусово-3» была посвящена теме: «Эндоскопическая трансназальная хирургия околоносовых пазух, передних отделов основания черепа и прилежащих областей». Лекционный курс включал актуальные вопросы

трансназальной хирургии: эндоскопическая полисинусотомия, принципы выбора метода лечения новообразований гипофиза, принципы гемостаза при хирургии основания черепа, разбор сложных клинических ситуаций. Доклады представили профессор Андрей Григорьев, кандидаты медицинских наук Майя Эдже и Максим Кутин, а также приглашённый международный лектор – профессор Франк Рикки Каневари (Италия).

Как и в первой части мастер-класса, все участники могли наблюдать за показательными операциями, которые транслировались в лекционный зал: эндоскопическую полисинусотомию блестяще выполнил Ф.Каневари, а трансназальное эндоскопическое удаление аденомы гипофиза – А.Григорьев. Трансляцию из операционной смотрели 65 человек.

Возможность отработать на практике различные доступы к околоносовым пазухам и основанию черепа имела у участников диссекционного курса, который проходил в последние 2 дня. Были отработаны техники доступа к околоносовым пазухам. Особое внимание уделили хирургии лобной пазухи по Draf (2a, 2b, 3), также отработаны трансфеноидальный, трансплащадковый, трансмаксиллярный и трансорбитальный подходы к основанию черепа.

В целом в работе мастер-классов участвовали 110 специалистов из 14 городов страны. Кроме российских были и врачи из республик Беларусь и Узбекистан. С каждым годом растёт количество участников мероприятий, а это является доказательством огромного интереса к малоинвазивной эндоскопической и микроскопической хирургии.

Владимир ЗАМЖИЦКИЙ,
пресс-секретарь МГМСУ
им. А.И.Евдокимова.

Профессия врача всегда была и остаётся одной из самых востребованных как в прошлом, так и в настоящем. Древнегреческий поэт Гомер, подчёркивая значение роли врача, утверждал, что «сотни воителей стоит один врачеватель искусный».

Профессионал: кто он?

К сожалению, в современных российских реалиях мы наблюдаем потерю нравственных ориентиров у молодого поколения, в медицинской сфере также сложились непростые взаимоотношения между врачом и пациентом. Изменения в общественной жизни отражаются и на системе обучения студентов-медиков, поэтому задачей педагогов медицинских вузов является не только подготовка высоких профессионалов, но и становление личности будущего врача.

Выдающийся отечественный врач-инфекционист академик А.Билибин считал, что «Врачу нужны не только знания, но и чувства, эмоции, требующие тренировки, то есть воспитания. Воспитание – это воздействие на сердце. Врач должен быть человеком чутким. Поэтому можно считать, что во врачебной деятельности воспитание имеет приоритет перед образованием. Учиться быть врачом – это значит учиться быть человеком... Хороший врач – результат огромной подготовки и внутренней самодисциплины».

Какими же качествами должен обладать профессионал? Существуют различные точки зрения. Среди них весьма любопытной является позиция немецкого физика, одного из авторов квантовой механики, лауреата Нобелевской премии (1932) Вернера Гейзенберга. Он утверждал, что «...Многие, возможно, ответят, что профессионал – человек, который очень много знает о своём предмете. Однако с этим определением я не мог бы согласиться, потому что никогда нельзя знать о каком-либо предмете действительно много. Я предпочёл бы такую формулировку: профессионал – это человек, которому известны грубейшие ошибки, обычно совершаемые в его профессии, и который поэтому умеет их избегать». В этих словах одним из смыслов являются твёрдые знания профессионалом теорий, умение размышлять, действовать на уровне теории и практики.

А вот по мнению пациентов, врач должен обладать следующими качествами: строить и развивать партнёрские отношения с пациентом на основе открытости и понимания, особенно при наличии различных точек зрения; внимательно слушать пациента и проявлять должный интерес к его индивидуальным запросам; иметь время и терпение для объяснения ситуации простым, понятным пациенту языком; предоставлять пациенту полную информацию о результатах исследований и последующих действиях; подталкивать пациентов к принятию решений при назначении лечебных и диагностических процедур; лечить не только поражённый орган, но и больного в целом, учитывая его индивидуальные особенности.

Таким образом, пожелания пациента согласуются с высказыванием древнегреческих философов о том, что «Врач обязан лечить не только тело пациента, но и его душу».

Общая высказанная, доцент кафедры педагогики и психологии Московского госу-

дарственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, кандидат педагогических наук М.Алексеев для описания сложного феномена «врач» предложил формулу «врач = человек + профессионал».

По мнению профессора Я.Циммермана, «Врач должен отличаться высоким профессионализмом, преданностью своему делу, любовью к людям».

Сотрудниками кафедр госпитальной терапии № 2 ле-

недостаточную степень сформированности мировоззрения, кругозора и ценностных ориентиров будущего врача. В то же время следует подчеркнуть, что около 70% отметили многих видных врачей-педагогов нашего вуза (Н.Ющук, Е.Соколов, И.Мальшев, Н.Пушкарь и др.), которые произвели на них особое впечатление за период обучения в вузе и на которых они хотят равняться в своей дальнейшей работе.

проведённом нами анкетировании. Ответы показали, что значительная часть студентов-старшекурсников не определились не только в своей дальнейшей профессиональной деятельности, но и в личной, гражданской жизни. Вызывает особую тревогу наличие большого количества студентов – будущих врачей с низким показателем доброжелательного отношения к другим людям, таковых оказалось 12%.

при этом новые знания не дают в готовом виде. Функция педагога проявляется в управлении этим процессом обучения. Как образно заметил Л.Выготский, «учитель должен быть рельсами, по которым свободно и самостоятельно движутся вагоны, получая от них только направление собственного движения».

Таким образом, задачей педагогов является подбор студентам таких заданий, которые бы побуждали их к самостоятельным

Точка зрения

Воспитать врача — гуманиста и патриота

Что подсказывают реалии нашего времени

чебного факультета и педагогики и психологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова проведена совместная научная работа по разработке методики образования и воспитания студентов медицинского вуза.

К необходимости создания такой модели нас подтолкнули результаты анонимного анкетирования и теста на доброжелательность по шкале Д.Кэмпбелла у студентов старших курсов, результаты которых приведены ниже. В анкетировании приняли участие 36 студентов 5-го курса, которым было задано 8 вопросов, а в тесте на доброжелательность – 27 студентов 6-го курса.

На первый вопрос «Почему вы решили поступать в медицинский вуз?» получены следующие ответы: 42% студентов поступили в медицинский вуз для реализации собственных амбиций, по 11% соответственно – для получения достаточного материального содержания и по настоянию родителей, не определились с ответом 6% опрошенных студентов и лишь 30% – с целью помогать людям.

Далее следовал вопрос «Считаете ли вы текст клятвы Гиппократова и её современную интерпретацию актуальной в наши дни?» Около половины студентов ответили – да, полностью, 38% – частично, 17% студентов считают клятву Гиппократова неактуальной и ненужной в наше время.

Мнения респондентов по третьему вопросу «Какими чертами должен обладать настоящий врач?» разделились поровну: 50% студентов считают, что врач должен обладать расчётливостью и холодным умом, а 50% – терпением, человеколюбием, чувством долга и сострадания. На четвёртый вопрос «Считаете ли вы, что служение своему делу, служение пациенту – неотъемлемые качества врача?» да ответили 57% студентов, нет – 43%.

Образцом ответа на этот вопрос, полагаем, является высказывание академика А.Билибина «Врачевание – сфера служения, а не обслуживания».

Затем был задан вопрос «На кого из деятелей медицины старой школы и современных деятелей науки и медицины вы хотели бы равняться в своей работе?» Около 20% студентов не смогли дать ответа, что, по нашему мнению, отражает

Важная роль педагога как наставника подрастающего поколения подтверждается и словами знаменитого врача, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Я.Циммермана: «Все эти годы тесно общаясь со студентами – будущими врачами, я убедился, как много значат для них слово и личный пример Учителя, его профессиональное мастерство и клиническая эрудиция, широта интересов и высокая общая культура. Все эти качества Учителя оказывают огромное влияние на формирование врача, его профессиональные и нравственные принципы, его ум и сердце».

На вопрос «Есть ли среди ваших одноклассников специалисты, к кому бы вы в будущем не побоялись пойти сами лечиться или привести близких родственников?» был получен весьма любопытный результат: «есть, но немного» ответили 74% опрошенных студентов, «к сожалению, нет совсем» – 13% и лишь 13% студентов считают, что «да, таких много».

Не менее значимы ответы на вопрос «Как вы думаете, в чём смысл вашей жизни?». 43% опрошенных студентов, считают, что в семье, 17% видят смысл своей жизни в том, чтобы заработать много денег и высокое положение в обществе, лишь 13% – в помощи другим людям. Следует особо отметить, что 27% студентов старших курсов ответили, что до сих пор не знают, в чём смысл их жизни, находятся в поиске.

В то же время на вопрос «Планируете ли вы после окончания института остаться работать в медицинской сфере?» большинство студентов (72%) ответили положительно, из них хотят заниматься лечебной работой – 61%, останутся работать в медицинской сфере, но не планируют заниматься лечебной работой 11%, ещё не определились 22%, весьма высокий процент опрошенных (6%) не планируют в дальнейшем работать в медицине.

Результаты проведённого нами теста на доброжелательность по шкале Д.Кэмпбелла следующие: низкий уровень доброжелательного отношения к другим людям отмечен у 12% студентов, средний – у 50% и лишь у 38% студентов отмечается высокий уровень доброжелательности.

Таким образом, можно сделать неоднозначный вывод о

На наш взгляд, эти результаты показывают актуальность и необходимость развёртывания масштабной педагогической и методической работы по формированию у студентов медицинского вуза гуманистических ценностей.

Мы задались вопросом: с чем связана такая ситуация в современном образовании?

Анализ рекомендованных рабочих программами учебников и учебных пособий по дисциплине «Внутренние болезни» для медицинских вузов выявил, что они не направлены на формирование гуманистически и патриотически развитой личности. Предложенные задания предполагают овладение только профессиональными качествами врача – знаниями, умениями, навыками, владением методик.

Мы полагаем, что задачей педагогов медвузов в настоящее время является необходимость создания единой модели образования и воспитания, которая опиралась бы на гуманистические и патриотические ценности, благодаря которым в своей дальнейшей жизни студенты-медики будут следовать принципам добра, милосердия, совести и сострадания.

На единство образования-воспитания обращал внимание и великий русский писатель Л.Н.Толстой: «И воспитание, и образование нераздельны. Нельзя воспитывать, не передавая знания, всякое же знание действует воспитательно». Эта целостность предполагает создание соответствующих методик.

От слов – к делу

С целью улучшения качества и эффективности подготовки будущих врачей нами предложена методика обучения и воспитания, которая может помочь восполнить пробел в современных образовательных программах медицинского вуза.

В основу нашей методической разработки легли идеи выдающихся отечественных педагогов Л.Выготского и А.Леонтьева о деятельностном подходе к обучению. Процесс обучения при деятельностном подходе – это процесс деятельности ученика, направленный на становление его сознания и личности в целом,

действиям, способствовали их профессиональному и личностному росту.

Для обеспечения образовательно-воспитательного процесса мы предлагаем использовать следующие методики: 1) вступительное слово преподавателя в начале каждого практического занятия, посвящённое введению студентов в тему текущего занятия; 2) учебно-воспитательные ситуационные задачи; 3) различные деловые игры; 4) курацию пациентов.

Во вступительном слове преподаватель раскрывает социальную значимость проблемы, знакомит студентов с историей взглядов на её изучение и известными в данном разделе медицины врачами прошлого и настоящего – культурными образцами, а также знаменитыми людьми, страдающими этими заболеваниями, таким образом вызывая интерес у студентов и показывая важность темы занятия.

На наш взгляд, задачей педагога должно быть не просто требование к учащимся заучивания «классификаций», «симптомов», «методов обследования» Г.Захарына, В.Образцова, Н.Стражеского, В.Василенко и других, но даже краткое знакомство молодого поколения с судьбами и случаями из практики этих врачей поможет студентам-медикам более глубоко и осмысленно вникнуть в суть будущей профессии, показать на их примерах неравнодушное отношение к пациентам, долг перед людьми, без которого можно легко сломать человеку судьбу.

Введение в учебные занятия информации о знаменитых в своей профессии людях, особенно наших соотечественниках, является также составляющей частью патриотического воспитания будущих врачей.

Далее педагог делает обзор российских и международных рекомендаций, разработанных ведущими специалистами в этой области, которые представляют собой культурный образец. Их содержание регулярно пересматривается в соответствии с передовыми достижениями медицины. Важной составляющей профессиональной деятельности врача является следование новейшим достижениям в области медицины, поскольку их учёт обеспечивает возможность

оказания максимально эффективной помощи пациенту: назначение самого современного лечения, снижение количества обострений, госпитализаций, обращений за неотложной медицинской помощью и улучшение качества жизни пациента.

Актуальной для врача-педагога проблемой является обучение будущих профессионалов умениям разрешать клинические ситуации. Мы предлагаем использовать в практических занятиях не только типичные ситуационные задачи, обычно решаемые студентами, но и внедрять в образовательный процесс учебно-воспитательные задачи, в которых приводится как клиническая ситуация, так и ставится этико-деонтологическая проблема, описывается определённая («положительная»/«отрицательная») модель поведения «врач-пациент», профессиональная ошибка или дилемма. Студенту предлагается выполнить задания, а также дать оценку модели взаимоотношений «врач-пациент» (со стороны профессиональной компетентности врача, этических и деонтологических аспектов общения с пациентом и его родственниками), выявить ошибки в диагностической тактике врача (если они есть), подтвердить или опровергнуть выставленный им диагноз.

В практических занятиях необходимо также использовать деловые игры – усовершенствованный метод обучения, основанный на групповой форме работы студентов. Преподаватель заранее готовит сценарий, подбирает клиническую ситуацию по теме занятия, необходимо использовать методические документы (заключения лабораторных и инструментальных методов обследования пациента), раздаёт роли студентам – терапевт, врач лабораторной и функциональной диагностики, заведующий отделением, пациент и его родственники и т.д.

Использование таких методов обучения, как учебно-воспитательные задачи и деловые игры, направлено на отработку профессиональных и общечеловеческих качеств, развивает у студентов способности анализировать конкретные случаи из медицинской практики, приводит к более прочному усвоению знаний студентами и поддержанию сформированных ранее навыков, приближает практическое занятие к реалиям жизни.

Этап курации больных очень важен: студенты знакомятся со спецификой лечебной работы, с ведением медицинской документации, учатся культурному общению с пациентами, отрабатывают мануальные навыки, интерпретируют лабораторные и инструментальные данные обследований, анализируют назначенное лечение. Таким образом, продолжает формироваться клиническое мышление студентов.

Для того чтобы сделать общение пациента с группой студентов более комфортным, мы предлагаем использовать на этом этапе форму организации работы в малых группах. Первая группа студентов (5-7 человек) вместе с врачом-педагогом отправляется на курацию больных. Вторая – участвует в деловой игре, имеющей характер соревнования, – получает задание, представленное в виде кроссворда. При этом вопросы кроссворда подразделяются на две части: одна относится непосредственно к теме занятия, другая содержит вопросы,

ответы на которые расширяют эрудицию студентов. Такой подход позволяет продолжать формирование профессиональных и общекультурных компетенций студентов.

После завершения выполнения заданий каждой из малых групп студентов происходит смена их деятельности. Окончательный этап этой работы заключается в обсуждении решения кроссворда. Выявляется группа, которая с большим успехом справилась с предложенным заданием, – ответила на большее количество вопросов.

Эффективность вышеописанной методики организации и проведения практических занятий со студентами подтверждается данными педагогического эксперимента, проведённого на кафедре госпитальной терапии № 2 лечебного факультета по дисциплине «Внутренние болезни» по теме «Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом. Принципы лечения».

Результаты педагогического эксперимента показывают, что после занятия с использованием оригинальной методики обучения уровень знаний в экспериментальной группе увеличился на 6% по сравнению с группой контроля.

Следует отметить, что использование предложенной нами методики – решение студентами проблем, поставленных в учебно-воспитательных задачах, деловые игры – приближает практическое занятие к реальным ситуациям работы врача.

С подробными результатами работы можно ознакомиться в методических рекомендациях для преподавателей: К. Фомина, М. Алексеев, Л. Макоева, К. Теблоев, Г. Аркадьева. Методика формирования гуманистических и патриотических ценностей у студентов медицинских вузов в процессе изучения дисциплины «Внутренние болезни». (Методическое пособие. – М.: МГМСУ, 2017, – 215 с. (ISBN 978-5-600-01677-4). В рекомендациях изложены все этапы проведения практического занятия.

В заключение хотелось бы особо подчеркнуть, что конечной целью образовательно-воспитательного процесса в медицинском вузе в широком смысле является формирование мировоззрения будущего врача, которое включает в себя профессионально значимые знания и ценностные ориентиры, то есть овладение теорией, практикой, клиническим мышлением, широким кругозором.

Ксения ФОМИНА,
доцент кафедры госпитальной
терапии № 2 лечебного факультета,
кандидат медицинских наук.

Михаил АЛЕКСЕЕВ,
доцент кафедры педагогики
и психологии факультета
педагогического образования
в высшей медицинской школе,
кандидат педагогических наук.

Луиза МАКОЕВА,
профессор кафедры госпитальной
терапии № 2 лечебного факультета,
доктор медицинских наук.

Константин ТЕБЛОВ,
заведующий кафедрой госпитальной
терапии № 2 лечебного факультета,
член президиума правления
Российского научного медицинского
общества терапевтов,
доктор медицинских наук,
профессор.

Галина АРКАДЬЕВА,
профессор кафедры госпитальной
терапии № 2 лечебного факультета,
доктор медицинских наук.

Московский медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России.

Открытия, находки

Глянец – на голове, трещина – в сердце

О предрасположенности к сердечным заболеваниям может свидетельствовать раннее облысение и ранняя седина у мужчин моложе 40 лет. Как показывают опубликованные данные, это более точный признак надвигающихся проблем с сердечно-сосудистой системой, чем ожирение.

Учёные обследовали более 2 тыс. молодых мужчин, живущих в Индии. У 790 из них была диагностирована коронарная недостаточность, остальные 1270 были здоровы и вошли в контрольную группу для проведения исследования. Эксперты обнаружили, что те, у кого наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы, начали рано терять волосы или довольно рано поседелели. Связь между наличием болезней сердечно-сосудистой системы и лишним весом оказалась значительно менее выраженной.

Результаты исследования Европейского общества кардиологов будут представлены на ежегодной конференции кардиологов в Индии, которая состоится в Калькутте. В Британском фонде по изучению заболеваний сердца (BHF) отмечают, что наряду с сединой и лысиной очень важно учитывать и другие факторы риска.

«В исследовании высказывается предположение, что при диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы важно обращать внимание на наличие таких факторов, как раннее облысение и ранняя седина, – говорит исполнительный обязанности директора фонда Майк Кнэптон. – На седину и облысение вы не можете повлиять. В то же время вы можете оказать влияние на другие факторы риска: изменить свой образ жизни, а также регулировать уровень холестерина и следить за своим давлением. Поэтому учитывать эти факторы гораздо важнее».

Врачи изучили истории болезней всех участников исследования и разделили их на группы в зависимости от степени потери волос и наличия седины. Затем эксперты сопоставили эти данные с выраженностью других симптомов заболеваний сердца.

Было выяснено, что молодые мужчины, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с гораздо большей вероятностью седелели довольно рано – 50 против 30% из контрольной



группы. Кроме того, те, у кого наблюдались болезни сердца, с большей вероятностью довольно рано начинали лысеть – 49 против 27% в контрольной группе. В то же время наличие лишнего веса свидетельствовало о болезнях сердца гораздо реже.

«Возможной причиной существования такой взаимосвязи может быть природа биологического старения. То есть процессы старения у некоторых пациентов могут запускаться раньше и проходить быстрее, и это может отражаться на состоянии волос», – говорит один из авторов исследования Камал Шарма.

Преподаватель сердечно-сосудистой физиологии и фармакологии Университетского колледжа Лондона (Великобритания) Алан Хьюз отмечает, что о существовании взаимосвязи между заболеваниями сердечно-сосудистой системы и ранней сединой и облысения было известно и раньше.

«Люди говорили о том, что это может быть признаком генетического сбоя, влияющего на процесс старения, – объясняет учёный. – Также, поскольку волосные луковицы подвержены влиянию мужских половых гормонов – например тестостерона – предполагалось, что раннее облысение отражает различную реакцию на эти гормоны, что, в свою очередь, может говорить о высоких рисках возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы».

Исследование, в котором приняли участие около 37 тыс. жителей Японии в 2013 г., показало, что у лысеющих мужчин риск заболеваний сердца был на 32% выше, чем у их сверстников, которые не сталкивались с проблемой потери волос.

Аналогичное исследование было проведено в Дании в 2014 г. В нём

приняли участие почти 11 тыс. человек. И оно также показало, что ранняя седина довольно часто говорит о высоком риске возникновения болезней сердца.

Один из авторов исследования Дхамдип Хьюмейн (Институт кардиологии в Ахмадабаде) говорит, что мужчины, для которых характерна ранняя седина и потеря волос, должны проходить дополнительные обследования на предмет наличия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Чтобы снизить риск возникновения проблем с сердцем, таким пациентам следует внести изменения в свой образ жизни, заниматься спортом, изменить диету и минимизировать влияние стрессовых ситуаций.

Ещё один из авторов исследования Сачин Патил отметил, что состояние волос может рассматриваться как вполне достоверный фактор риска, особенно учитывая то, что заболевания сердечно-сосудистой системы заметно «помолодели».

«Оценка факторов риска имеет решающее значение в предотвращении сердечно-сосудистых заболеваний, – уверяет Марко Роффи, глава отделения кардиологии в больнице Женевского университета (Швейцария). – Традиционные факторы риска, такие как диабет, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы у родственников, курение, малоподвижный образ жизни, высокий уровень холестерина и высокое кровяное давление, вполне достоверны для большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо понять, есть ли новые факторы риска. Это поможет улучшить оценку рисков возникновения этих заболеваний».

Инга КАТАРИНА.
По материалам BBC.

Врачебные наблюдения

Средство против псориаза

Специалисты Американского химического общества убедились в том, что ванилин обладает целебными свойствами. В частности, такое вещество является доступным средством против псориаза.

Данное заболевание весьма широко распространено, однако точные механизмы его развития в настоящее время остаются неизвестными. На сегодня установлено лишь то, что в формировании этого недуга основное место отведено определённому белкам иммунной системы. Речь идёт об интерлейкине-17 и интерлейкине-23.

Американским исследователям удалось выявить, что именно ванилин может вступать во взаи-

мосвязь с различными интерлейкинами, при активации которых наиболее часто формируются воспалительные процессы в человеческом организме.

В своём эксперименте специалисты проверили, какое именно влияние оказывает ванилин на кожный покров, изменённый под влиянием псориаза. Учёные организовали исследование, во время которого в корм мелким грызунам добавляли ванилин в объёмах от 1 до 100 г на килограмм массы тела животного. Благодаря этому было обнаружено, что подопытные, потреблявшие внутрь высокие дозы такого вещества, показывали снижение интенсивности выраженных клинических проявлений подобного недуга. Более того, у них в

организме понизилось содержание интерлейкинов 17 и 23.

Опираясь на полученную информацию, авторы научного изыскания предполагают, что ванилин может выступать в качестве действенного средства терапии псориазического поражения кожных покровов. Кроме того, предполагается, что природный экстракт ванили может полностью предупредить развитие этой болезни. В планах учёных осуществление более глубоких исследований с участием людей и создание лекарственных веществ на основе ванилина.

Софья РУШАНСКАЯ.
По материалам Journal of Agricultural and Food Chemistry.

Бывает и такое

Вдох глубокий, руки шире

Как свидетельствуют проведенные в Нидерландах исследования, занятия йогой могут оказаться хорошим способом предотвратить болезни сердца, особенно при нехватке возможностей для более активных занятий физкультурой и спортом.

Такой вывод был сделан медиками на основе обработки результатов 37 исследований, в которых принимали участие почти 3 тыс. человек. Они свидетельствуют о том, что занятия йогой уменьшают риски сердечных заболеваний, в частности высокое кровяное давление, а также снижают уровень холестерина.

Хотя занятия йогой не входят в рекомендованный врачами перечень минимальной физической активности, которая нам необходима каждую неделю, тем не менее, как считают эксперты, йога может быть полезной. Как все знают, йога – это древняя система упражнений, направленная на укрепление силы, гибкости и улучшение дыхания, которые способствуют физическому и душевному здоровью, и в последние годы занятия йогой

приобретают всё более широкую популярность.

Существует множество видов йоги – от хатха-йоги для новичков до аштанга – виньяса-йоги для людей, физически более развитых. Но большинство этих видов не представляют собой интенсивной физической нагрузки, эквивалентной 150 минутам аэробных нагрузок умеренной интенсивности, которые британский Минздрав рекомендует в качестве еженедельного минимума.

Профессор Мириам Хунинк из медицинского центра Университета им. Эразма Роттердамского (Нидерланды) решила проверить, оказывает ли какое-нибудь влияние йога на здоровье сердечно-сосудистой системы. Врачи считают, что снятие стресса – одно из достоинств занятия йогой.

По сравнению с другими упражнениями у йоги есть заметное преимущество. Как сообщает рассказавший об этих исследованиях Европейский журнал превентивной кардиологии, замечено, что йога снижает риск ожирения, повышенного давления и высокого уровня холестерина. Вместе с тем для поддержания здоровой сердечной деятельно-

сти йога оказалась не хуже и не лучше, чем другие виды упражнений, такие как бег трусцой или активная ходьба.

«Эти результаты говорят о том, что потенциально йога очень полезна, ей можно заниматься для снижения риска сердечных заболеваний», – говорит профессор Хунинк.

Не совсем понятно, почему йога приносит пользу, но эксперты считают, что причина в её успокаивающем эффекте. Известно, что болезни сердца и повышенное давление связаны со стрессом.

«Пользу, возможно, приносит мышечная нагрузка и работа с дыханием. Это может стимулировать приток кислорода в организм, что снижает кровяное давление», – говорит старшая медсестра Британского кардиологического фонда Морин Тэлбот.

Однако, по её мнению, необходимы более широкие исследования, чтобы лучше понять влияние йоги на организм. При этом, как отмерила М.Тэлбот, польза йоги для душевного здоровья хорошо известна и подтверждена.

Юлия ИНИНА.

По информации ВВС.

Дискуссии

Витамины: пить или не пить

Как считают британские учёные, приём мультивитаминных комплексов для беременных – пустая трата денег. Как сообщается в статье, опубликованной в журнале Drug and Therapeutics Bulletin, большинству будущих матерей такие витаминные добавки просто не нужны.

«Единственные пищевые добавки, рекомендованные для всех женщин во время беременности, – это фолиевая кислота и витамин D. Они доступны по относительно низкой цене», – подчёркивается в исследовании. Эксперты говорят, что не нашли доказательств того, что мультивитаминные комплексы улучшают здоровье матери и ребёнка.

Учёные советуют беременным женщинам в обязательном порядке принимать фолиевую кислоту и витамин D, а также придерживаться хорошо сбалансированной диеты.

Джанет Файл из Королевского колледжа акушеров отмечает: «Мы хотели бы призвать беременных и тех, кто собирается забеременеть, придерживаться здоровой, разнообразной диеты, включающей свежие фрукты и овощи, а также принимать фолиевую кислоту».

По данным исследователей, есть чёткие доказательства пользы приёма фолиевой кислоты. Приём 0,4 мг в день может защитить от развития аномалий плода, например дефекта нервной трубки. Учёные предупреждают об угрозе чрезмерного приёма витаминов. Вред плоду может нанести излишнее употребление витамина А.

В своём исследовании эксперты также развеивают миф о питании беременных. «Беременным нет никакой необходимости есть за двоих», – говорит Джанет Файл. – Это миф. Всё, что требу-

ется, – нормальное сбалансированное количество пищи».

Производители витаминных добавок же утверждают, что не все женщины получают достаточное количество питательных веществ.

Ассоциация производителей здоровой пищи (Health Food Manufacturers' Association), которая представляет индустрию пищевых добавок, настаивает на том, что значительная часть женщин детородного возраста не получает достаточного количества питательных веществ из рациона.

Финансируемый производителями добавок Информационный центр пищевых добавок сообщает, что они могут помочь покрыть недостатки той или иной диеты или её отсутствия.

Вопрос этот, конечно, спорный. Но прислушаться к нему надо.

Ирина МЕЛКУМОВА.

По информации ВВС.

Взгляд

Похудение и рак идут рядом

Тайваньские и сингапурские учёные установили, что некоторые средства для похудения, имеющие растительные компоненты, могут привести к развитию онкологического процесса, причём наиболее часто страдают почки, печень и органы мочевыделительной системы.

Исследователи изучили данные примерно 1,5 тыс. пациентов из различных регионов Азии и Северной Америки. Благодаря этому стало известно, что большая часть людей принимала жиросжигающие лекарственные препараты на основе трав. В среднем у каждого 2-го человека было зафиксировано

развитие онкопатологий на разных этапах прогрессирования. У некоторых даже отмечалось наличие характерных клинических признаков, которые были игнорированы.

Учёные утверждают, что наиболее опасными стали средства, в состав которых входят такие растения, как кирказон и копытник. Именно эти вещества содержат в себе опасный компонент – аристолохиевую кислоту, которая негативно сказывается на состоянии и функционировании органов мочеполовой системы, а также почек и печени.

По результатам анализа ДНК пациентов было выявлено, что в 78% случаев онкологический процесс был спровоцирован генными мутациями, возникшими на фоне

влияния аристолохиевой кислоты. Заболевание развивается примерно через десятилетие после употребления веществ, содержащих в себе данное вещество.

Как и многие раковые опухоли, поражение почек, печени и мочеполовой системы на протяжении длительного времени может протекать совершенно бессимптомно. Это ещё больше указывает на необходимость прохождения регулярного профилактического осмотра в медицинском учреждении и обращения за квалифицированной помощью при малейшем ухудшении самочувствия.

Александра БЕРЧЕНКО.

По информации Daily Mail.

Новые подходы

Кожа для брата

Недавно во Франции была проведена уникальная пересадка кожи. Сообщается, что пациентом стал 33-летний мужчина, получивший ожоги 95% тела. Донором кожи выступил монозиготный брат-близнец (почти идентичная ДНК), что позволило избежать отторжения.

На сегодняшний день пациент уже самостоятельно ходит и пишет. По словам хирургов, трансплантация настолько большой площади кожи происходила впервые в мире. Речь идёт о практически полной пересадке. Не поражёнными огнём остались только небольшие участки кожи.

Чтобы подготовить пациента к пересадке, врачам пришлось провести две операции. Сама транс-

плантация кожи происходила в 3 этапа – на 7-й, 11-й и 44-й день пребывания в клинике. В общей сложности пациент перенёс около 10 серьёзных хирургических вмешательств. У донора изъяли 50% кожных покровов (с волосистой части головы, спины и бёдер).

Специально отбирался тонкий слой кожи, регенерация которого занимала несколько дней. Таким образом, можно было брать кожу на одном участке несколько раз. Перед пересадкой донорская кожа растягивалась на специальном оборудовании для получения сетчатого имплантата. И небольшие отверстия в коже затем самостоятельно заживали на пациенте.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.

По информации Agence France Presse.

В клиниках и лабораториях

Опасность микроволновок

Специалисты по акустике из США доказали, что разогретые в микроволновке яйца, которые уже были сварены вкрутую, могут взорваться, вызвав тяжёлые ожоги у человека.

Сырые яйца взрываются, когда их пытаются приготовить в микроволновой печи. То же самое может произойти с очищенными варёными яйцами.

Физики из Сан-Франциско заинтересовались этим явлением из-за иска, поданного посетителем ресторана, который получил серьёзные ожоги и потерял слух после того, как у него во рту взорвалось яйцо. Где и когда подан иск, не уточняется.

В ходе эксперимента яйца тщательно отваривали на водяной бане, а затем ставили в микроволновку, 30% яиц лопнули после того, как их попытались вытащить из печи с помощью острого предмета. Однако специалисты считают, что потеря слуха из-за такого взрыва маловероятна.

По мнению учёных, взрыв происходит из-за того, что в желтке сваренных яиц находятся полости с водой, которая прогревается до температуры значительно выше точки кипения.

Дана СЛАВИНА.

По информации The Mirror.

Ну и ну!

Спать в носках? Легко!



У большого количества людей есть такая привычка, как сон в носках. Именно по этой причине швейцарские учёные решили выяснить, не влияет ли это на качество и продолжительность ночного отдыха.

В научном изыскании участвовало несколько сотен добровольцев. Прежде всего им прочитали лекцию о том, что спать в носках вполне нормально и очень полезно для общего самочувствия. Затем добровольцев разделили на две группы – первая не меняла привычки по отношению ко сну, а вторая начала надевать носки непосредственно перед засыпанием.

Как стало известно, у тех лиц, которые стали спать в носках, действительно были замечены изменения в положительную сторону. В частности, они тратили меньше времени на засыпание, реже просыпались по ночам и пробуждались на несколько минут раньше будильника. Такие положительные результаты объясняются авторами исследования тем, что во время отдыха в носках расширяются кровеносные сосуды нижних конечностей, отчего тепло в равной степени распространяется по всему телу.

Именно нарушение процесса терморегуляции, считается одним из основных провокаторов отсутствия сна. Более того, нормализация температурных показателей при помощи носков делает ночной отдых качественнее и глубже. На этом фоне снижаются риски внезапного ночного пробуждения, а это положительно отражается на состоянии здоровья.

Недостаточный отдых ночью, напрямую связанный с плохим засыпанием и частыми подъёмами, приводит к активации в человеческом организме так называемой замедленной бомбы, которая в будущем может спровоцировать развитие инсульта, сердечных приступов или иных проблем с сердцем, чреватых летальным исходом. Отмечается, что лучше всего практиковать чередующийся сон, то есть одну ночь необходимо спать в носках, а вторую – без них и т.д. Это даст возможность в полной мере наладить процессы терморегуляции. Чем только не приходится заниматься учёным в перерыве между серьёзными исследованиями.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По информации Daily Mail.

Все мы родом из детства и многое перенимаем от своих родителей. Если видим, как увлечены они делом, которым занимаются, если мы ими гордимся, то нередко идём по их стопам. Профессиональную династичность в лучшем её проявлении можно только приветствовать.

Один из таких примеров – род врачей Блохиных. Николай Иванович Блохин был доктором, как говорится от бога. Начинал земским врачом, позже работал акушером-гинекологом в Нижнем Новгороде и оставил после себя несколько поколений врачей Блохиных. Но здесь пойдёт речь не о старшем его сыне, тоже Николае Блохине, обретшем мировую известность хирурга-онколога, а о его младшей сестре – Ирине Блохиной (1921-1999). Её жизнь отнюдь не блекнет в тени своего могущественного брата, она заняла своё заметное место в развитии отечественного здравоохранения.

Характер складывается с юношеских лет...

Одно из ярких воспоминаний детства – крупная фигура отца в белом халате в коридоре родительного дома, куда Ирина к нему заглянула. С широкой улыбкой он обращается к дочери: «Ты только послушай, какая чудесная многоголосая музыка раздаётся из комнаты новорождённых». Это отцовское восхищение Ирине надолго запало в душу. Но школьные её годы были настолько насыщены, что о будущей своей профессии она не слишком задумывалась. Подростком изучала иностранные языки, неплохо рисовала, занималась музыкой и старалась ничего не упустить из того, что в те годы давала жизнь. Увлечённо танцевала на школьных вечерах, весьма успешно занималась спортом, даже стала чемпионкой Нижнего Новгорода по гимнастике. И, как многие девушки в её возрасте, писала стихи. Только никому их не показывала, опасалась, что сочтут её графоманкой.

Школу Ирина окончила с золотым аттестатом – медали в её годы ещё не существовали. К этому времени со свойственной девушке решительностью она осознала, что её будущее – медицина. Сказалось влияние отца и старшего брата Николая, который уже проявил себя подающим серьёзные надежды хирургом.

...Но окончательно формируется в более поздние годы

Характер Ирины Блохиной стал проявляться в студенческие годы. С первых лет учёбы она твёрдо решила заняться микробиологией. Скорее всего, педагоги, которые были рядом, привили интерес к этой врачебной специальности. Узнав, сколько в мире неизведанных бактерий, которые таятся и могли вылиться в смертоносные эпидемии, она решила для себя, что нет ничего благородней и важнее чем попытаться предотвратить эти несчастья.

Но вплотную заняться микробиологией Блохиной довелось не сразу. Как только началась Великая Отечественная война, Ирина, едва окончившая 3-й курс, подговорив группу сокурсниц, обратилась к проректору института с просьбой направить их медсёстрами в госпитали. «Никуда вас не отправлю, вы же ничего не умеете», – последовал его решительный ответ. «Чему же вы нас 3 года учили, если мы ничего не знаем и не умеем», – не сдержалась Блохина. Как бы то ни было, на 5-й день войны она была принята в один из горьковских госпиталей. И все военные годы, прервав учёбу, работала на благо фронта.

В первые дни войны в жизни Ирины произошло ещё одно знаменательное и решительное событие. Ирина вышла замуж за своего неизменного школьного друга Андрию Угодчикова. Это при том, что на следующий день он отправлялся на передовую, и у молодожёнов не было никакой гарантии, что они увидят друг друга вновь. Забегая вперёд, отметим, что, к счастью, муж целёхонький вернулся с войны, и чета эта счастливо прожила почти 60 лет.

Наследие

Слава, которая не меркнет

Династичность в лучшем её проявлении



Наука, радость доставляющая

Институт Ирина окончила после войны. Но уже в годы студенчества под руководством заведующего кафедрой микробиологии Ф.Гринбаума и заведующей лабораторией К.Сучковой, добрую память о которых Блохина сохранила на всю жизнь, она делала первые шаги в научной микробиологии. И они, её педагоги, благословили Ирину на работу в Горьковский НИИ эпидемиологии и микробиологии. «Наука привнесла в мою жизнь огромное счастье», – писала Ирина Николаевна. – И даже если результат исследований заметен был не сразу, ожидание, надежда, что ты на верном пути, стоит того, чтобы посвятить этому жизнь».

О вкладе И.Блохиной в микробиологическую науку написано немало. Всё же, как не отметить, что спустя 5 лет работы она положила на стол своим руководителям исследование об изменчивости бактерий брюшного тифа. Работа была признана диссертационной. И как не упомянуть, что она же стала инициатором нового научного направления института – физиологии и биологии бактерий. Она же ввела комплексный подход к изучению микроорганизмов, впервые внедрив только входившие в научную практику компьютерный анализ и исследования наследственного характера бактерий. Вслед за тем опять же по инициативе Блохиной началось успешное изучение взаимодействия микроорганизмов с человеком. Это позволило выработать механизмы защиты от инфекционных болезней и получить первые соединения, обладавшие профилактическим действием. Поначалу в пробирках, затем в виде препаратов, обладавших лечебными свойствами. Большим своим успехом Блохина считала производство не имеющих аналогов лактобактерина, эколакта – профилактических средств, в основе которых естественные защитные силы организма. Ей принадлежит также разработка

эффективных противококковых препаратов профилактического действия и многое, многое другое.

В 34 года Ирина Блохина стала директором Горьковского НИИ эпидемиологии и микробиологии. Согласитесь, это редкий случай назначения на столь высокий пост такого молодого человека да ещё женщины. Но вскоре у неё начались трения с вышестоящим начальством, не одобрявшим

Прекрасный организатор, Блохина понимала, что институту нужны свежие силы, подготовленные на современном научном уровне. И она добилась создания в Горьковском университете одной из первых в стране кафедр молекулярной биологии и иммунологии. Её руководителем стала Ирина Николаевна. Нет, ей не слава была нужна и работала она не на публику (извините за громкие слова). Достаточно отметить, что

больных, прежде всего вирусным гепатитом. И всё это делалось тихо, скромно, без помпы. Коллеги считали, что у их директора пастеровский тип мышления, стремящийся все научные открытия доводить до практического воплощения.

Слова «не могу» в её лексиконе не существовали

Знакомьтесь с публикуемыми

13 лет подряд Блохина не получала зарплату в университете, её прямиком отправляли в Советский фонд мира.

Учебной базой новой кафедры, естественно, стал НИИ эпидемиологии и микробиологии. Вместе с рядом его научно-производственных лабораторий она стала как бы неофициальным подразделением института. Кафедральные сотруд-

материалами о И.Блохиной, поражаешься, как у этой женщины хватало времени и сил на всё, чем приходилось заниматься. Помимо забот об институте, бразды правления которым до последних дней своих крепко держала в руках, она была участником многих научных комиссий, членом правления ряда всесоюзных врачебных обществ. Её «бросали» то на борьбу с



ники участвовали в его научной тематике по молекулярной биологии и иммунологии, а институт тем временем ежегодно пополнялся хорошо подготовленной научной сменой. Именно Блохиной принадлежит создание известной в стране школы в области молекулярной биологии и иммунологии. Сегодня это представляется явле-

нием естественным, но, заметьте, речь шла о начале второй половины прошлого столетия. В те годы труды её широко цитировались в зарубежной прессе. Но Ирина Николаевна была далека от тщеславия. Самолюбие больше тешило, что под её руководством выросли 5 докторов и более 40 кандидатов наук.

Много добрых дел успела за 44 года директорства академик РАМН Ирина Блохина. Построены были новые корпуса института. В одном открылся цех по производству освоенных там же препаратов, в другом создана клиника по лечению инфекционных

И память жива

Ирины Блохиной уже более 17 лет нет среди нас. Люди уходят, но хорошо, когда память о них остаётся. И не только в детях. Нижегородский институт эпидемиологии и микробиологии, которому Ирина Блохина отдала свою жизнь, носит её имя. И улица Загорская, где её семья жила, ныне переименована в улицу Блохиных. А на доме, где прошло столько счастливых дней Ирины Николаевны, установлена мемориальная доска. В самой же квартире старое пианино, доставшееся в своё время от деда и за которое в редкие минуты отдыха она садилась, так и остаётся открытым, будто Ирина только на минуту отлучилась.

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».



но были в годы её директорства и трудные дни, когда институт прекращали финансировать, и сотрудники по несколько месяцев не получали заработной платы. Люди роптали. Блохина вынуждена была пустить на оплату труда небольшую часть доходов экспериментального цеха. Но главное – она с твёрдостью в своей правоте находила слова, чтобы убедить сотрудников потерпеть. Ведь пережиты были и более тяжёлые времена. Шла война, гибли люди, тем не менее страна выстояла. В общем, Ирина Николаевна не только сохранила коллектив, но и укрепила его.

В смоленском издательстве «Маджента» вышла книга стихов члена редколлегии «Медицинской газеты» Владимира Королёва «Клёновый вырез асфальта». В сборник включены произведения, написанные под впечатлением минувших лета и осени.

Уходящий год оказался для поэта-журналиста весьма плодотворным: он стал финалистом международного конкурса «Витебский листопад – 2017», одним из победителей Международного литературного конкурса, посвящённого памяти писателя Константина Симонова в Могилёве, обладателем Почётного диплома Жана Батиста Мольера на международном конкурсе поэтических афоризмов в Великих Луках, издал ещё 3 книги: «Сиреневые сны-2», «Макушка лета» и «Граница Вадима Матросова».

Сборник «Сиреневые сны-2», написанный вместе с поэтом и композитором из Вязьмы Александром Клименковым, получил доброжелательный отзыв Елены Камбуровой.

Недавно в Центральном доме литераторов в Москве Владимир Королёв единогласно избран председателем совета Лиги медиков-литераторов им. А.П.Чехова. Поздравляем коллегу, а нашим читателям предлагаем подборку стихов из его сборника «Клёновый вырез асфальта».

* * *

Прими, асфальт,
настил кленовый –
В работе плотник-листопад,
Пусть желудёвые патроны.
В тебя «стук-стук»,
стучат, стучат.
А рядом – ядрышки каштанов
Мышей шустрей снуют у ног.
Ступаю я по долгожданной
Осенней скатерти. Как бог!

* * *

Тротуары-сухогрузы
Шелестят листвою,

Книжная полка «МГ»

Чувств чистописание



В президиуме учредительного собрания Лиги литераторов-медиков. Слева-направо: заместитель главного редактора «МГ», член Союза писателей РФ Василий Садковский, секретарь Союза писателей РФ Виктор Киришин, и.о. председателя Союза писателей РФ Николай Иванов, лауреат литературного конкурса «МГ» им. М.А.Булгакова (2015) Владимир Королёв

Заступила осень-муза
К сердцу на постой.
И оно листом кленовым
начинает вдруг пылать,
Чтобы строчкою багровой
Рваться, мучить, обжигать!

* * *

Встречает июнь рябина,
Стыдясь резьбы на листе,
Ждёт осень,
чтоб гроздь судьбины
Пошли в своём естестве
Гулять по холмам и опушкам,
Пылать под окном и в саду,
Бросаться на холмик по-душки,
В любовном вариться аду.

Всё лето рябина скучает,
Артерную силу копя,
И вдруг в сентябре
замечаешь,

Что клёны,
под солнцем топясь,
Рубахи все враз обновили,
Собравшись в любовный
поход.
...Природы модельные стили,
Гранатово-жёлтый восход!

* * *

Осени рябиновые бусы,
Осени рябиновые дни...
Сколько страсти
В яркой крапа грусти,
Страсти,
Предоргазму что сродни!

* * *

Автобус рвался через клёны
В багряный утренний рассвет,
Шептались влажные баллоны,
Асфальта щупая жакет.

А трасса радовалась газу,
Стелила ласку без ухаб,

Мотор жевал одну лишь фразу:
– Я – раб, я – раб,
дороги раб...

...Дорога к вечеру приводит
Сквозь кутерьму,
сквозь кутерьму,
Рябин и клёнов благородье –
Ползёт во тьму,
ползёт во тьму...

А завтра улицей лиловой
Вновь осень вычертит маршрут –
И вновь прилипнет лист кленовый
К стеклу.
Мешать шофёру, шут!

* * *

Осень, вчера золотая,
Вдруг оказалась верёвкой:
Время на локоть мотает
С жёсткой занудной

сноровкой
И отмеряет всё меньше
Страсти, зарплат и строчек,
Держкого взгляда на женщин,
Но,
оставляя кусочек надежды
На прихождение снега,
На обретенье одежды
Смётанной образом,
рифмой и слогом,
Сшитою мной,
Но
Скроенной богом.

* * *

Образомыслие – кредо поэта,
Слово живое –
только в строке,
Искренность строя –
правда поэта:

В сердце,
В глазах,
В приговоре,
В руке!

* * *
Философской простоте ночи
В порядке вещей
Сознание курочить.
Потому молись
На икону творчества,
Проси её
Мироточить.

* * *

Час мой утренний,
час контрольный, –
Утра вечера мудреней...
А.Т.Твардовский

Чувств чистописание –
Только в утро раннее,
Только в утро раннее –
Свежая душа!

Только в утро раннее –
Зорька, к речке крайняя,
Окуная в рай меня,
Жуть, как хороша!

Только в утро раннее
Творчества страдания,
Сердце чуть круша,
Принимай, душа!

Только в утро раннее
Взглядом малыша,
Строчка, слогом рань меня,
Прослезись, душа!

Чувств чистописание –
Только утро раннее!

* * *

Таланту собранность нужна –
И он твоими заблестит
глазами,
Достанет золотиночку со дна
Души колодезя;
Призами
одарит каждого!

Ведь бог
того целует
чуткими устами,
Кто сердцем поделится
с нами смог,


Свой знак поставив
В жизненном уставе!

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Десмо-прессин	Древне-рим. архи-тектор	Рыба, Япония				"Эрни ...", Аллен	СКАНВОРД										Ива-брадин										
				Сторона строя	Врач ... Банти	Древний город, Малая Азия	Нерод-ная страна							Ресторан, эстрада	Аромат. поду-шечка	Медная лазурь	Сырье, марме-лад	Воловик итальян-ский									
	Шотл. мате-матик	Оме-празол					Наруж. часть колеса	Прино-сит рыбак	Селение в Ср. Азии	"Нерав-ный ...", Пукирев	Жен. рубаха у мордвы	Азерб. ковер						Палка, бильярд									
				Древ-ний сосуд	Тайлер	Старин. жен. гол. убор				"Бал-маска-рад", перс.						Англ. естест-воиспы-татель											
	Город, Иркут. обл.	Сканди-навская ведьма					Южное соз-вездие	Итал. фило-соф			Остов тела	Иран. мате-матик															
		Бельг. минер. вода	Либо		Столик у кабар-динцев	Судно, Амунд-сен		Магни-тофон	Догадка лучше ...							Эдем											
	Взгляд	Брат Анны Каре-ниной				Нем. живо-писец		Батун																			
Чистка ствола оружия					"Соба-чий ...", Зоцен-ко		Бубал																				
Автор Валерий Шаршуков	Залив, Сахалин					Неужто? (стар.)		Цирк (горн.)																			

А Г Д Ж Ю С
Э М М А Е Е Р М А Н А Г У А К Г О
П Ф Л О Р Е Н Ц И Я Л С Б К У Д О С
М У Ф Т А А Ь Д Ж Е Л Т У Х А М О Н С Т Р
Л В О Р С Г О Г Е Н Р Е Р Н Е У К А
Б А Р Х А Т Т Л Е Н Р А Д О Н Н Д И К Д И К
Э К О М А Н Е Й Т А Н Я
Ф А Н Т О М Д Р О К В О Р О Н
Д Л И Ц О М С Т А И М Я

Ответы на сканворд, опубликованный в № 96 от 20.12.2017.

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-11-00300 Тираж 23 976 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.